Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé.
Directeur de recherche à l'Inserm et membre du CERMES
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société)

(2004)

“Entre pratiques symboliques
et recours thérapeutiques.
Les problématiques
d’un itinéraire de recherche.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

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, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Sylvie FAINZANG

"Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche."

Un article publié en portugais dans la revue **Anthropolitica**, Revue d'anthropologie et de sciences politiques du Brésil, no 15, juin 2004, pp. 20-38.

[Autorisation formelle accordée par l'auteure le 11 février 2009 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : sylvie.fainzang@orange.fr

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 letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 31 mars 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Table des matières

Introduction

La gestion intellectuelle et pratique de la maladie dans une société ouest africaine

L'interprétation de la maladie dans une commune de la région parisienne

Sexualité et reproduction en milieu africain immigré polygame

Représentations et gestion de l'alcoolisme dans un mouvement d'anciens buveurs

Les attitudes culturelles face à l'ordonnance et aux médicaments

Le mensonge dans la relation médecin-malade

Publications citées

Sylvie FAINZANG

**“Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques.
Les problématiques d’un itinéraire de recherche.”.**

Un article publié en portugais dans la revue **Anthropolítica**, Revue d’anthropologie et de sciences politiques du Brésil, no 15, juin 2004, pp. 20-38.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

Cet article est l'exposé d'une démarche de recherche, des interrogations qui l'ont traversée et des choix qui l'ont guidée dans le domaine de l'anthropologie de la santé et de la maladie (ou de ce qu'on appelle plus couramment aujourd'hui l'anthropologie médicale). L'objectif est de montrer comment peuvent se construire des problématiques de recherche au cours du travail d'un chercheur, et comment chaque avancée et chaque enquête produisent, à leur tour, de nouvelles questions. Il serait illusoire de croire que toutes les recherches que mène un chercheur ne sont guidées que par une seule et même question à laquelle les résultats de chacune seraient un élément de réponse. Il est vrai cependant que certaines préoccupations majeures restent dominantes et balisent les recherches accomplies. Je montrerai donc ici combien des recherches différentes (entendons des objets et des terrains variés, mais aussi, au départ, des problématiques distinctes) ont pu être menées et traversées par des questions convergentes, sinon permanentes. Il convient de noter que ma rencontre avec l'ethnologie fut fortuite : après avoir fait des études d'anglais, je me vis proposer par les Editions Gallimard la traduction d'un ouvrage de Marshall Sahlins, un anthropologue américain. Le grand intérêt

que je pris à la lecture de cet ouvrage me décida à faire des études d'ethnologie. Il serait par conséquent tout à fait inexact de parler de vocation ethnologique, pour ce qui fut bien plutôt une tardive et fortuite découverte. L'ensemble de mes recherches a porté sur l'étude des liens entre les représentations et les pratiques relatives à la maladie et a cherché à cerner les dimensions symboliques et les mécanismes sociaux qui sous tendent les comportements des individus ; mon intérêt particulier pour l'étude des systèmes symboliques qui sont au fondement des pratiques sociales est né précisément de la lecture de ce livre de Marshall Sahlins (1980), un ouvrage de référence en anthropologie et en particulier pour toutes les anthropologues qui s'intéressent aux dimensions culturelles qui organisent les comportements humains. Mes recherches ont donc été guidées par la question centrale de savoir comment les individus pensent et gèrent leur malade au quotidien et quelle incidence leurs représentations ont sur leurs conduites en matière de santé.

La gestion intellectuelle et pratique de la maladie dans une société ouest africaine

[Retour à la table des matières](#)

J'entrepris de mener ma première recherche en Afrique, chez les Bisa, une population de ce qui s'appelait alors la Haute-Volta (aujourd'hui le Burkina Faso), et dont je m'étais laissée dire qu'elle avait l'objet de fort peu de travaux en ethnologie. Appliquée à me laisser guider par les exigences du terrain, je m'intéressais plus particulièrement au traitement du corps dans le contexte précis de la maladie et à la manière dont celle-ci était gérée par les institutions spécialisées, dont l'une d'elles (l'institution divinatoire) m'apparut jouer un rôle tout à fait décisif dans cette société. Je centrai donc mes enquêtes sur les représentations et les pratiques relatives à la maladie et orientai bientôt ma réflexion sur l'articulation entre ces représentations et les conduites des individus. Cette première recherche a en partie emprunté à l'esprit des travaux anglo-saxons attentifs aux usages sociaux de la maladie, dans la mesure où je me suis interrogée en particulier sur les moyens dont se dote la société - par le biais de la gestion pratique et intellectuelle de la maladie - pour assurer un contrôle sur les individus. Dans le même temps, j'ai

tenté de cerner le sens que revêt la maladie et la manière dont elle trouve à s'insérer dans l'ensemble du système de pensée bisa. Une large place était ainsi réservée à l'étude des modèles explicatifs de la maladie et de l'événement en général, et aux processus de mise en accusation qu'ils généraient en particulier, dont les pratiques thérapeutiques étaient une étroite fonction.

Une première série de questions concerne la signification attribuée à la maladie et les causes qui lui sont imputées. La réponse à cette question est passée par l'étude du système étiologique élaboré par le groupe étudié, et des discours interprétatifs produits par les individus et par les institutions majeures qui prennent en charge la maladie. La perception sociale de l'événement maladie qui sous-tend la consultation divinatoire incite le devin à rattacher les faits et gestes des consultants à des faits passés ou à venir et donc à élaborer des relations causales entre des phénomènes très divers. Il s'agit pour lui de recueillir le maximum d'informations pour établir un diagnostic et pour prescrire des rituels réparateurs, suivant une logique qui l'autorise à ordonner toute sortes de pratiques sociales, dont l'observance est conçue comme la condition de la guérison ou de l'évitement de la maladie. Le plus souvent conçue comme la résultante d'une sanction infligée par des puissances surnaturelles à un manquement aux règles sociales ou à une transgression d'interdit, la maladie peut aussi résulter de l'action persécutrice d'un tiers, interprétation exprimant la perception d'un conflit entre individus ou entre groupes. Mais elle peut être aussi le résultat de l'action de *Woso*, principe transcendant l'univers — ordinairement, et à tort, traduit par "Dieu" — dont j'ai montré qu'il ne s'agissait pas à proprement parler d'une catégorie religieuse. Il existe de nombreuses circonstances dans lesquelles on consulte le devin et qui sont autant de situations lui fournissant l'occasion d'exercer ses fonctions, qui peuvent être multiples. Mais la maladie y joue toujours un rôle déterminant en tant que menace et fournit le motif sous-jacent aux consultations qui ne la prennent pas immédiatement pour objet. Penser la maladie c'est tenter de l'inscrire dans l'enchaînement temporel et logique d'événements multiples, et c'est légitimer l'observance de comportements sociaux spécifiques situés en des points divers de la séquence causale, susceptibles d'en modifier le cours. Compte tenu de ces données, il m'est apparu opportun de pousser plus avant l'analyse communément faite, notamment par les fonctionnalistes anglo-saxons, analyse selon laquelle l'institution divinatoire s'acquitte d'un rôle de contrôle social. J'ai voulu montrer pour ma part qu'elle

assumait également et plus largement le rôle de reproduction sociale, car le traitement intellectuel de l'événement maladie a affaire non seulement avec le respect des normes et de la loi, mais autorise le devin à intervenir dans tous les domaines de la vie sociale. La consultation a ainsi pour effet de permettre au devin de dicter des pratiques fort diverses (dons de biens économiques, changements de résidence, choix d'un conjoint, adoption d'une charge, etc.), son diagnostic et ses prescriptions ayant pour fonction d'assurer la permanence de l'ordre social.

Toutefois, le traitement intellectuel de l'événement soumet à sa logique non seulement la maladie ou l'événement malheureux mais également l'événement heureux. Cet aspect m'a conduit à établir un parallèle entre l'institution divinatoire et les théories comportementales en ce sens que l'une et l'autre se proposent d'assurer la survie d'un système et font reposer leur pratique sur les notions de sanction et de récompense, illustrées dans le cas présent par l'événement malheureux et l'événement heureux, à cette différence près que les uns (les comportementalistes) les produisent et les autres (les devins) ne font que les désigner comme telles, en interprétant l'événement. Ici, c'est la gestion intellectuelle de l'événement qui surdétermine les pratiques sociales. Cette analyse ne permet toutefois certainement pas de conclure à une totalité structurée de manière figée, parfaitement équilibrée, et à l'abri de tout changement, comme tendent à le faire les analyses fonctionnalistes. Au contraire, si on prend en considération précisément l'incidence de l'usage de la catégorie *Woso* sur les pratiques sociales, on s'aperçoit d'une part que certaines représentations de la maladie sont totalement afonctionnelles et d'autre part que les individus recourent parfois à l'explication par *Woso* pour échapper à l'analyse divinatoire, exprimant par là une résistance au contrôle social. L'ensemble du dispositif reproduction / résistance se fonde sur des énoncés interprétatifs où les mises en accusation (du malade ou d'un tiers) dans l'émergence ou l'aggravation du mal, le disputent à la reconnaissance de "maladies de *Woso*", forme propre à évacuer toute notion et toute imputation de responsabilité. Par contraste avec l'approche fonctionnaliste britannique, j'ai donc cherché à montrer que ces mêmes systèmes d'interprétation rendaient possible la manifestation, par les malades, d'une forme de résistance au contrôle social exercé par la société au moyen de l'institution divinatoire (Fainzang 1986).

*L'interprétation de la maladie
dans une commune de la région parisienne*

[Retour à la table des matières](#)

Séduite par l'idée de transposer l'approche anthropologique de la maladie dans nos propres sociétés, je choisis de poursuivre mes recherches dans la société française, sur le modèle de celles que j'avais menées en Afrique de l'Ouest. L'anthropologie de la maladie m'a paru pouvoir s'appliquer aux sociétés occidentales avec l'hypothèse que les représentations et les pratiques qui s'y rapportent ne sont pas beaucoup plus autonomes que dans les sociétés lignagères africaines, et qu'elles s'articulent à l'ensemble des systèmes de représentations des individus et de leurs activités sociales. Ainsi, en Occident comme en Afrique, l'interprétation que les sujets ont de la maladie et les motifs qui sous-tendent les recours thérapeutiques me semblaient largement déborder le domaine strictement médical, et mettre en jeu à la fois des systèmes de pensée et de représentations du réel que le travail d'anthropologue doit s'attacher à étudier et à décoder.

Mes recherches en France ont donc commencé par le pari que le même mode d'approche et les mêmes problématiques pouvaient être tenus sur un terrain exotique et sur un terrain occidental. Mon choix était de me poser des questions identiques à celles qu'avaient fait surgir mes enquêtes dans la société bisia, et cela dans une perspective comparative. Il y a lieu de préciser ici ce que j'entendais et ce que j'entends toujours par comparatif: une étude comme celle que je me suis proposée de mener n'a jamais eu pour but de déterminer les différences entre les systèmes médicaux des sociétés lignagères africaines et des sociétés modernes occidentales. Une telle entreprise n'aurait abouti qu'à les situer en une dichotomie évidente qui ferait apparaître chacune à un niveau différent de rationalité, ce qui ne présente aucun intérêt du point de vue de la réflexion anthropologique. J'ai au contraire cherché à mettre en relief, à partir de ce que l'étude anthropologique de la maladie peut nous apprendre sur ces sociétés, quelles sont les points communs dans leurs systèmes symboliques respectifs, tout en restant attentive à ce qui fait leur spécificité au sein de ces modèles universels. Il s'est donc agi de cerner les modèles d'interprétation de la maladie et d'en tirer des conséquences pour une réflexion plus

générale sur: a) les constantes et les variantes en matière de représentations de la maladie à travers différentes sociétés, b) ce que le rapport (culturellement déterminé) des individus à la maladie nous apprend de leur rapport à la société. Cette recherche s'est donc appuyée sur l'hypothèse selon laquelle on retrouve dans la société occidentale (envisagée à travers l'exemple d'une commune périurbaine de la région parisienne, La Ville-du-Bois, prise comme unité d'observation) des modèles de conduites et d'interprétations de la maladie, marquant une continuité avec ceux que l'on observe dans les sociétés africaines, et que, par delà les diversités culturelles, on peut déceler des universaux en matière de rapport au mal, à la maladie et au malheur en général. Le but de cette recherche était de saisir comment les représentations de la maladie s'intègrent à d'autres systèmes symboliques, de déceler les logiques qui président aux recours thérapeutiques, et en particulier d'étudier l'articulation et la cohérence entre représentations de la maladie et stratégies thérapeutiques, et de saisir comment ces dernières s'articulent à leur tour avec la spécificité culturelle des différents groupes.

Il convient de noter que je me suis toujours proposée de traiter de manière équivalente les discours ancrés dans une logique de type magique et ceux auxquels il est convenu d'accoler le qualificatif "rationnel", puisque les modèles d'interprétation dont l'un et l'autre discours sont porteurs, échappent à la question de la rationalité et qu'ils n'interfèrent pas (ou peu) avec le niveau de connaissances biomédicales des sujets. L'un des grands axes de ma recherche a donc consisté à recenser et à mettre en lumière les différents modèles explicatifs de la maladie, en accordant une attention particulière aux processus de mises en accusation que son irruption met en oeuvre et aux systèmes de pensée qui les font naître, ou plus généralement à leurs conditions d'existence.

Les résultats de la recherche me permirent de constater que le discours sur la maladie peut être envisagé comme un langage des tensions sociales, et qu'il fournit le moyen d'expression des tensions entre individus et entre groupes que procure, suivant des modalités toutefois différentes, le discours sur la sorcellerie dans d'autres types de sociétés. Il est le révélateur des conflits interpersonnels et sociaux. Il m'est apparu en effet que, tout comme dans les représentations sorcellaires (en France comme en Afrique), dire sa maladie c'est énoncer son rapport aux autres, et éventuellement le jugement que l'on porte sur la nature de ses relations avec les autres, dans des formes caractéristiques d'une culture. Le discours sur la

maladie fonctionne donc comme grille de lecture des relations sociales et s'exprime suivant des modalités spécifiques selon l'appartenance culturelle des sujets. L'étude approfondie de cas particuliers m'a permis notamment de repérer des processus de responsabilisation, voire de mises en accusation de personnes et/ou de groupes, en contrepoint des mises en cause de la société et du "mode de vie" qu'elle impose, que C. Herzlich et J. Pierret avaient dégagées de l'analyse de leurs entretiens sociologiques.

L'ensemble des études de cas réalisées dans les différents milieux culturels étudiés m'a conduite à reconnaître quatre modèles de mises en accusation: 1. l'auto-accusation ; 2. la mise en accusation de l'autre proche (ou familial) ; 3. la mise en accusation de l'autre éloigné (ou étranger) ; 4. la mise en accusation de "la société".

La confrontation de ces modèles d'interprétation avec ceux recueillis chez les Bisa du Burkina Faso m'a permis de constater que si certains de ces modèles se retrouvent ici et là, d'autres semblent être, quant à eux, caractéristiques de la société occidentale. Ainsi, l'étude de la causalité dans les sociétés lignagères révèle qu'il y est fait massivement référence au modèle de l'auto-accusation et à celui de la mise en accusation de l'autre, mais qu'en revanche, on ne trouve pas, dans les discours interprétatifs produits par les sociétés lignagères, de mises en accusation de la société telles qu'elles sont formulées en Occident. Si certains discours interprétatifs africains révèlent une résistance à la reproduction visée par l'étiologie sociale, ils n'ont jamais pour contenu une mise en cause des valeurs partagées; ils tendent seulement à promouvoir des stratégies personnelles qui n'ont pas de visée dénonciatrice de l'ordre social. On distingue ainsi deux modèles de causalité: une causalité subversive et une causalité reproductive. Cette distinction laisse transparaître l'existence d'un rapport critique de l'individu à la société plus développé dans les sociétés occidentales, et introduit à des considérations d'ordre anthropologique plus général sur l'absence de tradition critique dans les sociétés lignagères (Fainzang 1989).

Cette recherche doit être comprise comme une tentative pour trouver les similitudes existant entre des sociétés différentes tout en dégagant l'originalité propre de chacune. Ma démarche s'est voulu distincte des travaux de certains auteurs (notamment américains) qui, chaussant des lunettes évolutionnistes et munis de leur typologie sociale, recherchent ce qui ferait la différence radicale entre les

systèmes étiologiques des sociétés envisagées. Mais elle doit être également distinguée de celle d'anthropologues pour qui il n'existe pas de différence entre expérience scientifique et expérience magique, et dont le propos fut au contraire de montrer la profonde analogie entre les modes de pensée traditionnels africains et les modèles théoriques de la société occidentale. On peut parfaitement constater l'unité de l'homme tout en faisant une part à la diversité des formes sociales qui le modèlent. J'ai ainsi cherché à distinguer les orientations différentes que peut prendre une même logique d'interprétation du mal, et à montrer qu'elles sont liées aux contextes sociopolitiques et historiques dans lesquels se déploie la pensée humaine, dans ce qu'elle a à la fois d'universel et de particulier.

Tout au long des enquêtes, s'est posée la question de savoir quelles logiques régissent les recours thérapeutiques des malades. Cette question est également celle des effets des représentations sur les pratiques, si tant est que l'on puisse dissocier, sur un axe temporel, les deux registres. L'observation révèle que l'interprétation que les sujets ont de la maladie a une incidence sur leurs recours thérapeutiques, ainsi que sur leurs comportements quotidiens. Dans tous les cas étudiés, les conduites observées se présentent comme une réponse à la signification accordée à la maladie ou à la cause qui lui est attribuée. Les enquêtes à la Ville-du-Bois m'ont permis de mettre en évidence non seulement l'étroite relation existant entre l'interprétation de la maladie (et en l'occurrence les mises en accusation) et les conduites sociales des sujets (dont les conduites thérapeutiques), mais également le refus, de la part des malades, d'une thérapie dont le sens ne serait pas cohérent avec celui qu'ils attribuent à leur mal.

Deux exemples avaient frappé mon attention, et avaient fait l'objet d'études de cas. Le premier était celui de Lucie, une jeune fille portugaise, qui souffrait de douleurs à l'oreille qu'elle imputait aux coups que lui administrait son père avec lequel elle entretenait des relations difficiles. Convaincue que son mal résultait de la violence de son père, elle consulta un médecin, mais refusa le traitement qu'il lui prescrivit après avoir diagnostiqué une otite. Cette conduite se comprend pleinement au regard de son interprétation, dans la mesure où suivre la médication prescrite par le médecin revenait pour elle à cautionner le diagnostic de ce dernier, et à invalider du même coup sa propre interprétation. Grille de lecture des relations que le sujet entretient avec ses proches ou avec les autres groupes sociaux, le discours sur la maladie prend une signification telle, que l'abandonner, c'est ac-

cepter d'abandonner la mise en accusation à laquelle ces relations donnent lieu et nier la validité du regard que le sujet porte sur son inscription sociale (Fainzang, 1988 et 2000). Un second exemple était celui de Mme Desjardins (auxiliaire de puériculture, catholique pratiquante), atteinte d'un cancer du poumon, et qui commença par se faire suivre à l'hôpital où elle reçut un traitement chimiothérapique. Mais Mme Desjardins fut bientôt agacée de constater que les médecins appliquaient à son cas le même traitement que celui qu'ils réservaient aux autres malades atteints d'un cancer du poumon, pour la plupart de grands fumeurs, alors qu'elle-même ne fumait pas. Persuadée en outre que son cancer résultait de la persécution dont elle était victime de la part de sa belle-mère qu'elle soupçonnait de lui envoyer des ions négatifs, elle eut tôt fait de quitter médecins et hôpital et de se tourner vers une guérisseuse qui procédait au moyen de passes magnétiques plus aptes, pensait-elle, à lui fournir des ions positifs susceptibles de neutraliser l'action persécutive de sa belle-mère et de la guérir de son cancer. Dans chacun de ces cas, la conduite thérapeutique du malade est fonction de la logique interprétative à laquelle il adhère. La propension du malade à donner un sens à sa maladie et à lui attribuer une cause l'enjoint à rechercher la médecine qui lui offrira - à travers le diagnostic qu'elle élabore - le plus de cohérence avec sa propre perception de la maladie, et dont la prescription est considérée comme la plus susceptible de répondre efficacement à son cas particulier.

Sexualité et reproduction en milieu africain immigré polygame

[Retour à la table des matières](#)

Lors de mon retour en France, alors que je rédigeai ma thèse sur les Bisa, j'avais été sollicitée pour mener une enquête sur les mutilations sexuelles en milieu africain immigré, commanditée par le Ministère des Droits de la Femme. Je rencontrai donc un grand nombre de femmes originaires du Mali et du Sénégal, afin de m'entretenir avec elles des pratiques de clitoridectomie, de leurs conditions d'effectuation, et du sens qu'elles revêtaient dans le contexte plus général des procédures de socialisation de leurs filles. Dans le cadre de cette recherche, la dimension qu'il me parut utile de souligner, à l'épreuve du terrain, fut que ces mu-

tilations relevaient d'une volonté d'inscrire sur les corps les rapports sociaux. Je considérais en effet que la permanence de ces pratiques et les modifications qu'elles ont subies quant à leurs modalités dans un contexte sociologique nouveau (en milieu urbain et dans le contexte de l'immigration en France notamment), invitaient à repenser leur signification par-delà celle que leur ont traditionnellement attribuée les ethnologues. Il me paraissait ainsi possible de déceler un certain parallélisme entre ces deux institutions, non pas comme traduisant un changement de statut social de l'enfant à l'adulte, mais comme visant à assigner à l'individu une place sociale jugée conforme à son sexe. Dans ce contexte, le marquage sexuel équivaut à un marquage des rôles sociaux devant être assumés par chacune des catégories de sexe. Les matériaux recueillis révèlent en effet que le "travail" accompli sur le corps ne vise pas tant à confirmer la différence biologique entre les sexes, qu'à corriger le sexe biologique de manière à rendre possible l'exercice, par la personne socialisée comme féminine ou masculine, du statut qui lui est assigné, dans la mesure où réduire ou supprimer ce qui, chez la femme est conçu comme l'équivalent du sexe masculin, revient à créer les conditions (physiologiques) de la domination (sociale) de l'homme sur la femme. Je mis à profit mes enquêtes pour sonder également le sens dévolu à la circoncision et mis en évidence que l'excision et la circoncision visaient respectivement à déviriliser la femme et à surviriliser l'homme, aux fins de réduire le pouvoir de la première, et d'accroître le pouvoir du second. Les mutilations sexuelles non seulement résultent de l'inscription corporelle des rapports sociaux entre les sexes, mais se présentent comme les conditions de leur reproduction (Fainzang 1985).

Lors de cette enquête, toutes les femmes rencontrées désirèrent me confier les difficultés qu'elles connaissaient avec leur co-épouse ou avec leur mari, dans le cadre de leur ménage polygamique. Il m'apparut opportun de comprendre la nature de leurs plaintes. La réalité des relations sociales à l'intérieur de ce type de ménage faisant l'objet d'un grand silence dans la littérature ethnologique, je résolus d'en comprendre à la fois les motifs et les enjeux, d'autant plus qu'elles trouvaient toujours à s'exprimer dans le langage du corps. Une fois l'enquête commanditée par le Ministère achevée et ma thèse soutenue, et parallèlement à mes enquêtes sur l'interprétation de la maladie à La Ville-du-Bois, je concentrai une partie de mes investigations sur la question de la gestion de la sexualité et de la reproduction dans ce type de ménage. Désireuse de mener mes investigations en milieu

immigré en France, mais aussi de pouvoir mettre mes résultats en perspective avec ceux que l'on pourrait obtenir dans le contexte de vie des sociétés d'origine des familles enquêtées, je proposai à une collègue africaniste de mener une enquête semblable au Sénégal (en zones rurale et urbaine), en vue de nous permettre de comparer les différents contextes sociaux envisagés. L'étude a porté plus précisément sur le fonctionnement de l'institution polygamique, les représentations qui l'accompagnent, la manière dont elle est vécue par les femmes concernées, et les modifications qu'elle connaît en particulier dans le contexte de l'immigration en France. L'étude du mariage polygamique, à la fois en tant qu'institution (les processus de socialisation de la sexualité, les règles de fonctionnement de l'institution aux plans économique, sexuel, domestique, et l'idéologie qui la sous-tend), et en tant que contexte de vie au quotidien (la réalité de l'organisation des ménages polygamiques dans la vie quotidienne: dans les domaines de sexualité, de la reproduction, de l'investissement de l'espace domestique, etc.), les négociations et les conflits qu'elle génère et la manière dont s'exprime la rivalité structurelle entre co-épouses — tout spécialement dans le domaine de la sexualité et de la reproduction biologique — nous ont permis de mettre en évidence les conditions de la reproduction sociale des rapports entre les sexes. Mon attention a également été portée sur les transformations de la vie quotidienne et sur l'émergence de nouveaux enjeux dans le contexte de l'immigration en France, donnant lieu à de nouvelles réponses et à de nouveaux comportements de la part des femmes. L'étude de ces modifications, qui affectent jusqu'aux critères sur lesquels se fondent les rapports d'autorité entre co-épouses, m'a conduit à m'interroger sur la dynamique de l'institution polygamique. J'ai donc cherché à montrer ce que l'observation de la vie quotidienne en ménage polygamique nous apprend des transformations qui s'y opèrent, dans le temps et dans l'espace, mais aussi quelles sont les limites actuelles de ces transformations, compte tenu des représentations culturelles qui servent d'assise à cette institution.

A noter que, par surcroît, cette étude est venue confirmer — rejoignant en cela mes préoccupations relatives au traitement intellectuel et pratique de la maladie — non seulement l'impossible dissociation entre l'interprétation de la maladie et le contexte social de son apparition d'une part, l'étroite relation entre les sens dévolus à son mal et ses recours thérapeutiques d'autre part, mais aussi le lien étroit entre

la gestion de son corps par l'individu et la position sociale qu'il occupe (Fainzang & Journet 1989).

Représentations et gestion de l'alcoolisme dans un mouvement d'anciens buveurs

[Retour à la table des matières](#)

Alors que j'achevais mes enquêtes sur l'interprétation de la maladie à la Ville-du-Bois, je fus amenée à donner un léger infléchissement à mon objet, en passant de la maladie en général à la "maladie alcoolique" en particulier, et plus précisément, à un mouvement d'anciens buveurs : Vie libre. Le premier contact avec le mouvement se fit par l'entremise d'une habitante de la commune, qui m'invita à assister à l'une de ses réunions. La rencontre avec Vie libre et la décision que je pris de poursuivre sa fréquentation en vue d'en faire le nouvel objet de mes investigations, me firent à fois sortir de la commune que j'avais prise pour cadre de mes enquêtes, et entrer dans un réseau. Cela constituait à la fois un élargissement de mon précédent terrain et une focalisation sur l'un de ses aspects. Mes recherches se sont alors focalisées sur cette association d'anciens buveurs, c'est-à-dire sur un univers qui structure son rapport au monde par référence à une maladie particulière: l'alcoolisme. Il s'est agi de déceler les logiques qui président aux comportements des individus appartenant à cette association, et en particulier d'étudier la cohérence entre leurs représentations de la "maladie alcoolique", leur mode de prise en charge des autres malades, et la manière dont ils réorganisent leur existence par référence à l'impératif préventif de lutter contre la rechute.

J'ai ainsi poursuivi la question de l'interprétation de la maladie en étudiant les modèles explicatifs de l'alcoolisme tels qu'ils sont élaborés au sein du mouvement d'anciens buveurs Vie libre. Alors que, pour la plupart des ethnologues, prendre l'alcoolisme pour objet, c'est envisager l'alcoolisme comme un mode de vie, ou le trait d'une culture, j'ai au contraire pris le parti de restituer le point de vue indigène d'une association d'anciens buveurs en retenant l'équivalence: "alcoolisme = maladie". C'est la lutte contre l'alcool que j'ai étudiée comme nouvelle culture, et nouveau mode de vie, porteur de ses rites et de ses valeurs propres, en menant une

réflexion sur le sens de l'abstinence envisagée à la fois comme valeur et comme thérapie.

Ce qui m'a tout d'abord particulièrement intéressée dans ce mouvement est que le discours sur la "maladie alcoolique" qu'il diffuse se range sous le quatrième modèle de mise en accusation parmi les modèles que j'avais identifiés lors de mes recherches à la Ville-du-Bois. J'ai donc mené une réflexion sur la théorie de la causalité élaborée à propos de l'alcoolisme par ce mouvement. Toutefois, les discours explicatifs de l'alcoolisme ne se réduisent pas au discours doctrinal. Celui-ci coexiste avec des interprétations individuelles de la maladie, qui ne sont pas sans incidence sur les conduites puisque ce sont les conceptions de la maladie et de ses causes qui génèrent l'adoption par les sujets de certains types de comportements (comportements de santé, de prévention, comportements pathologiques et, plus largement, conduites sociales). La question du rapport que le sujet entretient à la maladie s'intègre inévitablement à la problématique du rapport à l'Autre. Pour comprendre comment les deux se conjuguent, j'ai examiné non seulement, en amont, comment les sujets évaluent les divers rôles et les diverses responsabilités dans l'occurrence de la maladie alcoolique, mais aussi, en aval, comment se résout la volonté de se protéger à la fois de la maladie, de l'alcool, et de l'Autre, et de cerner ce que représente et symbolise l'alcool dans cette perspective. Il s'est agi de savoir si l'efficacité de l'adhésion du sujet à ce type d'association est tributaire de l'adoption de certains schèmes de causalité et éventuellement d'une reconversion au niveau de la perception des causes de l'alcoolisme et de l'imputation des responsabilités, question qui rejoint celles des systèmes interprétatifs de la maladie. La reconnaissance par les sujets de causes diverses et multiples de leur alcoolisation doit, pour ne pas mettre un obstacle à leur observance de l'abstinence, s'accompagner d'un accord minimum sur les éléments fondamentaux de la théorie de la maladie développée par Vie libre, à savoir sur le caractère acquis de l'alcoolisme, sur le caractère social de son occurrence et sur sa possibilité de guérison. Les discours interprétatifs de l'alcoolisme peuvent donc être hétérogènes et leur diversité ne nuit pas à l'efficacité du mouvement sous réserve qu'ils s'accommodent du discours doctrinal et qu'ils admettent au bout du compte une focalisation sur la responsabilité de l'alcool-sujet. Cette compatibilité est favorisée par l'aptitude de l'association à inverser les termes de la relation causale si besoin est. Opération intellectuelle, c'est aussi une stratégie. La recherche a ainsi permis de repérer l'in-

trication de plusieurs types de discours dont la coexistence est rendue possible par leur commune adéquation avec le discours doctrinal du mouvement Vie libre et avec la responsabilité qu'il impute à l'alcool, en tant qu'incarnation métonymique de la société.

L'étude du mouvement Vie libre m'a également confrontée à la question du lien entre interprétations de la maladie et stratégies thérapeutiques. Ainsi, les discours de la causalité que les sujets élaborent concernant leur alcoolisme et les représentations étiologiques que ceux-ci révèlent, ne sont pas sans effets sur leurs conduites thérapeutiques et leurs pratiques sociales. Des recours thérapeutiques différents sont induits par exemple en fonction de la position accordée à l'alcool dans la chaîne causale. En outre, l'étude du système symbolique articulant les représentations des effets de l'alcool sur le corps de l'alcoolique (en particulier sur les organes majeurs que sont les nerfs, le cerveau et le sang), et le rôle de ces désordres physiologiques sur la formation de son comportement social, a permis de comprendre par exemple les raisons des réticences manifestées par les hommes alcooliques devant une prise en charge psychiatrique.

Une des questions auxquelles j'ai cherché à répondre était celle de savoir comment le mouvement lui-même construit son action pour se rendre efficace. C'est donc à l'analyse des mécanismes symboliques mis en oeuvre par le mouvement pour valider la nécessité de l'abstinence que s'est attachée en partie cette recherche. Mon intérêt pour la thématique de l'efficacité m'a par exemple également amenée à traiter la question de l'identité, compte tenu des statuts différents accordés aux individus à l'intérieur du groupe, en fonction de leur rapport à l'alcool, à la maladie et à la souffrance. Vie libre gère d'une manière spécifique la question de l'identité du malade, et cette élaboration constitue la clef de voûte du fonctionnement de l'association. Cette question a été traitée à travers l'analyse d'un rituel fondamental dans la vie du mouvement (la remise de la carte rose), qui permet de comprendre comment ce rituel contribue à *fabriquer* une identité de "buveur guéri", pour inciter l'ancien alcoolique à observer l'abstinence. J'ai montré à ce propos que les conditions de possibilité de son identification aux autres anciens buveurs ne passe pas nécessairement par la perte ou l'occultation de son identité propre (Fainzang, 1996b).

Par ailleurs, l'enquête de terrain m'a permis de constater qu'à Vie libre, les conjoints de malades avaient tendance à considérer qu'ils étaient tout autant mala-

des que les alcooliques eux-mêmes, qu'ils étaient en l'occurrence malades par contagion bien que non buveurs, et revendiquaient également la souffrance, dont l'expression est favorisée par le fait qu'il leur est reconnu un statut spécifique à l'intérieur du groupe, suggérant un rapport non moins spécifique à l'alcool et à la maladie. Cette donnée m'a conduite à m'interroger sur le contenu de l'idée de contagion. Les représentations de l'alcoolisme comme maladie "contagieuse" au sens où l'entendent les sujets, qui s'enracinent dans la notion de maladie collective développée par le mouvement, ne sont pas le résultat d'une méconnaissance des modalités d'émergence de cette "maladie", mais la traduction d'une conception de l'alcoolisme comme affectant physiologiquement les individus qui s'inscrivent dans un lien social étroit avec le malade. J'ai donc proposé une reconceptualisation de cette notion, qui laisse toute sa place à la dimension sociale du phénomène qu'elle désigne dans le système de pensée des individus (Fainzang, 1996a).

Enfin, cette recherche m'a permis d'observer des situations dans lesquelles les individus ont des comportements contraires à l'effet qu'ils recherchent. J'ai ainsi été confrontée à ce qui me semble être une des difficultés majeures auxquelles se heurtent les anthropologues, à savoir le décalage existant parfois entre les interprétations que les sujets ont de leur maladie et leurs stratégies thérapeutiques, décalage mettant en échec nos convictions concernant la cohérence entre les unes et les autres. Il me fallait donc comprendre des conduites en apparence incohérentes (comme par exemple le fait, pour un malade, de recourir à l'instance thérapeutique qu'il juge la moins efficace,) et savoir quels sont les enjeux qui déterminent ces recours, en recherchant les points de jonction entre des systèmes de représentations en apparence distincts. L'examen de ces situations montre que les recours thérapeutiques peuvent répondre à des enjeux divers que ne résume pas la seule recherche d'efficacité, de sorte que le lien qui unit interprétation de la maladie et conduites thérapeutiques n'apparaît pas nécessairement cohérent. L'étude des situations où ce décalage peut s'observer m'a conduit à mettre en évidence les motifs ou les enjeux susceptibles de l'expliquer, en proposant la notion de "stratégies paradoxales" pour désigner soit des conduites adoptées à des fins thérapeutiques mais qui génèrent des conditions pathologiques susceptibles de renforcer le mal contre lequel le sujet cherche à lutter, soit des conduites identifiables à des recours thérapeutiques mais dont la finalité est de répondre à d'autres enjeux et à d'autres buts que ceux de guérison. Ce sont des stratégies adoptées, de manière explicite,

pour résoudre un problème de santé, et de manière implicite, pour répondre à d'autres nécessités, ressortissant à une autre logique. Le paradoxe porte alors sur le décalage entre les représentations du mal et les motifs qui président au choix d'un recours, et par delà, sur la nature de l'efficacité recherchée. C'est l'inadéquation entre des enjeux contraires, incompatibles ou relevant de registres éventuellement antagoniques, irréductibles l'un à l'autre, qui donne à ces stratégies un caractère paradoxal. Le choix de subsumer ces diverses situations sous le même terme, était lié à celui de penser ensemble des conduites dont la logique apparaît comme non congruente avec la quête de guérison, mais qui ont pour caractéristique commune de répondre à une recherche d'efficacité, éventuellement autre que thérapeutique (Fainzang 1997).

Il m'apparaît toutefois nécessaire de distinguer aujourd'hui: d'une part, les conduites élaborées à des fins thérapeutiques, mais dont les effets sont contraires, d'autre part les conduites qui sont élaborées à des fins autres que thérapeutiques parce qu'elles sont surdéterminées par d'autres enjeux (le plus souvent d'ordre relationnel), même si ces dernières ont également ceci de paradoxal qu'elles courent volontiers le risque d'inclure des comportements éventuellement en contradiction avec les convictions du sujet et par conséquent non congruentes avec ses représentations. A cet égard, il me semble fécond d'intégrer à l'analyse des comportements qui ne relèvent pas véritablement de "stratégies", c'est-à-dire qui ne sont pas nécessairement des conduites délibérées, conscientes, adoptées à des fins déterminées, mais qui témoignent néanmoins d'un paradoxe entre ce qui les motive et ce qu'elles produisent. Je reviendrai sur ce sujet plus loin.

Les attitudes culturelles face à l'ordonnance et aux médicaments

[Retour à la table des matières](#)

À l'issue de cette recherche, et compte tenu des nombreuses situations observées où les personnes ne suivaient pas la prescription qui leur étaient adressées, j'envisageais de m'interroger (non plus dans le contexte d'une maladie particulière mais, de nouveau, dans celui de la maladie en général), sur l'usage de l'ordonnance médicale.

Mes premières recherches en terrain occidental m'avaient permis de constater que nombreux sont les patients qui, en possession d'une ordonnance, ne cherchent pas à en acquérir le contenu. Par-delà le discours des malades (les uns évoquant la cherté des produits mal ou non remboursés par la sécurité sociale, les autres mettant sur le compte de l'oubli ou de la négligence le fait qu'ils n'achètent pas les médicaments prescrits), il me semblait qu'il conviendrait d'élucider cette conduite, en m'interrogeant sur le rôle de l'appartenance sociale et culturelle des patients à cet égard. Poursuivant dans la voie de recherche que je m'étais fixée concernant les liens entre représentations et pratiques sociales relatives à la maladie, je souhaitais cerner le rapport entre appartenance culturelle et stratégies thérapeutiques en limitant l'appartenance culturelle à l'origine culturelle religieuse, et les stratégies thérapeutiques aux conduites à l'égard des prescriptions médicales. J'entrepris donc d'étudier la place des ordonnances dans la vie des sujets, c'est-à-dire à la fois celle qu'ils leur accordent dans le processus de guérison, et celle qu'ils lui assignent dans l'univers domestique, une question bien évidemment liée à celle de l'usage des médicaments.

Articulée à la problématique anthropologique des constantes et des différences culturelles qui anime la démarche comparative chère à cette discipline, cette question m'a semblé pouvoir être posée dans des termes nouveaux, qui permettent à la fois de rendre compte des raisons pour lesquelles l'attitude des malades vis-à-vis de l'ordonnance varient au sein d'une même catégorie sociale (et de renouveler à cet égard les explications fournies par les sociologues en termes de milieux socio-professionnels et de classes sociales) et de rendre compte de certaines récurrences dans les conduites de personnes appartenant à des milieux sociaux hétérogènes, et qui posent des questions co-extensives à la première: celles du rapport à l'écriture, à l'efficacité, au savoir et à l'autorité, auxquelles la problématique de l'usage social de l'ordonnance est inévitablement liée. L'enquête a été menée auprès de personnes d'origine catholique, protestante, juive ou musulmane, habitant dans le Midi de la France. L'appartenance à l'une ou l'autre de ces communautés n'a pas été envisagée comme une adhésion à un corps de croyances et donc pas comme une appartenance religieuse, mais comme participation à un système de valeurs et à une culture. Les patients ont-ils la même attitude face à leur corps, à l'ordonnance médicale, aux médicaments et aux médecins selon qu'ils sont d'origine catholique, protestante, juive ou musulmane, indépendamment du phé-

nomène de la croyance, c'est-à-dire même lorsque les individus ont pris leurs distances avec les religions en question? Consomment-ils les médicaments de la même façon ? Se conduisent-ils avec leurs médecins de manière identique ? Le but de cette recherche était de comprendre les raisons ou les mécanismes qui sous-tendent les comportements des individus, et de trouver d'autres explications qui puissent compléter les analyses habituellement proposées par les sciences sociales pour en rendre compte.

La question s'est ainsi posée de savoir, une fois l'ordonnance acquise, ce que les patients en font. Quelle valeur lui accordent-ils? Comment gèrent-ils, au quotidien, leur ordonnance tant du point de vue de son contenu (les médicaments prescrits), que sous sa forme matérielle (la feuille de papier) ? La gardent-ils? La détruisent-ils? Où la rangent-ils? Quelle place occupe-t-elle dans le cadre plus général de la gestion du mal? Mais l'usage de l'ordonnance a également été examiné dans ses liens avec l'usage des médicaments. J'ai ainsi étudié des aspects divers comme l'observance, les modalités de la consommation pharmaceutique, l'automédication, les comportements face aux doses prescrites (et ce qu'on peut appeler la logique d'identité et la logique du cumul), la perception des médicaments psychotropes, etc. Cependant, la question de l'usage du médicament ne se réduit pas à sa consommation ; là encore, elle inclut son rangement, en particulier dans l'espace domestique, largement révélateur du statut qu'on lui accorde et de la gestion, individuelle ou collective qu'on en a, à l'instar de la gestion qu'on a de son corps.

L'ensemble des résultats obtenus attestent, chez les patients de ces différents groupes culturels, d'un rapport différent à l'égard de l'autorité médicale, qui s'aligne d'ailleurs sur l'attitude que les patients pratiquants ont à l'égard de l'autorité religieuse. Par delà le niveau socioculturel des individus, on observe par exemple une soumission plus grande à l'égard du médecin de la part des patients d'origines catholique et musulmane que des patients d'origines juive et protestante. Cette recherche a montré que les comportements des individus à l'égard de la santé, de la maladie et de l'autorité médicale, portent l'empreinte de leur origine culturelle religieuse et de leur histoire. En effet, cette empreinte culturelle trouve ses formes non pas seulement dans les systèmes de pensée auxquels ces groupes se rattachent ou les doctrines sur lesquelles ils s'appuient, mais aussi dans l'histoire collective de ces groupes. Cette étude invite donc à une remise en cause des analyses cultu-

ralistes en montrant la nécessité d'intégrer le sens et le poids de l'histoire sur l'empreinte laissée par les cultures religieuses. Enfin, cette recherche, qui relève en partie de ce que certains appellent l'anthropologie du médicament, ne saurait s'isoler du projet anthropologique général: il s'est agi pour moi non seulement de connaître et de comprendre ce qui relève de l'usage des médicaments, mais aussi ce que l'usage des médicaments nous révèle des individus et de la société (Fainzang 2001).

Le mensonge dans la relation médecin-malade

[Retour à la table des matières](#)

Les enquêtes réalisées dans le cadre de cette recherche avaient mis au jour un certain nombre de comportements de la part des individus à l'égard de leurs médecins. En particulier, j'ai pu remarquer que nombre de patients mentaient à leur médecin. Ce mensonge prend plusieurs formes. Par exemple, le patient prétend avoir bien pris ses médicaments, alors qu'il ne l'a pas fait, ou bien il affirme n'avoir rien pris alors qu'il s'est automédiqué, etc. J'entrepris donc de m'interroger plus précisément sur la pratique du mensonge et je choisis de l'étudier comme n'importe quelle autre pratique sociale, pour en analyser, d'un point de vue anthropologique, les ressorts et les significations. Cette pratique m'intéressait d'autant plus qu'elle entraînait dans le cadre de ce que je considérais comme des « conduites paradoxales ». En effet, on est là devant un paradoxe patient dans la mesure où on pourrait s'attendre à ce que le patient dise la vérité à cet expert dont il attend un acte efficace. Le mensonge se présente comme un paradigme de la conduite paradoxale puisqu'elle consiste à cacher le réel et, par conséquent, à empêcher le médecin de jouer pleinement et efficacement son rôle de soignant. Je décidais donc d'examiner à quelles conditions les gens mentent, qu'est-ce qui est dissimulé, protégé, à quelles fins? A quels enjeux le mensonge répond-il? A quels systèmes symboliques ces conduites renvoient-elles?

Mais le mensonge n'est pas qu'une conduite de patient ; il est aussi pratiqué par les médecins. Dès lors, il convenait de s'interroger sur les multiples formes et raisons du mensonge, tant de la part des patients que des médecins, et sur les liens qu'il entretient, tout en s'en distinguant, avec le secret. En outre, la question du

mensonge des médecins ne se réduit pas à la situation du diagnostic ou du pronostic. Il peut concerner le traitement lui-même ou les risques et les bénéfices qui lui sont attachés. A cet égard, tout rationnel qu'il puisse être (au sens où il a ses « raisons », sociologiques et/ou thérapeutiques, le mensonge du médecin faisant le plus souvent l'objet d'une rationalisation aux termes de laquelle c'est pour le « bien » du patient que le médecin lui ment), le mensonge n'en est pas paradoxal au regard des choix des acteurs et en l'occurrence ici, au regard des objectifs d'éducation et d'information du patient. Au total, le mensonge se présente comme un produit de la relation médecin-malade qui échappe à la seule raison thérapeutique parce qu'il est sous-tendu par des logiques culturelles et sociales (Fainzang, 2002). Je poursuis actuellement l'étude de la pratique du mensonge, avec une réflexion sur son sens, son usage et son rôle dans la relation médecin-malade, en vue d'éclairer certains mécanismes en jeu dans cette relation.

Publications citées

[Retour à la table des matières](#)

Fainzang S.,

1985, "Circoncision, excision et rapports de domination", *Anthropologie et sociétés*, Vol. 9, n°1 : 117-127.

1986, *"L'intérieur des choses". Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*", Paris, L'Harmattan.

1988, "La maladie de Lucie", *Ethnologie française* : 55-63.

1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Collection: "Les Cahiers de l'Homme").

1996a, "Alcoholism, a Contagious Disease: a Contribution towards an Anthropological Definition of Contagion", *Culture, Medicine and Psychiatry*, n°20: 473-487.

1996b, *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris, Presses Universitaires de France.

1997, "Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades", *Sciences Sociales et Santé*, Vol.15, n°3 : 5-23.

2000, *Of Malady and Misery. An Africanist Perspective of Illness in Europe*, Amsterdam: Het Spinhuis Publishers (version remaniée et augmentée de Fainzang 1989).

2001, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France.

2002, « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship », *Anthropology & Medicine*, Vol. 9, n° 2: 118-133.

Fainzang S., & O. Jurnet, 1988, *La femme de mon mari. Etude ethnologique du mariage polygamique en Afrique et en France*, Paris, L'Harmattan.

Sahlins M., 1980, *Au coeur des Sociétés. Raison utilitaire et raison culturelle*, Paris, Gallimard (titre original : *Culture & Practical Reason*).

Fin du texte