

Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé
Professeur titulaire, département d'anthropologie, Université Laval.

(2008)

*“La place des savoirs populaires
face aux savoirs savants
en contexte de pluralisme
thérapeutique.”*

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
Professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi
[Page web](http://www.uqac.ca). Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://jmt-sociologue.uqac.ca/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.](#)

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, sociologue, bénévole, professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi, à partir de :

Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé, Professeur titulaire, département d’anthropologie, Université Laval.

“La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique.”

Un article publié dans la *Revue internationale sur le médicament*, vol. 2, no 1, décembre 2008, pp. 15-49. Association internationale et interdisciplinaire sur la chaîne des médicaments.

<http://www.aiicm-iiapc.com/rim/rim2/>

[Autorisation formelle accordée par l’auteur le 14 novembre 2008 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : Raymond.Masse@ant.ulaval.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

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

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5” x 11”

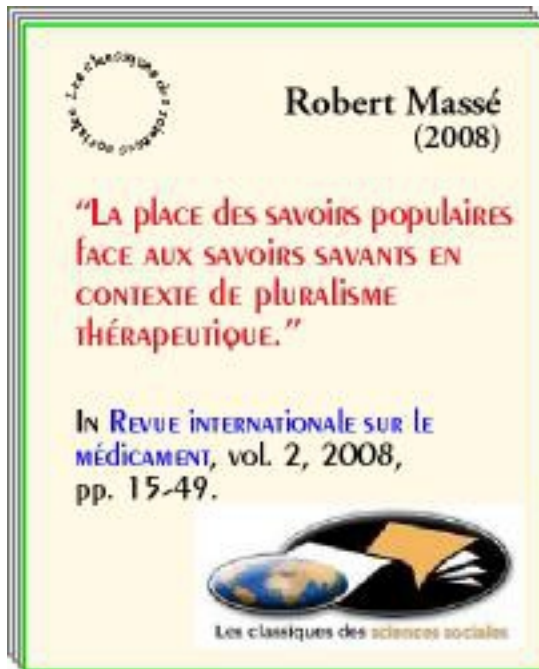
Édition numérique réalisée le 23 avril 2017 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.



Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé
Professeur titulaire, département d’anthropologie, Université Laval.

“La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique.”



Un article publié dans la *Revue internationale sur le médicament*, vol. 2, no 1, décembre 2008, pp. 15-49. Association internationale et interdisciplinaire sur la chaîne des médicaments.

[15]

Raymond MASSÉ

“La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique.”

Un article publié dans la *Revue internationale sur le médicament*, vol. 2, no 1, décembre 2008, pp. 15-49. Association internationale et interdisciplinaire sur la chaîne des médicaments.

RÉSUMÉ

Dans le contexte théorique actuel des recherches en sciences sociales de la santé, et en anthropologie en particulier, les chercheurs sont de plus en plus préoccupés, et à raison, par les analyses macro-sociétales, économiques et politiques, des usages des médicaments. Les concepts de souffrance sociale, de violence structurelle ou d'économie politique de la santé qui mettent l'accent sur les enjeux de pouvoir rappellent que les savoirs populaires liés aux usages sociaux des médicaments ne peuvent plus être abordés comme des objets de recherche coupés des forces structurelles qui, en dernière instance, déterminent leur disponibilité et influent sur les modes de consommation. Cet article soutient tout de même que ces savoirs populaires demeurent un objet de recherche légitime en soi, mais à condition de le sortir des ornières d'un empirisme qui le réduisait à une liste de connaissances et de croyances véhiculées par des populations passives et accessibles immédiatement aux chercheurs. Nous proposons ici cinq questions de recherche susceptibles de renouveler l'intérêt pour les savoirs populaires. Ces questions portent sur la définition même des savoirs populaires, sur la place de la négociation entre savoirs populaires et savoirs savants comme mécanisme d'évolution de ces savoirs, sur le travail de la culture dans la construction des diagnostics et des prescriptions ap-

propriétés de médicaments, sur la place de la rationalité et des diverses formes de logiques à l'intérieur de ces savoirs et, enfin, sur la dynamique entre vérité et mensonge dans la construction de ces savoirs reliés aux maladies et à leurs remèdes.

[16]

L'anthropologie s'est toujours présentée comme la discipline des sciences sociales qui s'intéresse de façon toute particulière à l'analyse des savoirs qui guident les rapports de l'homme son environnement social et physique. Savoirs écologiques locaux, savoirs partagés par les membres d'une collectivité pour gérer les rapports familiaux, les rapports de genre, savoirs magico-religieux issus des questionnements sur le monde surnaturel, savoirs techniques requis pour la production des biens et des services. Généralement, ces savoirs sont implicitement conçus comme étant des parties d'un concept plus large qu'est la culture, elle-même incluant des éléments d'une culture matérielle, d'une culture immatérielle. Tout cela pourtant sans que n'émergent, au-delà d'une ethnographie descriptive, de véritables efforts théoriques pour penser les divers enjeux soulevés par la recherche sur ces savoirs populaires et la culture dite populaire. L'objectif du présent texte n'est pas de produire une telle théorie des savoirs populaires reliés aux médicaments ; un tel projet serait pour le moins prétentieux et certainement au-delà de nos moyens. Toutefois, nous tenterons ici de soulever une série de questions, théoriques et pratiques, qui devraient, croyons-nous, interpeller une anthropologie du médicament, et plus largement une anthropologie de la santé. Nous procéderons en six temps en posant six questions qui apparaissent pertinentes.

- A) Nous allons dans un premier temps identifier quelques questions soulevées par la définition même des concepts de savoirs et de cultures populaires liées aux médicaments. La [17] question est alors ; l'anthropologie est-elle bien outillée en termes de concepts opérationnels pour faire une analyse descriptive fine des savoirs populaires ?
- B) Dans un deuxième temps, sera abordée la notion de « savoirs négociés » telle qu'elle fut proposée par Kleinman et Katon. La question pertinente ici est : existe-t-il une réelle possibilité

de négociation des savoirs populaires et savants entre cliniciens et patients ?

- C) La troisième question traiterait de l'ajustement des prescriptions de médicaments aux réalités culturelles locales. La question sous-jacente est : dans quelle mesure le médecin doit-il tenir compte du travail de la culture dans la construction du portrait clinique du malade et, donc, dans la prescription de la médication adéquate ?
- D) Dans un quatrième temps, nous soulèverons la question de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. Une formulation en est : quelles sont les modes de cohabitation entre les diverses formes de logiques et rationalité dans le recours aux médicaments ?
- E) Dans un cinquième temps, nous questionnerons la place et la nature de la vérité dans ces savoirs locaux lorsqu'ils sont utilisés tant par le malade que par le guérisseur pour asseoir leur position respective de victime du mauvais sort ou de dépositaire de pouvoirs surnaturels. La question ici est de savoir si vérité et [18] mensonge constituent deux entités hermétiques et irréductibles l'une à l'autre.

Nous confluerons sur le défi que représente la nouvelle anthropologie médicale critique pour la recherche plus classique, descriptive, en anthropologie du médicament.

A) Les sciences sociales sont-elles bien outillées en terme de concepts opérationnels pour faire une analyse descriptive fine des savoirs populaires ?

L'anthropologie reconnaît que la culture n'est pas composée que des seuls savoirs. La culture est d'abord une culture vécue, intégrée au quotidien. Les pratiques sociales sont aussi parties de la culture même si ces pratiques sont largement influencées par ces savoirs. L'empirisme classique de l'ethnographie avait tendance à réduire la culture à une sommation d'éléments culturels identifiables, définissables dans des sortes de dictionnaires ethnographiques d'une culture donnée ou dans des monographies. La culture et les savoirs qui en faisaient partie

étaient vus comme des entités fixes, stables qui ne demandaient qu'à être photographiées, fixées dans des musées ou dans des écrits descriptifs. Les courants interprétativistes et constructivistes en ont fait plutôt des constructions aux multiples dimensions, plurielles qui évoluent constamment au rythme de l'évolution des conditions économiques et politiques. Les savoirs analysés à un moment donné ne constituent que l'une des expressions qu'ils prennent dans un contexte historique [19] particulier. Tel est aussi le cas bien entendu pour les savoirs reliés à la santé, à la maladie, aux soins et aux médicaments.

Ce « savoir populaire relié à la santé et à la maladie » n'est aucunement réductible aux connaissances scientifiques empruntées au savoir savant qui n'en constituent que l'une des composantes. Il n'est ni une forme appauvrie ni une forme distordue du savoir médical. Il intègre dans un nouveau tout syncrétique les informations scientifiquement validées, mais aussi des croyances, des attitudes, des valeurs, des conceptions ou représentations populaires. Il n'est aucunement réductible à une fraction du savoir savant qui serait transféré au monde profane, pas plus qu'il n'est la somme des vestiges d'un savoir traditionnel et folklorique transmis à travers les générations (Massé, 1995). À l'image de la culture populaire, le « savoir populaire relié à la santé et à la maladie » est plutôt un produit original résultant d'une réinterprétation syncrétique des divers discours (médicaux, alternatifs, populaires) sur la santé.

D'évidence toutefois, au-delà des grandes réflexions théoriques qui nous font voir désormais la culture non comme un tout fini mais comme un potentiel, une capacité de création de sens (au-delà surtout des remises en question par certains du concept même de culture), force est de constater que nous ne sommes pas si bien outillés au plan conceptuel pour en faire l'analyse. Quelles sont alors les composantes de base de ces savoirs populaires ?

[20]

Tous s'entendent pour reconnaître que ces savoirs sont composés d'abord de connaissances et de croyances. Il est aisé de définir ce que sont les connaissances et les croyances reliées à la maladie et aux remèdes divers dans une société. Une connaissance (ou une croyance) se formule sous forme d'un énoncé propositionnel clair : ex : telle plante, préparée de telle façon, consommée dans telles circonstances,

est efficace contre les troubles digestifs ou l'aspirine est efficace contre les maux de tête ou comme dans le cas martiniquais, un bain de mer pris à minuit au clair de lune en se frottant le corps avec telles herbes est efficace contre tels *quimbois* ou tels maléfices dont nous sommes victimes. Bien sûr, pour l'anthropologue la croyance ne se résume pas à être une fausse connaissance scientifique ou une erreur de jugement. Le monde des croyances s'enracine dans l'univers symbolique et magico-religieux de chaque culture. Mais au plan conceptuel, connaissances et croyances sont des énoncés propositionnels descriptifs aisément accessibles au chercheur, mais aussi au citoyen convié à en débattre.

Or les savoirs populaires ne se limitent pas qu'aux seules croyances et connaissances. J'ai déjà proposé ailleurs (Massé, 1995) que ce champ des savoirs incluait aussi d'autres éléments de base, des plus simples aux plus complexes, tels les attitudes, les valeurs, les représentations sociales et les symboles. Or, si la sociologie et la psychologie ont fait des efforts notables pour proposer des définitions opérationnelles du concept de [21] représentations sociales, si la psychologie a réfléchi sur les notions d'attitude et de valeurs, l'anthropologie n'a que peu contribué au défi que représente la production d'un cadre conceptuel opérationnel d'analyse des savoirs populaires. Un premier défi, tant méthodologique que théorique, émerge ici, de même qu'une série de questions.

- Nous pouvons reconnaître que, dans divers domaines, les savoirs populaires ont comme caractéristiques partagées d'être des savoirs pluriels, ouverts, mais aussi des savoirs contestataires qui ne se laissent pas aisément bousculer par les savoirs savants. La force et les mécanismes sous-jacents à cette irréductibilité aux logiques savantes demeurent toujours un sujet de questionnement majeur. Ce savoir populaire répond-il bêtement d'une contestation épidermique contre tout savoir savant ou contre les élites dominantes qui s'en font le relais ? Est-il un savoir réactionnel qui se définit en simple opposition au savoir savant ? Nous croyons que non. Pourtant, il évolue et il se construit au quotidien au gré des réinterprétations d'une fraction des savoirs savants. « Mme tout le monde » a dépassé les simples connaissances phytopharmaceutiques du Québec traditionnel pour reconnaître un effet thérapeutique aux produits énergisants, aux mystères le l'infir-

nitésimal homéopathique, mais aussi à l'eau miraculeuse vendue par des prédicateurs américains sur nos émissions télévisées nocturnes. Le médicament, tout comme les remèdes traditionnels, est définitivement un objet fortement signifié et interprété par les savoirs populaires ; il est fortement [22] saturé de sens. Cette richesse de sens sert de fondement à sa socialisation manifeste à travers l'automédication, la surconsommation, la non-observance des prescriptions, les réinterprétations des ordonnances ou les critiques sociales du règne du « chimique ». Quels sont donc les mécanismes et processus sous-jacents à ce processus d'intégration, d'assimilation et d'interprétation créative qui gouvernent la construction des savoirs populaires ?

- Peut être à cause d'un biais folkloriste et d'un romantisme scientifique face à l'exotique, peu d'études se sont intéressées à la place qu'occupent ces éléments de connaissances scientifiques liées aux médicaments et aux soins biomédicaux à l'intérieur des savoirs traditionnels. De quelles façons ces informations sont-elles intégrées et synthétisées par les savoirs locaux ? Y a-t-il encore plusieurs pays où on peut parler de savoirs « populaires » ou de savoirs « traditionnels » ?

- Dans la perspective des savoirs populaires locaux, la question de l'efficacité des médicaments est aussi celle de sa capacité à soigner le sens de la maladie, comme le propose Jean Benoist (Benoist, 1996). Et ce, tant dans les sociétés occidentales que dans les sociétés dites traditionnelles. Non pas que l'efficacité biologique soit niée ou rejetée ; mais la pharmacodynamique du médicament relève d'un savoir savant en large partie délégué au médecin et au pharmacien par le patient (même si les malades deviennent parfois des quasi experts comme dans le cas de [23] certains consommateurs très avertis face au large assortiment de psychotropes). Le savoir populaire alors est-il plutôt centré sur l'efficacité symbolique du médicament (soigner le sens), ou, aussi, est-il, tout autant, stimulé par des questions relevant de son efficacité sociale et politique (soigner les rapports du malade au travail, soigner la santé économique des compagnies pharmaceutiques, impacts sur les finances privées et publiques) ?

B) Existe-t-il une réelle possibilité de négociation entre des savoirs populaires et des savoirs savants entre patient et clinicien ?

La pratique médicale, dans les pays occidentaux ou dans les sociétés peut-elle réalistement prétendre à une rencontre clinique fondée sur une négociation franche et ouverte des modèles populaires et biomédicaux d'explication de la maladie et des traitements appropriés ? L'objectif est tout à fait louable : améliorer la communication médecin patient, améliorer l'observance à la prescription, etc. Mais les savoirs populaires, tout comme les savoirs biomédicaux, peuvent-ils réellement faire l'objet d'une négociation ? La réponse est plutôt décevante si l'on en réfère aux travaux menés au Québec (Massé et Légaré, 2001) sur la prescription d'hormones de remplacement pour les femmes ménopausées.

Un mot d'abord sur le modèle cognitif interprétatif de Katon et Kleinman (1981). Sans nier l'existence de multiples barrières [24] professionnelles et institutionnelles qui bloquent l'émergence d'un modèle véritablement symétrique dans les relations médecin patient, pour ces auteurs, les ratés cliniques en termes de déshumanisation des soins s'expliquent fondamentalement par les difficultés que rencontrent les médecins dans le décodage du discours des patients. Les tensions (et l'inefficacité) dans l'interaction clinique résideraient dans l'imperméabilité du modèle biomédical aux fondements culturels du modèle populaire d'explication des causes, de pathophysiologie, du traitement et du pronostic de la même maladie. Les auteurs proposent donc que la rencontre clinique devienne le lieu d'une transaction entre savoirs savant et populaire, le moment d'une négociation entre deux modèles d'explication de la maladie. Le clinicien procéderait alors en six temps : 1) établissement d'une alliance thérapeutique via un contexte d'empathie ; 2) mise à jour du modèle explicatif que véhicule le patient de son problème de santé par le biais d'un entretien clinique à caractère anthropologique ; 3) vulgarisation par le médecin de son explication biomédicale de cette maladie ; 4) analyse des conditions de vie, économique, sociale, familiale, professionnelle du patient ; 5) l'identification des points de divergence ; 6) la négociation d'une position commune qui peut impliquer un ajustement de l'un et l'autre des modèles explicatifs. Rappelons qu'une variante de ce modèle d'interaction

clinique, soit le modèle centré sur le patient, développé par l'équipe de Moira Stewart (Stewart et al, 1995) à Toronto est largement utilisé dans le cadre de la formation des médecins au Canada.

[25]

Nous avons voulu analyser le fonctionnement de ce modèle dans le cadre des interactions cliniques entre des médecins de Québec et des patientes qui consultaient dans le cadre d'une ménopause annoncée. Des entrevues en profondeur ont été réalisées avec des patientes, pour reconstituer leurs propres explications et leurs interprétations de la ménopause, de ses symptômes, de ses implications et des traitements connus. Des entrevues du même type d'entrevue furent réalisées avec les médecins traitants. Enfin, nous avons fait l'analyse minutieuse du Verbatim des entretiens cliniques entre ces patients et ces médecins. La méthodologie fut décrite en détail dans Massé et Légaré (2001). Globalement, les résultats montrent que ni le savoir médical ni le savoir populaire n'est vraiment négociable.

- 1) Chez les patientes, la ménopause n'est pas vue comme une maladie, mais comme une période de transition, une forme de seconde adolescence. Toutefois, elles sont conscientes des multiples symptômes physiques et psychiques associés et ce sont ces symptômes qui les amènent à consulter pour obtenir une médication ;
- 2) Pour les médecins, la ménopause n'est pas non plus une maladie, mais elle est cette fois, un facteur de risque dans la mesure où elle conduit à une augmentation des risques de maladies cardiovasculaires et d'ostéoporose. La prescription de l'hormonothérapie de remplacement (HTR) est alors présentée comme un moyen de prolonger l'espérance de vie en bonne santé ;

[26]

- 3) Toutefois, l'analyse des échanges durant la rencontre clinique montre que tant de la part du médecin que de la patiente, la discussion demeure purement technique, tournant autour des seuls symptômes. Ni les femmes, ni les médecins n'abordent la ménopause comme une période de transition, pas plus qu'ils n'abordent les conditions de vie présentes de la femme. Dans

certaines entretiens cliniques, le stress, l'alimentation ou les facteurs sociaux sont invoqués ; mais rapidement le médecin confirme que seule l'hormonothérapie sera en mesure de faire œuvre de prévention efficace.

- 4) La question de l'hormonothérapie occupe la plus grande place dans les interactions cliniques. Bien qu'étant généralement attentif aux discours de certaines patientes sur les dangers de la médicalisation, la pertinence des médications naturelles (ex : la sauge), le discours médical est foncièrement basé sur un travail de conviction (des avantages de l'HTR) plutôt que sur une négociation. La seule négociation porte sur les délais, plusieurs médecins attendant les résultats des tests de confirmation de la ménopause avant de procéder à la prescription.
- 5) La rencontre clinique est moins un lieu de négociation des savoirs qu'un moment de sécurisation de femmes qui ne savent plus se retrouver dans les messages contradictoires venant des médias de masse et des amies. L'analyse montre qu'en grande partie, les [27] entretiens cliniques sont structurés autour des réponses que donnent les médecins aux multiples questions posées par les patientes. Mais ces médecins ne s'engagent pas vraiment dans une investigation du modèle explicatif véhiculé par les femmes sur la nature, les causes, bref sur le sens des symptômes.
- 6) Il semble tout aussi abusif de parler de l'existence d'un véritable « modèle explicatif » des symptômes de la ménopause chez les femmes. Bien que certaines d'entre-elles soient bien documentées, leur savoir est loin d'être structuré, modélisé tout comme il est loin d'être « explicatif ». Bref, ni les femmes ni les médecins, n'a véritablement négocié quoi que ce soit. Ni les causes des symptômes, ni la pertinence de l'HTR. Nous sommes plutôt face à une entreprise de persuasion à sens unique, même si les patientes rencontrées une seconde fois après les entretiens cliniques ont démontré une certaine indépendance d'esprit et liberté d'action dans l'observance de la prescription.

Bref, le savoir populaire est toujours ouvert à s'enrichir. Les consultantes péri ménopausées semblent moins enclines à négocier

leur savoir qu'a recherché une cohérence des connaissances et des croyances souvent contradictoires qui meublent leur savoir. Ce savoir est aussi très éclectique ; certaines femmes arrivent avec un bagage imposant de croyances portant sur les thérapies alternatives, sur les limites et les dangers [28] de l'hormonothérapie. D'autres ne disposent que des commentaires d'amies qui consomment déjà ou ont refusé de consommer des hormones de synthèse. Bref, c'est la question de l'existence même d'un savoir populaire partagé qui est ici posée, d'un savoir cohérent, structuré qui repose sur de véritables dénominateurs communs de contenu et de structure ; et non pas d'un savoir idiosyncrasique, fortement individualisé.

C) Dans quelle mesure le médecin doit-il tenir compte du travail de la culture dans la construction du portrait clinique du malade et, donc, la prescription de la médication adéquate ?

L'anthropologie de la dépression à montrer que le portrait clinique des désordres de l'humeur variait considérablement d'une culture à l'autre. Aux Antilles françaises, par exemple, médecins et psychiatres métropolitains sont aisément exposés à faire une erreur diagnostique et à prescrire des médicaments dédiés au traitement de la schizophrénie pour des cas de dépression. Ici, ce sont moins les savoirs populaires qui sont en question, que le « travail de la culture » sur les idiomes d'expression et d'explication de la souffrance mentale. Le prescripteur de médicament doit savoir tenir compte de cette modulation culturelle de la symptomatologie et des profils cliniques.

[29]

Le cas de la dépression à la Martinique est intéressant. Il s'agit d'un problème largement répandu si l'on en juge à partir des propos des psychiatres, médecins généralistes et psychologues. Or comme l'a largement montré (Lesne, 1990 ; Massé, 2001) l'anthropologie de la dépression, les symptômes varient de façon importante d'une culture à une autre, en dépit des postulats d'universalité de cette pathologie définis dans les diverses versions du *Diagnostic and Statistical Manual*. Chaque culture possède ses propres idiomes pour expliquer, mais aussi pour communiquer ses états de détresse. À la Martinique les princi-

paux idiomes d'expression de la dépression sont : 1) divers symptômes somatiques (perte d'appétit, insomnie, fatigue extrême, etc.). Les professionnels de la santé parlent alors d'une « dépression masquée » dans un contexte socioculturel stigmatisant ; 2) le repli social bien que les professionnels constatent que les dépressifs continuent généralement à maintenir une vie sociale normale, sans dysfonctionnements marqués, dans le cadre d'une dépression que l'on masquera le plus longtemps possible ; 3) les toxicomanies ; 4) mais aussi des passages à l'acte violent, des hallucinations auditives et des délires verbaux, parfois persécutifs. Or, ces derniers symptômes, sont souvent associés à des psychoses par des cliniciens peu sensibilisés au travail de la culture locale sur le langage d'expression de la dépression. Il résulte de ces erreurs diagnostiques, des prescriptions de médicaments non adaptés.

[30]

Ici c'est moins le savoir populaire qui est en question, en tant que bagage de connaissances ou de croyances, que d'un savoir vécu fondé et enraciné dans des codes culturels qui viennent définir les modes et les canaux d'expression de la souffrance. Il ne s'agit pas d'un savoir explicite, mais de structures culturelles partagées qui sont au cœur d'un langage martiniquais d'expression de la détresse psychologique. Une anthropologie du médicament devra s'intéresser à ces couches structurelles, plus ou moins inconscientes, d'un savoir implicite et non plus explicite.

Même si ce savoir est implicite, même s'il relève de composantes plus complexes du savoir tels les représentations du normal, même s'il est mieux compris en tant que « grammaire » qui structure un langage martiniquais de la détresse, il s'agit toujours d'une forme de savoir. Ce savoir ne sera évidemment pas accessible par des questionnaires empiriques fondés sur une liste de croyances liées à la dépression. Il suppose une connaissance préalable du phénomène de la quimboiserie (forme locale de sorcellerie) qui postule que toute maladie résulte d'une attaque de sorcellerie dans laquelle le dépressif est victime d'une personne envieuse ou malveillante qui s'est payée les services d'un quimboiseur, lequel fera de vous une victime de l'attaque de divers mauvais esprits qui vous hanteront au quotidien. Il s'agit donc d'un savoir qui prend racine dans un univers magico-religieux extrêmement riche et complexe. Le savoir populaire relié à la dépression déborde

donc le seul cadre des symptômes pour s'enraciner dans les conceptions relatives aux forces [31] surnaturelles et aux pouvoirs du sorcier, et qui ne peut être compris sans référer au réflexe d'extériorisation, hors de soi, des responsabilités de nos troubles de l'humeur.

Une anthropologie de la prescription de la médication ne pourra évidemment pas faire l'économie d'une étude du pluralisme thérapeutique qui offre aux Martiniquais diverses alternatives à la biomédecine. Les deux principales sont :

- 1) le travail thérapeutique des *quimboiseurs* et des *séanciers* qui seront consultés pour « contrer » les maléfices et les attaques lancées par d'autres quimboiseurs ;
- 2) le travail des Églises, charismatiques catholiques, ou multiples Églises pentecôtistes, adventistes, évangélistes, baptistes, etc., qui interviennent via les prières ou l'imposition des mains par le curé ou le pasteur ou via l'intercession de groupes de prières qui prieront pour votre guérison durant un nombre donné de jours à votre chevet.

À noter que la phytothérapie traditionnelle, bien que vivante, est réputée inefficace contre des maladies d'origine surnaturelle et non naturelle.

Bref, le savoir populaire martiniquais illustre ici une autre complexité de ce savoir. Il s'agit d'un savoir composite, hétéroclite qui s'inscrit dans le cadre d'un pluralisme [32] thérapeutique. Ce savoir englobe des croyances et des représentations relatives aux pouvoirs des quimboiseurs, aux pouvoirs de la prière, aux pouvoirs de chacune des Églises en compétition et au pouvoir des médecins, des psychiatres, psychologues, psychanalystes. Ce sont donc divers pans de ce savoir complexe qui seront, tour à tour, convoqués pour guider le malade dans son passage d'un secteur de soins à un autre dans le cadre d'un itinéraire de soins complexe.

D) Quels sont les modes de cohabitation entre les diverses formes de logiques et de rationalités dans le recours aux médicaments ?

Un autre défi pour les sciences sociales est celui de l'analyse de la cohabitation des diverses formes de rationalité qui guident les comportements reliés aux médicaments. J'illustrerai la réflexion à partir d'une analyse des rationalités qui sont mobilisées dans les décisions des parents de faire vacciner leurs enfants.

Au Québec, comme ailleurs, la logique du savoir populaire de même que la rationalité des comportements relatifs à la consommation de médicaments ne sont pas toujours évidents. Les patients qui se présentent tant chez le médecin que chez l'homéopathe ou le naturopathe ne disposent souvent pas de meilleures informations sur les produits qui seront prescrits que les clients des chamans n'en possédaient sur les fondements logiques et empiriques des remèdes et rituels prescrits. Le [33] Québécois d'aujourd'hui démontre la même confiance aveugle face au thérapeute que l'autochtone face à son chaman, son sorcier ou son devin. La rationalité n'est pas une fonction directe de l'efficacité thérapeutique. Les savoirs populaires, tout comme les comportements reliés à la santé, ne peuvent être jugés « irrationnels » du seul fait qu'il n'y a pas guérison. De même, la décision de suivre ou non les prescriptions du thérapeute ne se fait pas nécessairement « en toute connaissance de cause ». Il s'agit d'un acte de « foi » dans le « pouvoir » du soignant. La consommation de médicaments prescrits n'a rien d'un geste « rationnel » dans la mesure où l'Occidental moyen ignore tout de la composition de ces produits et de leurs processus pharmacodynamiques. Il adopte la même attitude face à ces « potions magiques » que celle adoptée par l'autochtone face aux décoctions, fétiches, amulettes prescrits par le guérisseur. La confiance aveugle ne peut être compatible avec la décision rationnelle. En occident comme dans les pays en voie de développement, le comportement relié à la santé est fonction de la reconnaissance de l'autorité de thérapeutes auxquels la société délègue pouvoir et légitimité pour soigner, matière de confiance et non de logique.

Un exemple intéressant est celui des motivations qui amènent les parents québécois à accepter ou à refuser de voir vacciner leurs jeunes

enfants. On y retrouve en cohabitation quatre formes de logiques dont l'importance relative varie d'un parent à l'autre. La première est la logique coût bénéfice. Tout en étant largement [34] ignorants de l'effet pharmacodynamique du vaccin, certains parents semblent bien informés des bénéfices que peuvent retirer leur enfant en termes de protection contre la maladie ; ils semblent aussi informés sur la nature et les probabilités des effets secondaires potentiels. Il s'agit d'une rationalité de type épidémiologique.

Une seconde forme de rationalité est celle que Tambiah (1990) a qualifiée, suite à Lévy-Bruhl, de logique de « participation » ou de la fusion. Cette logique de la participation se manifeste « lorsque les personnes, les groupes, les animaux, les lieux et les phénomènes naturels sont en relation de contiguïté et que cette contiguïté exprime une relation d'immédiateté existentielle, de contact et d'affinités partagées » (Tambiah, 1990 : 107). Il y a alors un sentiment d'être partie d'un ensemble, de fusion dans un ensemble. Dans le domaine du médicament, on pourrait traduire cette notion de participation comme le fait que le pouvoir de guérison d'une amulette ou d'un médicament est partie intégrante de l'objet, qu'il n'en constitue pas une fonction, mais qu'il en est l'essence même. Ici, la relation logique entre la cause et les effets est directe ; elle exclut les étapes et les mécanismes intermédiaires qui produisent l'effet. Nous pouvons avancer l'hypothèse que les médicaments hypotenseurs, les aliments riches en Oméga 3 ou les vaccins ne sont pas vus par les parents comme des causes indépendantes des effets produits ; ils sont des composantes consubstantielles de la santé. Ils ne produisent pas la santé ; ils sont la santé. À l'inverse, le tabac, l'alcool, les drogues dures, les [35] aliments riches en cholestérol n'induisent pas indirectement la maladie ; ils sont la maladie.

Une troisième forme est la logique de conformité sociale. Elle est fonction du degré de confiance que l'individu aura envers non pas le savoir lui-même, mais le porteur de ce savoir. Une croyance alors devient rationnelle en conformité dès que l'individu accorde une crédibilité aux porteurs de la croyance. Bref, il est rationnel de croire ce que tout le monde crédible croit. La rationalité se mesure à l'aulne de la respectabilité, de la sagesse ou de l'orthodoxie d'une prescription. Elle explique en large partie l'acceptation de la vaccination par les parents vaccinants.

Enfin, quatrième, la logique symbolique fonctionne par la juxtaposition de métaphores, de mythes ou de symboles. L'étude de Marie Coste (1998) a mis en évidence que le vaccin est associé, surtout chez les parents non vaccinants, aux symboles négatifs forts du « chimique », du « synthétique », du « corps étranger inoculé » alors que l'acte de vaccination est associé aux symboles négatifs du « biomédical », de la « mafia médicale », de « l'empire économique des compagnies pharmaceutiques », voire chez certains à un délire sur « la dégénérescence planifiée (ex : par les Chinois...) des populations occidentales ».

Les savoirs ethnomédicaux (dont le savoir biomédical, en tant que construit socioculturel, constitue l'une des variantes), étant fondés [36] sur des connaissances médiatisées par les formes symboliques et les pratiques interprétatives, « les mondes locaux de la connaissance médicale ne peuvent simplement plus être jugés en fonction de la rationalité biomédicale » (Good, 1994 :178). Les comparaisons transculturelles ne devraient donc pas porter sur le degré de rationalité des divers systèmes ethnomédicaux mais sur la pluralité des pratiques interprétatives. Ces dernières, aucunement réductibles à de simples explications causales de la maladie, deviennent le nouveau point focal de l'entreprise anthropologique de relativisation du concept de rationalité. Il faut donc dénoncer, comme le propose Good (1994), toute anthropologie empiriste qui consacre le statut propositionnel des croyances et qui fait des croyances irrationnelles le paradigme central de la réflexion anthropologique. Le débat sur la rationalité des croyances ne peut conduire qu'à favoriser la reproduction de l'épistémologie biomédicale empiriste dominante des rapports de domination entre le savoir biomédical et les autres ethnomédecines.

La logique réfère alors, soit : a) selon une perspective empiriste, à une logique de référence entre des croyances et les « faits » médicaux ; b) à la cohérence du « système » de croyances ; c) à la conformité du raisonnement individuel aux règles définissant telle forme de logique (scientifique, symbolique, etc.) ; d) à l'enchaînement clair et explicite de concepts (plutôt qu'à la juxtaposition d'images ou de métaphores) ; e) à une préoccupation minimale pour élaborer une explication causale ou ; f) tout simplement à la faculté intellectuelle (l'entendement) qui rend [37] possible ces enchaînements. Ces critères définissent divers types ou niveaux de logiques et conséquemment, les

jugements globaux sur le caractère prélogique ou illogique de tel ou tel savoir ethnomédical devraient faire place à des analyses plus nuancées des divers critères de définition de la logique. Il en va de même pour la rationalité des comportements qui est définie par le manque de cohérence entre tantôt les croyances et les pratiques, tantôt les comportements et les buts visés par le malade (rationalité des choix) ou encore la cohérence entre les buts visés et les intérêts fondamentaux de l'individu (jugement moral sur les buts). Ici encore, le relativisme prôné par l'anthropologie devra débattre non seulement du degré de rationalité des comportements, mais des types de rationalité découlant de ces divers critères. Bref, la recherche sur les usages sociaux des médicaments doit prendre en considération la cohabitation de plusieurs niveaux ou formes de logique chez un même individu. L'anthropologie doit déborder des jugements globaux portés sur « la » logique des savoirs ethnomédicaux pour traiter du problème, autrement plus pertinent, de la cohabitation des diverses formes et niveaux de logique (logique scientifique, logique de conformité, logique de référence, logique symbolique, etc.) et plus précisément de la cohabitation de formes rationnelles, irrationnelles et non rationnelles de pensée.

E) Vérité et mensonge constituent-ils deux réalités hermétiques et irréductibles l'une à l'autre dans le cadre de la rencontre malade-guérisseur ?

[38]

La question des rapports entre vérité et mensonge se pose de façon pertinente en anthropologie du médicament. Le thérapeute qui prescrit tel médicament, tel remède traditionnel ou tel rituel thérapeutique est-il totalement persuadé de l'efficacité de sa prescription ? Est-il intimement persuadé de l'efficacité réelle du remède face au problème de santé rapporté par le malade consultant ? Existe-t-il une certaine dose de « mensonge » dans ses affirmations quant à l'efficacité certaine de sa prescription ? Et le malade de son côté, rapporte-t-il ses symptômes et décrit-il le contexte de leur apparition de façon fidèle, sans omissions, exagérations ou manipulation des faits, et sans une certaine reconstruction consciente des circonstances d'apparition des symptômes ? Les récits de l'un et de l'autre ne reposeraient-ils pas sur un certain do-

sage de vérités et de mensonges ? Poser une telle question est proprement « politiquement incorrect », particulièrement en anthropologie. Les guérisseurs ne peuvent tout simplement pas mentir dans le monde mythique et parfois fortement romantique que les anthropologues construisent autour d'eux. Pas plus qu'il n'est pensable que les malades procèdent par certaines manipulations de la vérité, certaines omissions, certaines demi-vérités. C'est pourtant la question que nous avons osé poser dans un article (Massé, 2005) qui fait partie d'un numéro spécial de la revue *Medicine and Anthropology* dirigé par Sylvie Fainzang et Els Van Dongen et consacré au thème de l'anthropologie du mensonge.

[39]

Tout anthropologue travaille, avec raison, à partir du principe voulant que son mandat ne soit pas de mesurer la part de vérité et de mensonge dans les récits de maladie, ni de débusquer les guérisseurs charlatans ou encore moins d'analyser l'efficacité médicale, réelle ou attribuée, des pratiques de guérison. Ce souci de rectitude s'explique, en partie, par l'image négative et moralisatrice, accolée aux mensonges et aux tromperies, mais aussi par un souci de relativisme culturel méthodologique qui interdit tout jugement de valeur ne respectant pas le « point de vue » développé par la population étudiée. Pourtant, plusieurs études sur le mensonge ont montré l'importance du rôle que le mensonge joue dans la construction intersubjective de la réalité (Barnes, 1994 ; Sasrni et Lewis, 1993 ; Duncan and Weston-Smith, 1979). Nous avons suggéré de considérer la rencontre clinique entre le malade et le thérapeute traditionnel (mais il faudrait voir ce qu'il en est en contexte biomédical) comme un lieu de rencontre de deux discours qui intègrent vérités et mensonges, franchise et tromperie dans le cadre de la production d'une vérité dynamique. Ce processus repose partiellement sur un jeu de mensonge consensuel et sur des mensonges tactiques.

Prenons en exemple une pratique thérapeutique observée à Sainte-Lucie aux Antilles anglophones entre un « *obeahman* » (guérisseur local) et un malade. Rappelons d'abord que dans les sociétés créoles antillaises, l'explication de la maladie et autres infortunes repose en bonne partie sur une référence à des forces [40] magico-religieuses. La maladie, les troubles de comportement, la toxicomanie, les épisodes de dépression, tout comme les problèmes conjugaux et profes-

sionnels sont fréquemment expliqués par l'action d'un *travail* qui est fait sur le malade. Une personne jalouse ou envieuse souhaitant faire le mal aura consulté un *gadè* (Sainte-Lucie et Martinique) ou un *quimboiseur* (Martinique) pour jeter un sort, un maléfice sur le malade. Ce dernier se définira, dès lors, comme une victime d'une attaque de sorcellerie. *Gadè, quimboiseur et obeahman* seront consultés par les victimes pour obtenir un désenvoûtement. La confiance du malade envers l'*obeahman* ne repose pas sur une maîtrise supposée d'un corpus déterminé de savoirs occultes que posséderait ce dernier via un apprentissage complexe transmis de génération en génération. Elle repose plutôt sur la crédibilité qu'il aura acquise à travers sa pratique antérieure, suite à un don inné, une révélation, ou un apprentissage avec un maître. Le cas suivant illustre cette pratique.

Le cas donc est le suivant : un jeune homme Sainte-Lucien, Timoty, présente des symptômes de dépression et divers troubles de comportement. Il consomme des drogues dures, consommation qui engendre des épisodes de violence envers ses proches. En découlent des problèmes dans ses relations avec sa famille et ses amis. Suite au soutien de ses parents et d'amis, il réussit à obtenir une multitude de petits emplois. Mais à chaque fois, après quelques semaines ou quelques mois, ses employeurs le licencient. Il croit qu'il est victime d'un « travail » fait sur lui [41] par quelqu'un qui veut son malheur. D'un commun accord avec son grand-père, il décide d'aller consulter un *obeahman*. Ce dernier, après avoir écouté le récit des malheurs du jeune homme et l'interprétation qu'il en propose, adhère à l'hypothèse d'un ensorcellement. Cet *obeahman* est réputé dans la région pour ses pouvoirs dont personne ne connaît vraiment les origines. Il propose au malade d'utiliser trois sortes d'huiles : l'une doit être appliquée sur le corps, une autre mélangée au l'eau du bain ¹, une troisième doit être vaporisée sur le corps. Lors de ses visites, le patient devait se placer au centre d'un bain composé d'une mixture secrète et se laver avec ses sous-vêtements qu'il avait portés trois jours consécutifs, l'*obeahman* tordait trois fois les sous-vêtements et lui fait boire le liquide recueilli dans un bol. Le rituel était complété par la consommation de diverses concoctions secrètes, par l'incorporation d'une mixture à base de vase-

¹ L'usage thérapeutique des bains est très répandu aux Antilles créoles. Les « *bains marrés* » sont pratiqués pour libérer l'individu de l'emprise des mauvais esprits.

line dans les cheveux du client et par une courte prière à Dieu inspirée du répertoire catholique. Chacune des visites coûtait environ 100 \$ US. Chaque renouvellement de prescription des huiles coûtait 100 \$ US incluant un montant substantiel pour le papier parchemin sur lequel devait être écrite la prescription. Quelque temps après, le jeune homme se serait dit guéri.

Alors. Ce jeune homme est-il réellement convaincu que sa toxicomanie, que son désintérêt au travail, que ses [42] comportements agressifs ne sont pour rien dans son incapacité à ne conserver aucun des dix emplois que son oncle lui a trouvés au cours des dernières années ? Ne ment-il pas un peu, par omission ou par sélection des explications possibles, en invoquant dans le cadre de la relation clinique la seule responsabilité d'un *travail* fait sur lui par des personnes malveillantes ? Et le guérisseur ? Est-il profondément dupe des problèmes de toxicomanie du client ? Est-il profondément persuadé de l'efficacité de ses remèdes face à un tel problème ? Plusieurs pistes de réflexion et d'analyse émergent alors :

- 1) La vérité n'est pas statique, mais dynamique ; elle se construit dans le cadre d'un processus dynamique reposant sur une créativité pragmatique et interactive ;
- 2) Le mensonge ne peut-il pas être abordé comme un outil pour le renforcement des croyances du malade dans le pouvoir du guérisseur et de ses remèdes ;
- 3) Le mensonge peut être tactique. Le guérisseur peut l'utiliser pour asseoir l'efficacité symbolique de ses remèdes. Le malade y aura recours pour masquer les causes réelles de ses infortunes, mais surtout pour guider le guérisseur vers le bon traitement ;
- 4) Tant le malade que le guérisseur sont inscrits dans une relation entre duperie et mensonge. Tous les deux jouent un double jeu de rôle de dupe et de menteur. Mais le but ici serait plutôt d'augmenter l'intérêt du partenaire dupé face à ses problèmes (pour le malade) ou à ses solutions (pour le thérapeute) ;

[43]

- 5) Dans le cadre des théories sur les « jeux de langage » inspirées de Wittgenstein, le mensonge et la vérité sont deux composantes inséparables d'un « jeu de mensonge-vérité » ;
- 6) Le mensonge est souvent proche de l'ironie (que l'on peut définir comme un faux mensonge) ; nous sommes face à un « jeu d'ironies » que tant le malade que le guérisseur souhaiteraient voir décodées par l'autre ;
- 7) Ni le guérisseur ni le malade n'ont pour objectif ultime de tromper. Nul ne souhaite que leurs mensonges soient crus intégralement. Par exemple, dans le cas rapporté plus haut, l'objectif du jeune toxicomane n'est pas de tromper le guérisseur lorsqu'il invoque l'hypothèse de l'ensorcellement ; il l'invite simplement à décoder son message qui en est un de quête de déresponsabilisation et de déculpabilisation, l'*obeahman* de son côté ne prétend pas que le jeune homme croit intégralement dans le pouvoir direct de guérison des bains d'huiles et du papier parchemin. Les deux sont complices et sincères. Leur but n'est pas la vérité mais la véracité, la plausibilité. La rencontre patient thérapeute est fondée sur des mésinterprétations, des omissions et des surinterprétations stratégiques ou des « mensonges de bonne foi » ou des « vérités mensongères » (Duncan and Weston-Smith, 1979).

[44]

Bien sur, l'objet ici n'est pas de proposer que la prescription de remède se résume à une simple mise en scène de la tromperie et du mensonge de la part d'un malade menteur et d'un guérisseur charlatan. Mais il est clair que les sciences sociales doivent cesser de voir dans le mensonge une simple source de biais dans la collecte de données. Nous souhaitons rappeler simplement que les sciences sociales doivent aller au-delà d'une simple lecture positiviste des vérités et des mensonges pour y voir un jeu de langage, une mise en scène du cadre clinique, une théâtralisation constructive de la tromperie. Les concepts de vérité et mensonge doivent être réhabilités et abordés comme des constructions culturelles qui jouent un rôle majeur dans le cadre de l'efficacité symbolique des remèdes. C'est seulement à ce prix que

pourra être renouvelée la recherche sur les savoirs populaires reliés aux médicaments.

CONCLUSION

Pour terminer, nous croyons pertinent de poser la question du défi que représente la nouvelle anthropologie médicale critique pour la recherche plus classique, descriptive, sur les savoirs populaires liés au médicament. Heureusement, l'anthropologie du médicament, tout comme l'anthropologie médicale en général, a su développer et raffiner une économie politique de la santé qui porte son attention sur les liens entre la souffrance sociale et les violences structurelles. Elle a su questionner de façon pertinente et convaincante les explications culturalistes qui remettaient sur le dos des savoirs populaires, de l'illogisme des savoirs et de [45] l'irrationalité des comportements liés aux médicaments, les supposées incompétences des malades. Pour expliquer l'échec de divers programmes, comme ceux de la lutte à la tuberculose ou au sida, elle a recentré l'attention des chercheurs sur la primauté des intérêts économiques des compagnies pharmaceutiques, sur le manque de sensibilité de la biomédecine aux réalités culturelles locales, ou sur les effets pervers du libéralisme économique mondialisé.

Toutefois, nous devons être prudents face à un effet pervers de balancier qui aurait pour conséquence de disqualifier, à la base, toute étude des savoirs locaux. Nous ne pouvons que nous interroger face aux positions radicales d'une anthropologie médicale critique qui discréditerait radicalement les ethnographies classiques, les études sur la symbolique, les réseaux sémantiques de la maladie et du médicament sous prétexte qu'elle confine l'anthropologie à une complicité avec le système biomédical, le biopouvoir, voire l'industrie pharmaceutique. En fait, l'anthropologie ne pourra pas se démarquer de la sociologie de la santé, de la philosophie de la santé, de la politique de la santé si elle ne se cantonne que dans un rôle de critique politique. Sa spécificité, son originalité est justement de s'être outillée pour analyser ces savoirs et ces pratiques populaires sur le terrain, pour décoder les interprétations faites de la maladie, des remèdes et des thérapeutes. Mais surtout, sa raison d'être est, croyons-nous, sa capacité, comme discipline

de conjuguer analyses microsociale et [46] macro sociale, culturelle et politique, études du sens et du pouvoir. Bref, sa capacité à aborder ses objets de recherche à travers l'imbrication des diverses dimensions culturelles, sociales et politiques, à travers le vécu quotidien et les institutions sociales et politiques, à travers le regard des populations locales et celui des professionnels de la santé. Discipline fondée sur l'ouverture au pluralisme culturel et sur le respect de l'autre, elle devra savoir appliquer ces principes à ses propres courants théoriques et méthodologiques. Les savoirs populaires, dans toute leur complexité, devront demeurer une priorité pour la recherche anthropologique sur les médicaments, même s'il est évident que ces savoirs sont objets de recherche sans pertinence s'ils sont analysés pour eux-mêmes, en dehors des préoccupations pour l'influence qu'exercent sur eux, les facteurs économiques et politiques.

RÉFÉRENCES

Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Éditions Karthala.

Barnes, J.A. (1994). *A Pack of Lies. Toward a Sociology of Lying*. Cambridge University Press. Cambridge, Melbourne Australia.

Coste M. (1998). « *Les croyances liées à la vaccination au Québec*. » Mémoire de DEA sous la direction de Jean Benoist et Raymond Massé. Laboratoire d'Écologie humaine et [47] d'anthropologie, Université de Droit, d'Économie et des Sciences d'Aix-Marseille III.

Duncan, R. et Weston-Smith, M. (eds.) (1979). *Lying Truths : A Critical Scrutiny of Current Beliefs and Conventions*. Oxford : Pergamon press.

Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press, Cambridge.

Katon, W. et Kleinman, A. (1981) « Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care », in Leon Eisenberg and Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, D. Reidel Publishing Co. pp : 253-280.

Lesne, C. (1990), « *Cinq Essais d'ethnopsychiatrie antillaise* », L'Harmattan, Paris.

Saarni, C. et Lewis M. (1993). « Deceit and Illusion in Human Affairs. » In Michael Lewis and Carolyn Saarni (eds.) *Lying and Deception in Everyday Life*. Pp. 1-29, The Guilford Press, New York, London.

Massé, R. (1995). [Culture et Santé publique : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé.](#) Gaétan Morin éditeur, Boucherville.

[48]

Massé, R. (1997). « [Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux](#) ». *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21 (1), pp. 53-72.

Massé, R. (2001). « [Pour une ethnoépidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique](#). » *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 19(1), pp. 45-73.

Massé, R. (2002). « Gadè deceptions and lies told by the ill : The caribbean sociocultural construction of thruth in patient-healer encounters », *Anthropology and Medicine*, Vol. 9(2) : 175-188.

Massé, R. (2005). « The negotiation or truth and the power or deception in patient-healers encounters. The case or Gadè in the Caribbean », in Els van Dongen and Sylvie Fainzang (eds.), *Lying and Illness. Power and Performance*, pp : 139-155. Amsterdam, Het Spinhuis Publishers.

Massé R, Légaré, F., Dodm, S. et Côté, L. (2001). « The Limits of the Transactional Model in Clinical Encounters : the case of perimenopausal women in Québec. » *Sociology of Health and Illness*, Vol. 23(1) pp. 44-64.

Stewart M. et al. (1995), *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Sage Publications.

[49]

Tambiah S.J. (1990). *Magic, Science, Religion and the Scope of Rationality*. Cambridge University Press, Cambridge.

Fin du texte