Raymond MASSÉ

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

(2002)

“Culture et dépression à la Martinique: itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique.”

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 :

Raymond MASSÉ

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

“Culture et dépression à la Martinique : itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique.”

Un article publié dans la revue *Innovations et sociétés*, no 2, 2002, pp. 17-36.
Un numéro intitulé : “Regards croisés sur la santé. Itinéraires de recherche en anthropologie et en sociologie”.

[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 letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 29 avril 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Raymond MASSÉ

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

“Culture et dépression à la Martinique:
itinéraire épistémologique d'une recherche
anthropologique.”

Un article publié dans la revue *Innovations et sociétés*, no 2, 2002, pp. 17-36.
Un numéro intitulé : “Regards croisés sur la santé. Itinéraires de recherche en anthropologie et en sociologie”.

Table des matières

[Résumé](#)

[Introduction](#)

[Le choix d'une thématique de recherche](#)

[Positions épistémologiques](#)

[Méthodes](#)

[Quelques résultats](#)

[*Les limites des catégories diagnostiques psychiatriques*](#)

[*Les fondements du langage martiniquais de la détresse*](#)

[Les trajectoires de soins](#) : pluralisme médical et indétermination des itinéraires
thérapeutiques

[*Les limites des approches narratives en anthropologie de la santé*](#)

[La dépression comme commentaire critique sur la société postcoloniale pathogène](#)

[Conclusion](#)

[BIBLIOGRAPHIE](#)

Raymond MASSÉ

**“Culture et dépression à la Martinique :
itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique”.**

Un article publié dans la revue *Innovations et sociétés*, no 2, 2002, pp. 17-36.
Un numéro intitulé : “Regards croisés sur la santé. Itinéraires de recherche en anthropologie et en sociologie”.

RÉSUMÉ

[Retour à la table des matières](#)

Au-delà de la justification *du* choix des techniques de collecte et des méthodes d'analyse des données apportée par le chercheur, l'explicitation des liens implicites qui existent entre la définition de l'objet & étude, les positions épistémologiques, le choix des concepts opératoires et des méthodes d'analyse des données et la formulation des conclusions font rarement l'objet d'une analyse détaillée. C'est à une telle entreprise que s'attaque le présent texte à partir d'une analyse rétrospective des étapes de la construction d'une recherche portant sur l'influence des environnements sociaux et culturels martiniquais, sur les représentations et les modes de gestion de la dépression, et plus largement sur la construction des divers idiomes locaux d'expression et d'explication de la détresse psychologique. Loin d'être linéaire, la démarche de la recherche anthropologique, ancrée dans la pratique de terrain, sera définie comme fondamentalement itérative, requestionnant sans cesse les postulats épistémologiques de départ à la lumière de la conjugaison des dimensions phénoménologiques et sociopolitiques de la souffrance mentale.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

Le choix d'une problématique de recherche, d'un terrain d'observation, des concepts analytiques utilisés ou d'un paradigme épistémologique n'est jamais le fruit du hasard. Les mécanismes intellectuels par lesquels un chercheur lie ses options théoriques et la méthodologie retenue aux conclusions d'une recherche ne sont que très rarement rendus explicites dans les publications scientifiques. Encore faudrait-il présumer que de tels mécanismes ont déjà été clairs et explicites pour le chercheur lui-même, présupposé qui fut rudement mis à l'épreuve par le courant postmoderniste en ethnologie (Marcus et Fisher, 1986). Pourtant de nombreux efforts de théorisation des méthodologies qualitatives et de multiples techniques furent proposés pour systématiser et, de là, renforcer la crédibilité de la recherche qualitative. Qu'il suffise de mentionner les efforts de Bardin (1993) en analyse de contenu, de Hamel (1997), de Huberman et Miles (1991) pour les études de cas et de Strauss et Corbin (1990) pour la méthode de la « théorie fondée » (*grounded theory*) pour confirmer le souci grandissant pour une recherche qualitative rigoureuse, systématique et explicite. Mais ces modèles demeurent des idéaux qui ne peuvent qu'être imparfaitement mis en application. Dans le cadre de toute recherche, l'itinéraire complexe que suit le chercheur, de la phase d'identification de l'objet de recherche à celle de la formulation de conclusions, demeure plus ou moins masqué tout autant par les présupposés théoriques, les contingences méthodologiques et les aléas du terrain que par les « découvertes » inattendues et stimulantes qui jalonnent les multiples sentiers suivis par le chercheur et sur lesquels l'amènent des réalités socioculturelles complexes, multidimensionnelles, éclatées, surprenantes. L'occasion nous est offerte, dans ce numéro spécial consacré aux itinéraires de recherche, de retracer les grandes étapes de la construction d'une recherche portant sur la spécificité des rapports entre culture et dépression aux Antilles françaises. Nous tenterons d'identifier, ou plus précisément de redécouvrir avec le lecteur, les liens implicites qui ont uni choix de l'objet de l'étude,

positions épistémologiques, choix des méthodes, échantillonnage, concepts opératoires, inférence théorique et conclusions de recherche.

Le choix d'une thématique de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Les recherches et les terrains que j'ai menés à la Martinique de 1975 à 1978 m'avaient conduit à explorer des domaines aussi divers que les motifs de la conversion aux Églises fondamentalistes (Massé, 1978) et les rapports historiques entre la grande et la petite exploitation agricole (Massé, 1980). L'opportunité qui m'était donnée en 1994 de renouer avec ce terrain de recherche, après un intermède de quinze ans consacré à l'analyse des contributions de l'anthropologie à la santé publique, impliquait l'identification d'une thématique de recherche liée au champ de la santé. Un pré-terrain effectué à l'été 1994 avait pour but d'identifier une problématique de recherche en anthropologie de la santé. Des entrevues réalisées avec des médecins, psychiatres, guérisseurs, infirmiers, psychologues et professionnels de la santé publique ont permis d'identifier un large éventail d'objets considérés comme médicalement et sociologiquement d'intérêt (sida, hypertension, diabète, toxicomanies, etc.). La conjugaison de mes intérêts de chercheur à ceux des cliniciens locaux, d'une pertinence disciplinaire et théorique à une pertinence épidémiologique et communautaire, devait m'amener à retenir le thème de la construction sociale et culturelle de la dépression comme principal objet de recherche. Comme nous le verrons dans les pages qui suivent, la définition de la question de recherche soumise à l'organisme financeur ¹, loin d'être aléatoire, fut conditionnée par une série de présupposés épistémologiques plus ou moins explicites au départ. Contrairement aux démarches hypothético-déductives répandues en sciences de la santé et à l'ensemble des paradigmes méthodologiques post-positivistes, nos présupposés se sont construits, validés, ajustés tout au long du processus de collecte et d'analyse des données. Il faut ici y voir moins une justification épistémologique a posteriori des conclusions qu'une démarche d'induction

¹ Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada.

théorique marquée par une trajectoire scientifique en boucle, qui exprime un mouvement itératif entre hypothèses explicatives, données de terrain et conclusions toujours provisoires.

Positions épistémologiques

[Retour à la table des matières](#)

Définissons de façon minimale une position épistémologique comme étant fondée sur les croyances fondamentales du chercheur liées à la nature de l'objet de recherche et à la posture qu'il doit adopter face à cet objet (Guba et Lincoln, 1994). Dans le premier cas sont soulevées des questions ontologiques liées à la « réalité » du monde analysé. Alors que le paradigme positiviste considère que la maladie mentale est une réalité empirique délimitable et mesurable, les interprétativistes-constructivistes y voient un langage culturellement déterminé d'expression de la détresse psychologique. Dans le second cas, des questions proprement épistémologiques concernent les rapports du chercheur avec l'objet. Délaissant les prétentions à l'objectivité de l'épidémiologie, les constructivistes viseront moins à définir les « désordres » mentaux à partir d'une configuration de symptômes réifiés qu'à retracer le langage à travers lequel un groupe ethnoculturel donné exprime sa souffrance, en interprète le vécu, et construit le sens des épisodes de détresse.

Une première position épistémologique qui devait baliser la construction de notre question de recherche était donc d'aborder la dépression, non à partir des catégories diagnostiques retenues par la psychiatrie- (dans la CIM10 ou dans le DSM-IV par exemple ²) pour découper les « désordres » mentaux en entités catégorielles réifiées, mais à partir des idiomes à travers lesquels les Martiniquais expérimentent la souffrance mentale dans leur corps et dans leur esprit et l'expriment à l'entourage. Nous pouvons définir les idiomes de détresse comme des moyens ou des canaux culturellement reconnus de communication, par lesquels les membres d'un groupe ethnoculturel expérimentent, interprètent et communi-

² CIM : Classification Internationale des Maladies. DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual, publié par l'Association psychiatrique américaine.

quent leur expérience de la souffrance. Ces idiomes culturellement appropriés d'expression de la détresse peuvent être somatiques, affectifs, cognitifs ou comportementaux. J'ai déjà défini ailleurs (Massé, 1999) ces idiomes comme des « formes culturelles » qui condensent une série de signes dans certains canaux privilégiés de communication et qui transforment l'expérience de la souffrance en abstractions, tout en rendant possible la communication et en structurant l'intersubjectivité. Ces idiomes se « cristallisent à partir de la dynamique dialectique entre l'expérience corporelle et les catégories culturelles, entre l'expérience et le sens » (Kleinman, 1988 : 14). Loin d'être assimilables à des structures inconscientes statiques, les idiomes agissent comme des modèles génératifs de sens et comme des pratiques formatives d'interprétation qui font office de forces médiatrices entre les mondes de l'expérience vécue et de la représentation. La construction du sens de la détresse est alors indissociable de l'expérience vécue. Une anthropologie sémiotique de la détresse est indissociable d'une phénoménologie du vécu.

La dépression, loin de se réduire à une entité catégorielle réifiée, est abordée comme l'un des volets d'un langage antillais de la détresse, langage fondé sur un vocabulaire de base de manifestations et de signes, organisés sous divers idiomes d'expression de la souffrance. Les récits d'épisodes de détresse sont ainsi des spécimens de l'ensemble des discours que les membres du groupe peuvent élaborer pour expérimenter, communiquer et expliquer leur souffrance. C'est donc à l'intersection de ces matrices de signes, d'étiquettes et de causes culturellement significatives, mais aussi de ces idiomes d'expression, d'identification et d'explication qui les canalisent, que se construit le langage de la détresse dans une culture donnée. Les données recueillies auprès des professionnels de la santé confirmeront, d'ailleurs, les limites des catégories diagnostiques psychiatriques appliquées dans le contexte antillais. Elles iront dans le sens de la conclusion de Lesne quant à l'impossibilité de poser un diagnostic psychiatrique à partir de critères universels, sans une connaissance approfondie de la culture qui donne sens aux symptômes, et qui permet de faire une lecture culturellement sensible de signes de détresse en termes de symptômes.

Une deuxième position épistémologique considère que ce langage ne se limite pas à des signes et à des idiomes d'expression de la souffrance mentale mais qu'il se fonde aussi sur des idiomes d'identification et d'explication. Le postulat de base veut que le sens de la dépression ne puisse être saisi dans sa totalité à partir des

seuls symptômes ou signes de détresse. Il se construit aussi à travers les catégories diagnostiques traditionnelles (*folk illnesses*) et les modèles populaires de causalité. Alors que la psychiatrie démarque clairement symptomatologie, étiologie et nosographie, les constructions populaires du sens des épisodes dépressifs fusionnent ces composantes selon des *patterns propres* à la culture locale. Au-delà du concept de « dépression » qui se voit investi d'un réseau de significations locales renvoyant à la psychiatrisation, à l'hospitalisation ou à la folie, nous postulons l'existence de catégories diagnostiques populaires qui résumeraient plus adéquatement l'articulation des divers idiomes de détresse. Nous allons découvrir, sur le terrain, que le phénomène de *gro pouèl* joue un tel rôle de catégorie centrale d'identification. Dans le second cas, nous postulons que l'analyse du langage de la détresse se doit de passer par l'étude des idiomes locaux d'explication et d'interprétation des épisodes de mal-être mais, aussi, que les modèles explicatifs de la dépression s'inscriraient dans le substrat magico-religieux et les accusations de *quimboiserie* (sorcellerie). Nous soulignerons que les catégories causales de *travay* (fait sur soi par un *quimboiseur*), de *moun maré*, de *maladie envoyée* et de *jalousie* jouent le rôle de catégories explicatives centrales.

Une troisième position épistémologique postule qu'un tel récit d'épisodes de détresse ne peut toutefois pas être ramené à un simple texte passif par lequel le dépressif décrit sa souffrance dans sa globalité, texte qu'il suffirait à l'anthropologue de décoder. Les récits d'épisodes de détresse, en tant qu'enchaînements reconstitués d'expériences, de sensations et d'événements, ne font pas que refléter la réalité, mais l'organisent dans un tout cohérent. Tout en y voyant le point de départ de toute recherche, il faut éviter les pièges du processus de « narrativisation » que Good (1994 : 128) définit comme « un processus de localisation de la souffrance dans l'histoire et d'ordonnancement des événements dans le temps » par lequel le narrateur donne forme à l'expérience de la maladie pour la rendre acceptable à lui-même et à son entourage. Au-delà des pièges de la « narrativisation », il nous faudra aussi éviter celui d'une « textualisation » du savoir (Young, 1981), cette textualisation étant comprise comme une « assumption » de la production du récit. Le producteur du récit est ainsi considéré comme toujours en mesure de produire des énoncés qui reflètent clairement sa pensée, et de faire un suivi conscient de la trajectoire de ses énoncés oraux. Il est censé exprimer, sous les contraintes formelles du langage, des schèmes non verbaux et ce, sans en réduire

la richesse de sens. De son côté, le chercheur peut reconstruire - à partir du discours de l'informateur - les structures cognitives qui organisent fondamentalement sa pensée et les mécanismes de son raisonnement, considérés comme des formes explicites du savoir partagées par l'ensemble du groupe. On peut donc en parler comme d'un « biais de textualisation de la culture » qui à la fois conduit à une surrationalisation du sens mais, aussi, qui tend à couper le sens de l'existence dans laquelle il s'enracine. Une anthropologie interprétative de la détresse est ainsi conçue comme indissociable des pratiques sociales (de prévention, de soins, de prise en charge) qu'elle met en œuvre. L'interprétation du sens ne peut être conçue sans une analyse de la construction de ce sens au carrefour de trois grands systèmes de sens et de pratique de soins : les systèmes biomédicaux, celui des guérisseurs (nouveaux et traditionnels), et celui des Églises. Le sens de la souffrance mentale se construit en tant que produit hybride, mais idiosyncrasique, intégrant dans des récits individualisés d'épisodes vécus de détresse, des éléments tirés de ces trois grands systèmes d'interprétation et d'intervention.

Enfin, une quatrième position épistémologique part du principe que la construction du sens de la dépression ne peut être dissociée d'un discours critique sur les conditions structurelles politiques, économiques et sociales qui la génèrent. Les récits d'épisodes de dépression doivent être vus comme des sortes de commentaires critiques sur une société postcoloniale jugée « pathogène ». L'anthropologie de la détresse ne peut être qu'une anthropologie médicale critique, préoccupée de l'influence des facteurs économiques et politiques structuraux sur les conditions concrètes d'existence. Nous verrons plus loin que, si les premier et troisième postulats épistémologiques nous habitaient dès l'étape d'élaboration du protocole de recherche, le deuxième intervient en cours de recherche alors que le quatrième émerge d'une prise de conscience, en fin de parcours, des limites d'une analyse interprétativiste, fortement culturaliste, pour rendre compte de l'influence des facteurs macrosociétaux (structures économiques et politiques postcoloniales) sur le processus de construction du sens de la dépression.

Cette liste de positions épistémologiques est plus qu'un simple menu dans lequel l'anthropologue peut puiser pour définir plusieurs projets de recherche ou plusieurs volets indépendants d'une recherche. La position défendue ici, en réaction à la tendance actuelle à la biomédicalisation de l'anthropologie de la santé, est que ces volets doivent obligatoirement cohabiter dans une seule et même recher-

che si l'on souhaite éviter les biais de réification empiriste des troubles psychologiques, de morcellement des facteurs causals considérés indépendamment les uns des autres, et de décontextualisation du vécu de la détresse en dehors du cadre biographique du malade, du cadre culturel qui en détermine l'expression, du cadre des réseaux sociaux qu'il traverse dans sa trajectoire de recherche d'aide et du cadre sociétal qui l'alimente. Bref, dans l'optique de transcender le courant dominant d'une anthropologisation des approches et catégories biomédicales, c'est d'un plaidoyer pour un retour à une anthropologie holistique de terrain dont il sera question ici.

Méthodes

[Retour à la table des matières](#)

Inspirée par de telles prémisses épistémologiques, la méthodologie se devait d'être diversifiée. Se pose d'abord la question des lieux d'échantillonnage des discours que tient la population martiniquaise sur la santé mentale. Nous avons opté pour la réalisation d'entretiens de recherche et d'observations auprès d'acteurs de chacun des trois systèmes de soins que traverse la trajectoire de recherche d'aide, soit des médecins, psychiatres, psychologues pour ce qui est des discours biomédicaux ; des *quimboiseurs*, mais aussi des marabouts-voyants et autres « nouveaux guérisseurs » qui investissent le secteur alternatif des ethnomédecines parallèles ; les curés et pasteurs de diverses dénominations pour ce qui est du secteur des Églises. En tant que chercheur principal, et fidèle aux principes de base de l'approche ethnographique, j'ai personnellement couvert par des entretiens et des observations participantes les trois systèmes de soins. Un accent particulier fut placé sur la réalisation d'une quarantaine d'entretiens de recherche avec des psychiatres, médecins généralistes et psychologues martiniquais et métropolitains œuvrant à la Martinique. Tout en couvrant aussi les trois secteurs, deux autres chercheurs ont respectivement concentré leur attention sur les modes de prise en charge de la détresse par les Églises fondamentalistes (Poulin, 1999) et les « nouveaux guérisseurs » œuvrant principalement à Fort de France (Poulie, 1999). Au total, une dizaine de curés catholiques, une vingtaine de pasteurs (adventistes, évangélistes, baptistes, pentecôtistes, etc.) six guérisseurs traditionnels et une quinzaine de

« nouveaux guérisseurs » (marabouts africains, voyants africains ou métropolitains, *houngans* haïtiens, etc.) ont été interviewés. Ce matériel fut complété par une trentaine d'entrevues réalisées dans la population générale. Une dizaine d'études de cas en profondeur de personnes ayant vécu une crise de *gro pouèl* fut ajoutée à une vingtaine de dossiers de cas de dépression suivis en psychiatrie et qui nous furent rendus accessibles pour consultation. Des centaines de pages de notes d'observation (dans les assemblées religieuses, les bistrots, des familles) sont venues enrichir les quelque deux mille pages de *verbatim* d'entrevues. La classification et l'analyse de ce matériel furent facilitées par le recours à un logiciel de traitement de données textuelles ³.

Quelques résultats

[Retour à la table des matières](#)

L'objectif du présent article n'est pas de rapporter, ne serait-ce que dans leurs grandes lignes, les résultats de cette recherche. Toutefois, nous tenterons d'illustrer, à partir de certaines données, de quelle façon les présupposés épistémologiques ont été respectés et, dans une certaine mesure, confirmés par les résultats. Aucun chercheur d'expérience ne se laissera illusionner par une telle concordance, sachant très bien qu'il est toujours possible, moyennant un minimum de contorsions, d'ajuster des données de terrain à un cadre théorique, quel qu'il soit. En fait, l'indétermination et la pluridimensionnalité des épaisseurs du vécu font en sorte qu'au prix d'un minimum de violence interprétative, tout modèle (théorique, épistémologique et méthodologique), permettra de saisir une partie significative de cette réalité interprétée par la population et reconstruite par le chercheur. Les anthropologues n'ont pas eu à attendre les dénonciations de l'ethnographie postmoderne pour reconnaître que leur travail consistait, partiellement, en une reconstruction de la « réalité », biaisée par la discipline académique, l'ethnie, le sexe et la classe sociale d'origine du chercheur.

³ Logiciel NUDIST4.0 ou Non numerical Unstructured Data Indexing Searching and theory-building.

Les limites des catégories diagnostiques psychiatriques

[Retour à la table des matières](#)

Dans toutes les cultures, certains individus vivent sous une forme ou une autre (dépression, stress, anxiété, etc.) une détresse psychologique qui s'exprime à travers une constellation plus ou moins clairement définie de symptômes physiques (fatigue, insomnie), affectifs (démoralisation, découragement), cognitifs (par exemple perte de mémoire, déconcentration) et comportementaux (irritabilité, agressivité, repli sur soi). Les *nervios*, le *susto* ou le *embrujado* en Amérique latine (Medical anthropology, 1993), la neurasthénie (*shenjing shuairuo*) en Chine (Kleinman et Kleinman, 1985) ou le *shinkeishitsu* au Japon (Kitanishi et Kondo, 1994) constituent des exemples & expressions socioculturellement construites de détresse psychologique. Pourtant la psychiatrie occidentale continue de proposer diverses grilles de classification des troubles mentaux qui prétendent définir des catégories diagnostiques valides transculturellement (cf le DSM-IV et la CIM). Non seulement ces grilles furent-elles jugées inaptes à diagnostiquer correctement les maladies liées à la détresse psychologique (Kirk et Kutchins, 1998), mais leur utilisation dans des enquêtes épidémiologiques, tant occidentales que non occidentales, fut largement critiquée (Mirowski et Ross, 1989). Le recours à des diagnostics mixtes du type désordre d'anxiété-dépression ne contourne aucunement les biais empiristes liés à la catégorisation des symptômes (Lee et Lee, 1995 ; Good, 1992). Il faut remettre en question le postulat selon lequel la dépression et l'anxiété constituent les deux pathologies universelles de base des émotions. Bref, forcer l'entrée de la pluralité des manifestations de la détresse psychologique dans le carcan des grilles diagnostiques occidentales ne peut conduire qu'à les dépouiller du sens profond qu'elles prennent dans leur propre contexte culturel (Kleinman, 1976).

Le besoin se fait donc sentir de recherches visant à définir et à analyser les diverses manifestations de la détresse psychologique à la fois en tant que construits ancrés dans le contexte socioculturel et expressions de l'expérience humaine vécue (Good, 1994 ; Delvecchio Good *et al.*, 1994). Une telle approche axée sur le contexte d'émergence de la détresse et non plus sur la catégorisation des symptô-

mes (Littlewood, 1990) prend le contre-pied des approches axées sur la recherche des dénominateurs communs universaux fondés sur des référents biologiques ou cognitifs (Good, 1988). Elle appelle une analyse des catégories diagnostiques populaires construites tant à partir des modèles culturels et des idiomes de détresse prévalant qu'en fonction du savoir relié aux explications de leurs causes et du cheminement thérapeutique entrepris pour la traiter.

Une majorité de professionnels de la santé à la Martinique reconnaît des limites importantes à une application mécanique du diagnostic de dépression en contexte antillais. Alors que la très grande majorité s'accorde pour admettre que la dépression constitue le principal problème de santé mentale, d'autres questionnent la capacité des profils symptomatologiques du DSM-IV ou de la CIM10 à rendre compte de l'empreinte originale que confère la culture antillaise sur ses modes d'expression. Aucune place n'est faite dans les catégories des désordres dépressifs majeurs, désordres dysthémiques ou désordres bipolaires pour les manifestations atypiques que l'on retrouve à la Martinique chez les dépressifs. Les symptômes de base (humeurs dépressives, perte d'énergie, pensées suicidaires récurrentes, perte de poids, insomnie, etc.) cohabitent fréquemment avec les délires persécutifs, les hallucinations auditives ou les explosions de violence, symptômes plus souvent associés aux psychotiques. Contrairement à ce qui est observé en Métropole ou au Canada, les mécanismes projectifs prennent plus de place que les mécanismes introspectifs. Si les cas vus en soins ambulatoires, principalement des femmes, sont plus souvent conformes aux portraits cliniques classiques, les cas lourds présentent plusieurs composantes psychotiques qui induisent parfois des diagnostics erronés de schizophrénie. Plusieurs professionnels parleront de tableaux pathologiques frontières entre les pathologies européennes et africaines. Les Antillais présentent plus des pathologies atypiques : explosions de colère, d'agressivité, conduites caractérielles, troubles du comportement, hystérie, hypocondrie, etc. De même, l'opposition tranchée que proposent ces grilles diagnostiques entre désordres de l'humeur et de l'anxiété occulterait la cohabitation fondamentale de ces manifestations aux Antilles. Certains estiment que les désordres de l'anxiété sont à la base même des troubles observés chez une majorité de cas diagnostiqués comme dépressifs.

Les conséquences de ces « erreurs » diagnostiques sont importantes si l'on considère que la médication prescrite (par exemple les antidépresseurs, anxiolyti-

ques, neuroleptiques) risque d'être inadéquate et sans impact sur l'amélioration de l'état de santé du malade. Certains psychiatres prescrivent en parallèle des neuroleptiques et des antidépresseurs et reconnaissent les approximations de telles approches. Bref, le recours aux catégories psychiatriques classiques risque de conduire tantôt à des erreurs de diagnostic, tantôt à une pathologisation abusive de modes d'expression de la détresse qui relèvent d'idiomes acceptés d'expression du mal-être.

Les fondements du langage martiniquais de la détresse

Les idiomes d'identification des formes de détresse psychologique.

[Retour à la table des matières](#)

Si la catégorie diagnostique de dépression pose problème pour les médecins eux-mêmes, la définition qu'en donne la population diverge aussi largement de celle du DSM. Dépression est un terme lourd de sens et implique beaucoup plus que la dysthémie et la tristesse. On y associe une connotation de gravité, de chronicité, mais aussi de folie et de psychose. On parle d'ailleurs souvent de « crise de dépression ». Il ne s'agit évidemment pas d'un concept créole, mais d'un terme français qui se voit chargé d'une richesse de sens par la culture locale. La nature de la charge symbolique associée à la dépression explique les réticences des Martiniquais à consulter pour des humeurs dépressives et à masquer les manifestations de la dépression dans leur vécu quotidien.

Au-delà des limites imposées par les impératifs de la catégorisation psychiatrique des « désordres » mentaux, l'approche interprétativiste proposera le recours au concept d'idiomes d'identification. Nous avons pu dresser un lexique de plus d'une cinquantaine d'idiomes créoles auxquels les Martiniquais se réfèrent pour désigner, non pas exclusivement les cas de dépression, mais de façon plus ou moins clairement démarquée, les états de détresse psychologique. Ce vocabulaire inclut des termes ou expressions comme « *i fou* », « *zinzin* », « *moun ki réfléchi* », « *moun ki calcul* », « *ababa* », « *fout man ka soufè* », « *lespri feb* », « *lôloï* », « *moun embètè* », etc. L'un de ces idiomes mérite toutefois que l'on s'y arrête, ce-

lui de « *gro pouèl* », ou sa forme la plus virulente, le « *gro pouèl international* ». Ce concept désigne un état de détresse, de chagrin généralement associé à la séparation amoureuse, le plus souvent chez des hommes. Cette « maladie d'amour » combine le chagrin, les humeurs dépressives, le retrait social, à l'apathie et à divers symptômes somatiques (perte d'appétit, insomnie, etc.). Le « *gro pouèl international* » en représente une forme avancée, un chagrin dont on ne guérira que difficilement, qui a atteint un niveau de chronicité et de non-retour. En langue psychiatrique, le *gro pouèl* fait référence à une forme de dépression réactionnelle induite par la perte de l'être aimé. Bien que le profil symptomatologique du *gro pouèl* se rapproche de celui de l'épisode de dépression majeure, ce concept populaire renvoie à un réseau de significations, en particulier quant aux causes et aux circonstances associées, nettement différent.

L'une des alternatives pour élargir les perspectives ouvertes par la nosographie psychiatrique est de recourir à de telles catégories diagnostiques populaires dans les analyses portant sur la santé mentale. Ici, le concept de *gro pouèl* constitue une porte d'entrée privilégiée sur la construction locale du sens de la dépression. D'abord, au plan des manifestations somatiques, cognitives, affectives ou comportementales, ce concept permet d'identifier les idiomes d'expression culturellement légitimés et reconnus. Au plan de l'analyse des modèles étiologiques, il offre la possibilité de démarquer le rôle des causes extérieures de celles qui sont propres à l'individu. En tant que révélateur social, cette catégorie diagnostique populaire permet d'investir l'un des principaux lieux de genèse des troubles affectifs et anxieux, celui des difficiles rapports homme-femme dans une société martiniquaise en voie de modernisation accélérée.

Si personne ne nie la pertinence des nosographies psychiatriques internationales pour mieux baliser les thérapies et les prescriptions de médicaments, la pertinence de ces catégories est moins évidente pour les fins d'une analyse de la construction locale du sens de la maladie mentale. L'analyse en profondeur de telles catégories populaires rendra possible une certaine « créolisation des classifications psychiatriques » ou encore une « colonisation des diagnostics psychiatriques par le discours sur le pluralisme » pour reprendre les expressions de Kleinman (1997). Une telle approche marque, non pas un repli romantique sur l'exotisme des savoirs locaux, mais une avancée vers une analyse de modes locaux originaux de construction du sens des diverses formes de détresse, vers une réaffirmation de

l'importance d'une prise en considération des idiomes locaux dans les politiques de santé, enfin vers une « projection du local dans le global » (Kleinman, 1997).

Les idiomes d'expression de la détresse psychologique.

Les idiomes d'expression font office de « formes culturelles » à travers lesquelles les membres d'une culture donnée expriment et communiquent leur mal-être à l'entourage. Ces idiomes ne sont pas réductibles à un vocabulaire ou à des lexiques spécifiques figés. Ils constituent des « modes » ou des canaux d'expression aux limites plus ou moins clairement définies et reconnues comme acceptables et légitimes par une culture donnée. À la Martinique, quelques-uns des idiomes privilégiés utilisés pour exprimer la détresse psychologique sont les bouffées de violence (mais souvent aussi le repli sur soi et l'apathie), les délires persécutifs et les hallucinations auditives. Alors que les Québécois expriment les affects dépressifs sur le mode du repli sur soi, du désengagement social, de l'autodévalorisation, de l'autoculpabilisation (Massé, 1999), les Antillais privilégient, à un stade ou l'autre, le passage à l'acte violent, l'accusation de l'autre, le délire persécutif et les hallucinations. Les toxicomanies et la somatisation se retrouvent aussi au cœur des idiomes d'expression dans un contexte où « on s'exprime très difficilement sur ses émotions » et où « la dépression est largement une dépression masquée » selon les termes tant des professionnels que de l'entourage des dépressifs. Comme le souligne un autre professionnel, « notre culture est une culture du corps. La dépression et l'anxiété s'expriment donc à travers le corps ». Sans oublier que le repli social est présent dans plusieurs tableaux cliniques, la plupart des 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.

Les idiomes d'explication des épisodes de détresse

Les explications populaires de la maladie sont toujours fortement ancrées dans l'univers magico-religieux martiniquais. Le *quimbois* (ensorcellement, mauvais sort) demeure l'idiome central d'explication et d'interprétation du sens de la dépression, de l'anxiété, de l'angoisse et autres formes de détresse. Dans le vécu quotidien, la souffrance mentale est d'abord le produit de l'intervention de forces surnaturelles manipulées par un intermédiaire mandaté par un ennemi, généralement une personne jalouse et envieuse qui veut du mal à la victime. La maladie est « envoyée » via la médiation d'esprits démoniaques ou autres forces surnaturelles mobilisées par la personne jalouse elle-même ou par un spécialiste (*quimboiseur* traditionnel ou nouveaux spécialistes de l'occulte du type des marabouts-voyants africains qui investissent de plus en plus le milieu social martiniquais). La dépression, le *gro pouèl*, comme toutes les autres infortunes qui marquent la vie de l'individu, trouvent leurs sources à l'extérieur de l'individu, dans l'attaque lancée contre soi par un Autre souvent déterminé. Le « je » est partout remplacé par le *yo* (ils).

En marge du *quimbois*, on retrouvera deux autres idiomes classiques. La *déveinn* d'abord, est une sorte de malchance chronique qui suit l'individu et s'abat sur lui de façon répétitive. Ici aussi, le caractère répétitif de ces malchances confirme qu'elles ont bien été commandées par un ennemi : il s'agit bel et bien de l'œuvre de quelqu'un qui nous veut du mal. Ensuite, la *jalousie*, ce « frère à sorcier » pousse les voisins à nous jeter des sorts. Elle va de pair avec l'envie pour laquelle les motifs ne manquent pas de diversité (travail, argent, femmes, réussite sportive, etc.). Mais le *quimbois* demeure l'idiome central d'explication. A noter que le *quimbois*, par le biais de la crainte et de la méfiance chronique qu'il induit, devient lui-même une cause de détresse pour une partie de la population.

Langage local de détresse, mondialisation et psychiatrie culturelle

Le processus de mondialisation, dont la pénétration de la biomédecine dans le quotidien des cultures locales constitue une manifestation spectaculaire, contribue, paradoxalement, à mettre en évidence les particularités de ces dernières. Si l'on ne peut nier l'existence d'une certaine déterritorialisation des processus symboliques (Canclini, 1992), le cas martiniquais confirme non seulement la vitalité, mais aussi l'incontournabilité des idiomes antillais d'expression, de désignation et d'explication de la détresse pour une pratique de soins culturellement adaptée. Peut-on vraiment parler d'une créolisation des savoirs associés à la santé mentale à la Martinique ? L'un des courants dominants en anthropologie médicale postule que l'ensemble des sociétés, y compris les sociétés traditionnelles, vivent un processus de créolisation ou d'hybridation des savoirs et des pratiques de soins (Bibeau, 1997). Or, s'il est évident que les Martiniquais incorporent de plus en plus d'éléments de savoirs biomédicaux et psychiatriques dans leurs représentations de la dépression (par exemple la nosographie psychiatrique, le rôle des antidépresseurs pour contrôler les symptômes), on peut difficilement parier de créolisation dans la mesure où pour l'instant les idiomes d'explication et d'identification locaux sont toujours les balises en fonction desquelles les troubles mentaux sont saisis et interprétés.

L'anthropologie psychiatrique doit tirer plusieurs leçons de cette survivance dynamique des systèmes traditionnels d'interprétation de la détresse psychologique. D'une part la notion de cultures hybrides nous force à transcender la définition de la culture, même traditionnelle, comme un système cohérent de signification largement partagé par un groupe social autosuffisant ; d'autre part les valeurs et les représentations collectives sont ancrées dans des *patterns* de vie sociale et exprimées à travers des pratiques sociales tout autant que dans les discours (Bibeau, 1997).

En fait, et tel sera le thème de la prochaine section, on assiste moins à une créolisation d'un savoir martiniquais qui s'homogénéise à travers un processus d'hybridation des savoirs traditionnels et biomédicaux qu'à une trajectoire de recherche d'aide qui conduit le malade à circuler à travers divers systèmes indépen-

dants de soins, d'interprétation et d'explication de la détresse que sont les systèmes biomédicaux, religieux et ceux des guérisseurs. Les Martiniquais semblent circuler entre ces systèmes étanches l'un à l'autre sans pour autant en fusionner les savoirs, sans perspectives syncrétiques. En fait, ils semblent respecter l'un et l'autre, jouant pleinement les règles du jeu lorsqu'ils s'adressent à l'un ou l'autre.

Les trajectoires de soins : pluralisme médical et indétermination des itinéraires thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons postulé que le sens que prend la détresse psychologique à la Martinique comme ailleurs est un produit social. Dans cette section, nous analyserons ce processus de construction du sens à travers l'une des formes de pratique sociale qui induisent et alimentent ce processus, soit les démarches de recherche d'aide. Ces dernières entraînent le malade sur une trajectoire complexe qui le conduira à travers trois grands systèmes de prise en charge et de soins préventifs et curatifs. Le système biomédical, tout d'abord, est omniprésent dans cette île des Caraïbes et l'accessibilité aux services des médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers ou soins hospitaliers est grandement facilitée par l'existence d'un nombre important de ressources humaines et des politiques de prise en charge des coûts par l'État. Les guérisseurs traditionnels, les *séanciers*, sont encore très actifs bien qu'ils subissent la compétition d'un nombre considérable de guérisseurs de diverses allégeances, dont plusieurs « marabouts-voyants ». Enfin, les Églises, par le biais du soutien offert par les prêtres et les pasteurs, mais surtout des groupes de prières qui ne manquent pas de se déplacer au domicile des « frères et sœurs » malades. Chacun des systèmes de prise en charge véhicule et cherche à transmettre une construction du sens et en particulier des modèles explicatifs de la dépression qui lui sont propres. En simplifiant à l'extrême ici, nous pouvons relever que la médecine met l'accent sur des facteurs propres à l'individu, d'ordre psychologique ou biologique, tout en proposant des solutions qui passent, en règle générale, par la médication antidépressive ou anxiolytique. Les guérisseurs insistent sur l'intervention de causes surnaturelles, d'agents agresseurs non naturels, proposent des interventions tantôt phytothérapeutiques, tantôt sorcellaires et confortent l'atti-

tude de victimisation et de déresponsabilisation du malade. Les pasteurs fondamentalistes quant à eux insistent sur les écarts de comportements par rapport à un mode de vie chrétien, une surexposition aux plaisirs terrestres (alcool, drogue, danse, infidélités sexuelles, etc.) et une mise à distance de Dieu comme facteurs de fragilisation d'individus désormais vulnérables aux attaques de Satan et à la maladie.

L'analyse d'un échantillon de ces trajectoires de soins suivies par des Martiniquais confrontés à des épisodes marqués de détresse psychologique confirme, si besoin était, le pluralisme des univers de référence des malades et leur exposition à ces trois systèmes d'interprétation de la dépression et autres formes de détresse psychologique. Les systèmes de prise en charge que sont la biomédecine, le secteur des guérisseurs modernes ou traditionnels et celui des Églises ne constituent aucunement ni des chasses gardées réservées à certains segments de la population, ni des systèmes hermétiques ayant une clientèle attirée, réservée et fermée aux systèmes alternatifs. Ils sont, dans la perspective du malade, autant de lieux crédibles et légitimes de recherche d'aide. Or cela ne signifie pas pour autant que ces systèmes ne soient pas hermétiques l'un à l'autre ; ce constat implique plutôt que l'ouverture au pluralisme se trouve du côté du malade. En fait, à cette étape-ci, il faut, croyons-nous distinguer entre le pluralisme médical et le pluralisme thérapeutique. Sous le concept à la mode de pluralisme médical se trouve le présupposé, plus ou moins explicite, d'un certain syncrétisme et d'un minimum d'osmose entre des systèmes de savoir et de pratiques de soins qui emprunteront les uns aux autres. Dans le contexte incontestable d'une expansion universelle de la biomédecine, il est clair que les ethnomédecines traditionnelles doivent, même dans les régions les plus reculées du monde, cohabiter avec une médecine occidentale en émergence. Or, s'il en résulte une pluralité d'alternatives, on ne trouve pas pour autant un pluralisme qui se traduirait par une ouverture des ethnomédecines (dont la biomédecine) les unes aux autres. Les trois systèmes de soins et de prise en charge identifiés dans le cas martiniquais ne partagent en fait que très peu de points communs. Au contraire, le climat de compétition détermine plutôt un repli stratégique vers une orthodoxie des savoirs et des pratiques spécifiques à chacun. Les médecins par exemple n'auront d'autre choix que de se démarquer clairement des pratiques « charlatanesques » des guérisseurs et de dénoncer les faux espoirs suscités par les groupes de prières des membres des églises locales. Les pasteurs

et les prêtres dénonceront le recours que font ces guérisseurs aux mauvais esprits, aux *quimbois* ou aux forces démoniaques qui éloignent tant les guérisseurs que les malades de la foi et du salut éternel. Ils souligneront les aveuglements d'une médecine qui nie toute pertinence aux interventions divines et à la guérison par la foi. Les guérisseurs se targueront d'apporter un soutien complémentaire à la médecine en s'attaquant aux causes surnaturelles (*quimbois*) de certains troubles mentaux et en laissant la médecine s'occuper des symptômes par la médication. Bref, ces trois systèmes cohabitent, se complètent sans vraiment s'interpénétrer. En revanche, les Martiniquais circulent aisément de l'un à l'autre. J'ai rapporté ailleurs (Massé, 1998) plus en détail le cas d'une jeune femme présentant des crises d'hystérie, des hallucinations et des pratiques d'automutilation et qui, tout en étant catholique pratiquante, n'hésite pas à aller consulter, sur une période de quelques semaines, le curé de sa paroisse, un médecin généraliste, un psychiatre, un *séancier* tout en étant finalement « guérie » par un groupe de prière évangéliste, et ce sans pour autant se convertir à cette Église. À la Martinique, les malades passent aisément d'un système de soins à l'autre, moins pour donner un sens profond à leur vie spirituelle et existentielle que pour répondre à l'agression et à la fragilisation qu'implique la maladie et pour contrer le *stigma* accolé aux victimes du *quimbois*, suspectées d'avoir d'une façon ou une autre, cherché ou mérité ce sort.

Deux leçons ont pu être tirées de ce matériel. Il nous a fallu d'abord, avec Brodwin (1996), redéfinir la notion de pluralisme médical pour y voir non seulement l'organisation sociale des praticiens de soins qui occupent des positions religieuses, idéologiques, de classe ou ethnique dans une société, mais pour y voir, tout autant, l'organisation culturelle de leur pratique, à savoir « la coexistence de discours en compétition sur les afflictions et la guérison, sur lesquels ils s'appuient pour légitimer leur pouvoir thérapeutique » (Brodwin, 1996 : 14). De là, l'étude du pluralisme médical est concernée par « les manières dont les individus font des choix parmi des thérapies en compétition » (ibid. 14). La trajectoire de soins est alors définie comme résultant d'une négociation face à une pluralité de discours et de pratiques de soins, soit une réponse individuelle créative, ancrée dans la logique informelle du vécu quotidien, à un épisode donné de maladie. Une telle approche conforte la perspective d'un certain niveau d'indétermination des choix et offre « une alternative aux systèmes médicaux réifiés autour de leurs symboles

clefs et de leurs formes institutionnelles » (Brodwin, 1996 : 16). Elle rejoint les mises en garde que fait Benoist quant à une certaine obsession de la recherche de « logiques » qui gouverneraient les choix thérapeutiques. Tout en invitant les collaborateurs d'un ouvrage collectif à éviter de construire à tout prix des règles là où priment souvent des tâtonnements (Benoist, 1996) et de surinterpréter les faits, ce dernier les conviait à analyser la conjugaison de logiques multiples et les conditions conjoncturelles qui sapent les tentatives de formalisation de ces itinéraires, mais cela sans tomber dans le piège d'une herméneutique des itinéraires.

Ensuite, il nous faudra reconsidérer les itinéraires de soins comme marqués du sceau de l'indétermination. Nous ne signifions pas par là absence de toute influence et de tout déterminisme culturel, mais plutôt remise en question des conceptions mécanistes et irréversibles de ce déterminisme. La culture antillaise influe profondément sur la construction de ces trajectoires, ne serait-ce que par les frontières qu'elle impose aux systèmes de soins accessibles. À la limite, les médecines ayurvédiques ou chinoises traditionnelles ne font pas partie des alternatives disponibles en contexte martiniquais. Mais, aussi, par le fait qu'à travers les idiomes d'explication magico-religieux comme le *quimbois* et la *jalousie*, elle rend légitime et admissible le recours aux guérisseurs ou pasteurs qui peuvent être en mesure de contrer le travail fait sur le malade par des forces surnaturelles maléfiques. La perspective d'un individu totalement soumis au poids des traditions, obnubilé par une culture homogène qui guide hors de tout doute sa démarche de recherche d'aide, classant irrévocablement les systèmes de soins en deux catégories démarquées - les bons et les mauvais, les permis et les défendus, les légitimes et les indéfendables -, n'a définitivement plus sa place en anthropologie. La microanalyse des itinéraires thérapeutiques montre que, sans nier le poids du contexte socio-culturel, les trajectoires demeurent largement imprévisibles (dans les limites des alternatives accessibles). La causalité n'est plus linéaire mais ouverte dans un contexte d'ambiguïté des règles, de prise de décision en condition d'incertitude. Peut-être faut-il, comme le suggère Gribaudi déplacer la causalité du contexte, des structures (sociales, économiques) vers l'individu redéfini comme acteur ultime et de là, déconstruire la notion de contexte social global pour porter tout à la fois notre attention sur « les mécanismes psychologiques et sociaux qui régissent les formes d'interaction entre les individus et l'environnement, leur histoire et leurs représentations » (1996 : 121). Une telle entreprise toutefois ne devra pas condui-

re à une psychologisation de l'analyse de la construction des trajectoires de soins ; elle devra, en revanche, alimenter une redéfinition moins dogmatique de la notion de contexte.

Les limites des approches narratives en anthropologie de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Faisons le pont entre ces résultats et les présupposés épistémologiques. Le constat d'une construction du sens de la détresse à travers la pratique des démarches pluralistes de recherche d'aide confirme les dangers liés à une textualisation de la culture et à une anthropologie interprétative ou sémiotique qui réduit la culture à ses dimensions de sens et aux expériences subjectives de la maladie. Le sens de la détresse ne peut être saisi à travers les seuls récits qu'en font les personnes concernées. Pas plus ces récits ne sont réductibles à de simples « textes » autosuffisants qui contiennent et résument toutes les dimensions de ce construit de sens et en résument l'essence. De même, l'indétermination des itinéraires met en évidence la pluralité des choix qui s'offrent à l'individu tout autant que la dialectique entre déterminisme culturel, contingences des circonstances ou des contextes et libre-arbitre, trois facteurs reliés entre eux qui guideront ses choix de démarche. Si la culture est un texte, ce texte est tout autant écrit dans les pratiques sociales des trajectoires de soins que dans les récits qui révèlent les idiomes du langage local de la détresse. Enfin, ces récits d'épisodes de dépression ne s'inscrivent pas à l'intérieur d'un système d'interprétation homogène. Bien qu'ils reflètent la centralité des idiomes traditionnels d'explication en termes magico-religieux, ils n'en sont pas moins construits au pluriel, à la frontière entre une pluralité de systèmes d'interprétation.

La dépression comme commentaire critique sur la société postcoloniale pathogène

[Retour à la table des matières](#)

La perspective interprétativiste-constructiviste adoptée dans cette recherche nous a conduit à centrer notre analyse de la construction du sens de la dépression sur sa redéfinition comme l'une des formes d'expression de la détresse psychologique qui s'inscrit à l'intérieur d'un langage de la détresse structuré autour de significations et d'idiomes. Cette construction du sens s'actualise dans la pratique sociale d'un cheminement thérapeutique qui conduit l'individu à travers divers systèmes d'interprétation du mal-être. L'analyse des discours de la population mais aussi des professionnels, des pasteurs et même des guérisseurs fait toutefois émerger une autre dimension : celle de la société postcoloniale pathogène pour reprendre l'expression de Armet (1990). En résumé, ces discours convergent vers une dénonciation des conditions concrètes d'existence qui génèrent cette détresse. La souffrance n'est plus que mentale, elle devient une souffrance sociale. Héritage du passé colonial, les rapports de subordination politique et de dépendance économique face à la Métropole seraient responsables du chômage, en particulier chez les jeunes, du désœuvrement généralisé, de la démotivation face à *l'entrepreneurs*hip, d'une attitude d'attentisme face aux initiatives qui viendront du pouvoir central. À ces facteurs structurels, d'ordre politique et économique, viennent se greffer une série de facteurs « intermédiaires » entre les niveaux micro et macrosociétaux dont les exemples typiques seraient les difficiles rapports entre hommes et femmes dans le contexte d'affirmation de ces dernières sur fond de modernisation ; la déstructuration de la famille comme lieu de protection (qui deviendrait le principal incubateur de conflits interpersonnels, de stress, de frustration et donc, de détresse) ; la désorganisation de la vie communautaire et des mécanismes d'entraide (qui expliquerait le repli de certains sur les églises de petits groupes) et enfin, les persistantes tensions dans les rapports entre Blancs, *Békés* ou Métropolitains, et Noirs antillais.

A cette étape de la recherche, il nous apparaît clairement que la construction du sens de la dépression doit passer par une analyse d'un discours critique, partagé

tant par la population que par les professionnels de la santé, sur les conditions socio-économiques et sur les changements dans l'organisation de la vie sociale. L'entreprise interprétativiste d'analyse de la détresse comme langage doit s'arrimer à une anthropologie critique des conditions d'émergence, de reproduction et de distribution inégale de la souffrance mentale. La modélisation d'un tel arrimage est rendue très complexe par la multiplicité et la subtilité des interrelations existant entre les divers niveaux de facteurs. L'époque des modélisations mécanistes d'un conditionnement des savoirs, des pratiques sociales et de la maladie par des déterminants structuraux et contextuels est heureusement révolue en science sociale poststructuraliste. Révolue aussi, croyons-nous, l'époque d'une interprétation psychanalytique qui cherche dans les colonialismes intériorisés, les « exclusions symboliques du soi », les « intériorisations de l'ennemi colonisateur » les sources d'une aliénation collective et d'une société dysfonctionnelle, approche qui a trop longtemps bloqué une véritable socio-anthropologie des causes sociales de la détresse. Le défi n'en est que plus relevé pour une anthropologie désireuse d'animer un souci pour la finesse de la microanalyse des itinéraires individuels à une sensibilité de terrain face aux rapports sociaux de genre, de classe, de couleur, à une interprétation émique du sens de la détresse, et à une sérieuse prise en considération des déterminants structuraux de la souffrance vécue au quotidien.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons indiqué plus haut que les quatre postulats épistémologiques qui guident actuellement la rédaction des conclusions de cette recherche n'ont pas servi de guides, dès le départ, pour la définition de la méthodologie ou pour l'analyse. En fait, les postulats référant à la détresse comme langage et à la construction de ce langage en tant que commentaire sur la situation postcoloniale ont été interpellés en cours de recherche pour rendre compte de dimensions non anticipées de la construction du sens de la dépression. Ce constat met en évidence le caractère dynamique de la recherche de terrain ; l'objet de recherche évolue au gré d'un rapport dialectique entre objectifs de recherche, méthodologie, collecte de données, analyses préliminaires. La démarche anthropologique, comme toute dé-

marche inspirée des démarches inductives, est fondamentalement itérative, reliant par une boucle analytique questions de recherche, hypothèses initiales, données provisoires, analyses intermédiaires et conclusions intermédiaires. L'enjeu d'un tel constat est fondamental : celui de la résistance à une biomédicalisation de l'anthropologie de la santé, c'est-à-dire à la subordination de cette sous-discipline à l'agenda, aux objectifs, aux méthodes et surtout à l'épistémologie médicale.

Ainsi, l'objectif initial du présent projet traduisait notre préoccupation pour une complémentarité entre épidémiologie psychiatrique et anthropologie. L'un des buts du projet était d'identifier de quelle façon et dans quelle mesure la catégorie diagnostique de dépression était modulée et redéfinie par la culture locale. Soucieux de produire une anthropologie de la santé scientifiquement crédible et appliquée, dans la perspective proposée par Browner et al., (1988), nous visions à identifier les nouveaux symptômes de dépression qui pourraient être pris en considération pour ajuster le profil symptomatologique universel à la réalité culturelle locale. Nous visions aussi à analyser le travail de reconstruction du sens des symptômes de dépression qu'opère la culture martiniquaise. Bref, l'objectif était une sensibilisation de la médecine à une redéfinition culturellement adaptée du concept de dépression en contexte antillais. Nous avons réalisé très tôt que, ce faisant, nous reproduisions l'épistémologie empiriste et positiviste qui postule l'existence d'entités diagnostiques catégorielles simplement soumises au « travail de la culture » soit « le processus par lequel des affects douloureux, tels ceux apparaissant dans la dépression, sont transformés en configurations de significations et de symboles collectivement acceptées » (Obeyesekere, 1990 : 147). L'objectif de description des catégories diagnostiques populaires du type de celle du *gro pouèl* à travers les symptômes qui y étaient rattachés pour, ensuite, les comparer avec les catégories psychiatriques, s'inscrivait dans la même perspective. L'impératif catégoriel et l'empirisme se trouvaient simplement masqués par le souci d'une analyse de la construction culturelle des signes émotifs, somatiques ou comportementaux. La redéfinition de la dépression comme l'une des composantes d'un langage martiniquais de la détresse psychologique, comme l'un des idiomes d'identification du mal-être associé à divers idiomes d'expression et d'explication de la souffrance nous est rapidement apparue comme une alternative épistémologique permettant de sortir du cadre empiriste, sans pour autant nier l'importance

d'une complémentarité des approches anthropologiques et épidémiologiques de la dépression.

Il nous est aussi apparu fondamental, en fin de parcours, que ce langage de détresse ne pouvait pas se réduire à une sémiotique de la souffrance. Il se construit comme représentation, entendue toutefois non comme image statique de troubles psychologiques, mais plutôt comme souffrance sociale jouée sur la scène du vécu quotidien dans le respect d'idiomes culturellement acceptés d'expression du mal-être. Tant les récits d'épisodes vécus de détresse, que l'expression de cette détresse à travers un encodage idiomatique qui en canalise les manifestations somatiques, affectives ou comportementales peuvent être relus comme des commentaires critiques sur la Martinique postcoloniale pathogène.

La boucle est loin d'être bouclée en ce qui concerne la compréhension des multiples entrelacements qui expriment la complexité des rapports entre ces quatre postulats épistémologiques. Ce projet, et cet article, ont plus le mérite de rappeler l'ampleur du défi que d'y répondre. Ils soulèvent toutefois le point suivant : à la complexité et à l'indétermination du processus de reconstruction du sens de la dépression, ne peuvent que répondre la complexité et l'indétermination du processus analytique et de la trajectoire méthodologique et épistémologique du chercheur.

BIBLIOGRAPHIE

[Retour à la table des matières](#)

Armet, A., 1990, « Société et santé à la Martinique ». Paris, Présence Africaine.

Bardin, L., 1993, *L'analyse de contenu*. Septième édition. Paris, Presses Universitaires de France.

Benoist, J., 1996, « Singularités du pluriel ? » Introduction in J. Benoist (dir), *Soigner au Pluriel. Essais sur le Pluralisme Médical*, 5-16. Paris. Karthala, coll. Médecines du Monde. [Livre disponible [dans Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Bibeau, G., 1997, « Cultural Psychiatry in a Creolizing World : Questions for a New Research Agenda », *Transcultural Psychiatry*, 34, 1, 9-41.

Brodwin, P., 1996, *Medicine and Morality in Haiti. The contest for healing power*. Cambridge, Cambridge University Press.

Browner C.H., Ortiz de Montellano B.R., et Rubel A.J., 1988, « A Methodology for Cross-cultural Ethnomedical Research », *Current Anthropology*, 29, 5, 693-695.

Canclini, N.G., 1992, *Culturas híbridas*. Buenos Aires, Sudamericana.

Delvecchio Good, M-J., Brodwin, P.E., Good, B.J., Kleinman, AL (eds.), 1994, *Pain as Human Experience : an Anthropological Perspective*, University of California Press, Los Angeles.

Good, B.J., 1988, Commentaire sur l'article de Browner, Ortiz de Montellano et Rubel, « A Methodology for Cross-cultural Ethnomedical Research », *Current Anthropology*, 29, 5, 693-695.

Good, B.J., 1992, « Culture, Diagnosis and Comorbidity ». *Culture, Medecine and Psychiatry*, 16, 427-446.

Good, B.J., 1994, *Medicine, rationality and experience. An Anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.

Guba, E.G. et Lincoln, Y.S., 1994, « Competing paradigms in qualitative research », in N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*, 105-117. Thousand Oaks, CA. USA, Sage publications.

Gribaudo, M., 1996, « Échelle, pertinence, configuration », in J. Revel, *Jeux d'échelles. La microanalyse à l'expérience*, 113-140, Paris, Gallimard, Le Seuil.

Hamel J., 1997, *Études de cas en sciences sociales*. Montréal, L'Harmattan.

Huberman A.M., Miles M.B., 1991, *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Collection Pédagogie en développement. Bruxelles, De Boeck-Wesmael éditeur.

Kirk, S., et Kutchins H., 1998, « Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine », Le Plessis-Robinson, Institut pour le progrès de la connaissance. (version française de *The Selling of DSM" The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Walter de Gruyter, 1992).

Kitanishi, K., Kondo, K. 1994, « The Rise and Fall of Neurasthenia in Japanese Psychiatry », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31, 137-152.

Kleinman, A., 1976, « Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry" », *Social Sciences and Medicine*, 1, 3-10.

Kleinman, A., 1988, *The Illness narratives : Suffering, healing and the human condition*, New York, Basic Books.

Kleinman, A., 1997, « On Gilles Bibeau's Creolizing World », *Transcultural Psychiatry*, 34, 1, 72-77.

Kleinman, A., Kleinman, J., 1985, « Somatization : The Interconnections in Chinese Society Among Culture, Depressive Experience and the Meaning of Pain », in A. Kleinman, B. Good eds., *Culture and Depression*, Berkeley University of California Press.

Lee, S., Yu, H., Lee, A.M., 1995, « A Critique of Mixed Anxiety-Depressive Disorder and Shenjing Shuairuo », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 1, 90-93.

Lesne, C., 1990, *Cinq essais d'ethnopsychiatrie antillaise*, L'Harmattan, Paris.

Littlewood, R., 1990, « From Categories to Contexts : A Decade of the New CrossCultural Psychiatry », *British Journal of Psychiatry*, 156, 308-327.

Marcus G. et Fischer M., 1986, *Anthropology as Cultural Critique. An experimental moment in the human science*, Chicago, University of Chicago Press.
Massé R., 1978, *Les Adventistes : anthropologie d'une espérance millénariste*, Publications du Centre de recherches Caraïbes, Université de Montréal.

Massé R., 1980, *La fin des plantations ? Évolution des formes de soumission au travail dans deux sociétés néo-oloniales*, Martinique, Guadeloupe », Centre de recherches Caraïbes. [Livre disponible [dans Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Massé R., 1998, « Métissage des savoirs et itinéraires de soins de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui ». Texte présenté au 123e Congrès national des sociétés historiques et scientifiques. Antilles-Guyane, avril, 1998.

Massé R., 1999, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique/Semiotic Inquiry*, 19, 1, 39-62. [Livre disponible [dans Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Massé R., 2001, « Pour une ethnoépidémiologie critique de la détresse en Martinique », *Sciences Sociales et Santé*, 19, 1, 45-74.

Medical Anthropology, 1993, « Latino Folk Illness », Numéro spécial, 15, 100-213.

Mirowsky, J., Ross, C.E., 1989, « Psychiatric Diagnostic as Reified Measurement », *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 11-25.

Obeyesekere, G., 1990, *The work of culture : Symbolic transformations in psychoanalysis and anthropology*, Chicago, University of Chicago press.

Poulin, V., 1999, *Détresse et religion à la Martinique : L'Église protestante comme nouveau lieu d'identité sociale*, Mémoire de maîtrise, Université Laval.

Pouliot, S., 1998, *Détresse psychologique et alternatives thérapeutiques traditionnelles à la Martinique*. Mémoire de maîtrise. Département d'anthropologie. Université Laval, Québec.

Strauss, A. Corbin, J., 1990, *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory, Procedures and Techniques*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Fin du texte