Raymond MASSÉ

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

(2001)

“Pour une ethno- épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique.”

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.

“Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique.”

Un article publié dans la revue *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, no 1, mars 2001, pp. 45-74. Les Éditions John Libbey Eurotext.

[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 2 mai 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.

“Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique.”

Un article publié dans la revue *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, no 1, mars 2001, pp. 45-74. Les Éditions John Libbey Eurotext.

Table des matières

[Résumé](#)

[Introduction](#)

[Du macrosociétal au culturel](#) : modélisation des arrimages entre les diverses épaisseurs de la réalité sanitaire

[Nature et prévalence des manifestations de la détresse psychologique à la Martinique](#)

[*L'épidémiologie de la détresse psychologique à la Martinique*](#)

[*Le discours des professionnels de la santé*](#)

[Les causes structurelles de la détresse psychologique à la Martinique](#)

[*Les conditions structurelles de la désappropriation de leviers politiques de décision*](#)

[*Les conditions structurelles de la précarité économique une économie artificielle confinée à la dépendance*](#)

[Les facteurs intermédiaires en cause dans la détresse](#)

[Le rôle de la culture](#) : dépasser le discours socio-psychiatrique sur les causes de la détresse

[Conclusion](#)

[RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES](#)

[Abstract](#) / [Resumen](#)

Raymond MASSÉ *

**“Pour une ethno-épidémiologie critique
de la détresse psychologique à la Martinique”.**

Un article publié dans la revue *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, no 1, mars 2001, pp. 45-74. Les Éditions John Libbey Eurotext.

RÉSUMÉ

[Retour à la table des matières](#)

Résumé. S'appuyant sur la conjugaison d'une économie politique de la santé et d'une phénoménologie critique de la souffrance, l'anthropologie médicale anglo-saxonne propose de resituer les contributions de l'anthropologie à l'épidémiologie au niveau de l'étude des causes structurelles, politiques et économiques, de la maladie. Le défi majeur posé à l'anthropologie, pour demeurer utile et crédible, devient alors celui d'un arrimage constructif d'une approche interprétativiste du sens local de la maladie à une analyse des causes structurelles sociétales de la souffrance. À partir des résultats d'une recherche portant sur les causes de la détresse psychologique à la Martinique, nous proposerons qu'une ethno-épidémiologie critique de la détresse est en mesure de relever un tel défi. Pour ce faire, elle se devra d'analyser les lieux d'articulation entre trois paliers de déterminants : celui des structures macrosociétales postcoloniales qui consacrent la sujétion politique et la dépendance économique de la société martiniquaise ; à un niveau intermédiaire, social et local, celui des conditions concrètes d'existence et des modalités de l'organisation sociale (exemple : chômage, difficulté d'intégration du migrant de retour, tensions conjugales et intrafamiliales) induites par les macrostructures ; enfin, au niveau culturel, celui tout autant des stigmates laissés par le colonialisme dans les structures profondes des identités collectives que des anxiétés alimentées

* Raymond Massé, anthropologue, Université Laval, Québec, QC Canada G1K 7P4 ; courriel : raymond.masse@ant.ulaval.ca.

par les croyances magico-religieuses associées au quimbois. Redéfinir l'anthropologie comme entreprise d'analyse des modalités d'articulation du microsocial au macrosociétal, du politique au social et au culturel, nous apparaît être la seule avenue qui permettra de contrer les risques appréhendés d'une « médicalisation » de l'anthropologie de la santé.

***Mots clés :** Martinique, détresse psychologique, anthropologie médicale critique, post-colonialisme, quimbois, souffrance sociale, dépendance économique.*

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

L'un des principaux défis posés à l'anthropologie médicale contemporaine est celui de l'articulation entre une anthropologie critique préoccupée par l'influence des facteurs macrosociétaux sur l'état de santé des populations et une anthropologie interprétativiste-constructiviste dédiée à l'analyse de l'expérience vécue de la maladie. Or, mettre l'accent sur l'influence des structures politiques et économiques nationales, voire internationales, dans le contexte de la mondialisation, risque-t-il de dénaturer une anthropologie traditionnellement préoccupée par l'analyse des processus de construction du sens de la maladie ? Y a-t-il incommensurabilité entre les analyses macro- et micro-sociales, entre l'ethnologique et l'économie politique de la santé ? Ces questions, croyons-nous, sont au cœur des débats portant sur l'avenir des sciences sociales de la santé et sur la nature des contributions des sciences sociales à l'épidémiologie. Dans le présent article, en nous inspirant des résultats d'une recherche menée à la Martinique ¹, nous soutiendrons que le contexte post-colonial antillais impose à toute épidémiologie de la détresse psychologique (et des maladies mentales qui en constituent les formes les plus médicalisées), le double impératif d'une prise en compte de l'influence des structures politiques et économiques sur les désordres mentaux, mais aussi de la façon dont

¹ Les données présentées ici sont tirées d'un projet de recherche subventionné par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (#410-96-1208).

cette influence est médiatisée et métabolisée par les conditions quotidiennes d'existence au niveau micro-social. Le cadre d'un article ne permet pas de faire la démonstration d'une position aussi ambitieuse ; l'objectif est donc programmatique, visant plutôt à identifier les balises d'une épidémiologie de la santé mentale à la fois politiquement et culturellement sensible. Après avoir dressé un portrait sommaire des diverses formes de détresse psychologique à la Martinique, nous suggérerons qu'une ethno-épidémiologie critique de la dépression et des autres formes de détresse repose sur l'analyse des interactions dynamiques entre trois ordres de déterminants :

- 1) celui des causes structurelles ancrées dans les rapports économiques et politiques post-coloniaux que l'île entretient avec la métropole ;
- 2) celui des conditions concrètes d'existence (chômage, rapports conjugaux et intra-familiaux, chocs vécus par les migrants de retour) qui peuvent être vus comme des causes « intermédiaires » entre les macrostructures politiques ou économiques et l'inscription de la détresse vécue dans les corps et les esprits ;
- 3) celui de la culture qui s'exprime à travers les stigmates laissés par le colonialisme dans les identités personnelle et collective ou les incidences pathogéniques des croyances magico-religieuses.

***Du macrosociétal au culturel : modélisation des arrimages
entre les diverses épaisseurs de la réalité sanitaire***

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie médicale critique anglo-saxonne se caractérise par un tel intérêt pour les causes structurelles, politiques et économiques, de la maladie et l'inscription de leurs effets dans le corps social et le corps biologique (Baer *et al.*, 1986 ; Baer, 1996 ; Baer *et al.*, 1997 ; Frankenberg, 1980 ; Singer et Baer, 1995). Cette anthropologie médicale critique se divisera elle-même en deux grandes tendances :

- une économie politique qui concentre son attention sur une macroanalyse des effets des politiques internationales sur les causes et le traitement de la maladie. Prenant racine dans les travaux portant sur le « développement du sous-développement » généré par les dynamiques centre-périphéries (Frank, 1967 ; Rodney, 1974 ; Wallerstein, 1974), cette approche, considérée comme le « chaînon manquant » de l'anthropologie médicale (Morsy, 1979), met l'accent sur l'articulation entre les dynamiques socioculturelles locales et les processus économiques et politiques nationaux et internationaux historiquement déterminés (Morsy, 1996) qui consacrent les rapports de dépendance entre pays riches et pays pauvres (Morgan, 1987). L'objectif est de resituer l'analyse des productions locales de sens et de soins dans le cadre d'une dialectique entre culture, systèmes économiques et rapports de pouvoir à l'échelle de l'économie capitaliste internationale (Fields, 1988) ;
- une anthropologie interprétative-critique (Lock et Scheper-Hughes, 1996), qui prend parfois les allures d'une phénoménologie radicale. Cette tendance insiste sur le fait que, avant d'être le véhicule de croyances et de représentations reliées à sa maladie, l'individu est un « être-au-monde » qui vit sa maladie au quotidien, dans son corps physique, psychique et social. Inspirée par le post-structuralisme foucaldien, cette approche aborde la maladie et la détresse comme des formes de métaphores internalisées et somatisées des relations sociales inégalitaires. Le corps devient le lieu d'expression des dissonances sociales (Scheper-Hughes et Lock, 1987). Une telle anthropologie médicale critique en appelle alors à une médecine consciente des causes de la souffrance, préoccupée des conditions de vie en milieu de pauvreté et de l'oppression politique.

Si l'approche de la « phénoménologie radicale » prônée par Scheper-Hughes réussit partiellement à concilier explication macrosociétale et construction locale du sens de la maladie, celle de l'économie politique de la santé nous éloigne d'un tel arrimage. On lui a reproché (Morgan, 1987), entre autres, une application transculturelle abusive des concepts occidentaux de rapports de classe et de genre, l'évacuation des ethnomédecines comme formes de résistances locales à l'hégémonie biomédicale et l'absence d'analyse des impacts positifs du développement

économique sur la santé des populations. D'évidence, cette complémentarité des approches est difficile à actualiser sans tomber dans le piège de la surdétermination du sens de la souffrance et de là, de la délégitimisation des discours et des modes locaux de prise en charge de la maladie (Kleinman, 1992).

La dernière décennie est tout de même marquée par divers efforts d'arrimage si l'on en juge à partir des travaux des ténors tels que Kleinman (1986) sur l'origine sociale de la détresse en Chine ou de Kleinman *et al.* (1997) sur la souffrance sociale. Farmer, de même, en appelle à une anthropologie qui ira « au-delà de la quête d'une signification culturelle, éternel objet des recherches sur les idées et les symboles » (Farmer, 1996 : 358). La maladie est alors conçue comme prenant racine dans les structures sociales et économiques héritées du passé colonial. Le défi à relever est donc celui d'une « anthropologie interprétative de la souffrance, sensible aux conséquences locales et individuelles de l'histoire et de ses rapports de force économiques et symboliques... (qui) pourra fournir de nouvelles lectures des attitudes culturelles élaborées face à la maladie, la peur, la douleur, la faim et la brutalité » (Farmer, 1988 : 80). Pour ce faire, l'anthropologie médicale devra, selon Bibeau (1988), mettre l'accent sur les interfaces entre les forces macrosociologiques qui conditionnent la structuration sémiologique de la réalité, le contexte historique et les rapports de pouvoir dans lesquels se sont développées les valeurs culturelles, mais aussi sur les « catégories médiatrices » et les paliers intermédiaires par lesquels les codes culturels sont articulés au contexte macrosocial (Bibeau, 1997). La nouvelle anthropologie médicale devra reconnaître le « caractère feuilleté du sens » de la détresse considérant que « les questions de folie et de troubles psychiatriques font intimement partie de la trame que dessinent conceptions de la personne, repères identificatoires des relations sociales, rapports de domination et de résistance, tout comme ils renvoient au non-dit des structures sociales ou culturelles ou à ce qui les déborde » (Corin, 1993 : 15). Dans les pages qui suivent, nous identifierons les diverses couches de la réalité de la détresse psychologique et certains des lieux de leur articulation qui doivent être pris en considération par toute véritable ethno-épidémiologie critique de la souffrance.

Nature et prévalence des manifestations de la détresse psychologique à la Martinique

[Retour à la table des matières](#)

Comme l'a démontré l'important rapport mondial sur la santé mentale (Desjarlais *et al.*, 1995), la santé mentale est fonction du bien-être politique et économique des individus, des familles et des communautés. « *Pour réfléchir sur la santé mentale, il faut alors prendre en considération un large éventail de forces inter-reliées qui, au premier coup d'œil, n'apparaissent pas comme des problèmes "psychiatriques"* » (Desjarlais *et al.*, 1995 : 33) tels que la faim chronique, le sous-emploi, la répression politique, les conflits inter-ethniques ou les discriminations raciales. Le concept de détresse psychologique utilisé ici débordé donc de la sphère des pathologies psychiatriques reconnues (exemple : psychoses, désordres de l'humeur), pour couvrir les diverses formes de souffrance mentale et sociale qui résultent des difficultés d'adaptation de certains sous-groupes sociaux aux conditions concrètes d'existence (exemple : toxicomanies, alcoolisme, personnalités asociales, violence). A la confluence des approches constructiviste et critique, la détresse (et la dépression qui en constitue une variante majeure aux Antilles) doit être considérée dans ses dimensions à la fois existentielle et collective, comme une « souffrance sociale » qui exprime les formes d'incarnation de la misère humaine et qui donc ne peut être séparée de la violence politique et économique qui la génère (Kleinman, 1995). L'un des prérequis d'une ethno-épidémiologie critique sera l'abandon des démarcations nettes établies entre souffrance sociale et souffrance mentale, entre états psychiatriques pathologiques et conditions socio-économiques. Regrouper des problèmes divers tels que la toxicomanie, les suicides, les crises psychotiques, la dépression, la violence envers autrui sous l'étiquette de détresse psychologique permet de les appréhender non plus comme des « états » médicaux ou psychologiques médicalisés, mais comme des manifestations d'une souffrance sociale partagée par les membres de collectivités. Une telle perspective permet de transcender le découpage disciplinaire qui incite les chercheurs à traiter comme autant de réalités séparées les signes cliniques de la détresse psychologique, les causes économiques de la souffrance et le contexte politique dans lequel se reproduisent les conditions concrètes d'existence (Kleinman *et al.*,

1997). Elle permet de dépasser l'analyse des corrélations entre la pauvreté, le stress ou l'isolement social comme facteurs de risque et les pathologies mentales pour introduire une ethno-épidémiologie critique dédiée à l'analyse des réseaux imbriqués de causalité et des modes d'articulation entre divers niveaux de causes trop souvent traités séparément et en dehors de tout recadrage historique.

L'épidémiologie de la détresse psychologique à la Martinique

[Retour à la table des matières](#)

Qu'en est-il de l'état de détresse psychologique de la population martiniquaise ? Un premier indice est donné par l'importance des formes sévères de détresse psychologique. Les statistiques d'admissions hospitalières pour affections de longue durée montrent qu'entre 1989 et 1991, 46% de ces admissions l'étaient pour raison de troubles mentaux chez les 15-34 ans (ORS-Martinique, 1994a), proportion qui diminue à 13% chez les 35-64 ans et à 6,2% des admissions pour les 65 ans et plus. Ursulet (1996) montre que, dans deux populations intra- et extra-hospitalières (file active en avril 1995), les cas de schizophrénie comptaient pour respectivement 42,6% et 32,8%, les « autres psychoses » pour 22,3% et 19,0%, alors que les cas de troubles affectifs (exemple : anxiété, dépression) étaient sur-représentés (12,2%) chez les patients ambulatoires (5,5% dans la population intra-hospitalière).

Les suicides et tentatives de suicide sont des indicateurs d'une détresse extrême. La comptabilisation faite par Ben Abdallah (1994) pour la période 1986-1993 montre que le nombre moyen de suicides réussis à la Martinique était de 31 par année, avec des pointes allant de 16 en 1986 à 50 en 1993. Si les décès par suicide représentaient 2,35% de tous les décès en 1993 avec un taux de 13,6 pour 100 000 habitants (21,3 pour 100 000 chez les femmes, 7 pour 100 000 chez les hommes), ce taux demeurerait inférieur à celui observé dans la France métropolitaine à la même période (20,4 pour 100 000). Ces suicides réussis ne représentent toutefois que 11% de l'ensemble des tentatives de suicides qui s'élevaient à 393 en 1993, et qui, elles, apparaissent comme un cri de détresse principalement chez les jeunes Martiniquaises. L'analyse des 443 suicidants de 1993 (suicides réussis ou non)

(Ben Abdallah, 1994) montre qu'il s'agit à 65% de femmes, et à 56,4% de jeunes de 20-34 ans, données qui respectent les proportions rapportées par Guillard (1985) et par Lecurieux-Lafferronay (1988).

L'alcoolisme est aussi une forme traditionnelle de manifestation de la détresse et 17% des décès chez les 45-64 ans sont liés à l'alcool (ORS-Martinique, 1994b). Si l'alcoolisme est d'abord le fait des hommes, certains ont constaté une augmentation du nombre de consultations professionnelles chez les femmes de 1984 à 1994 (Schol, 1996). Depuis le début des années quatre-vingt, les drogues dures, et récemment le crack, sont aussi devenus des canaux d'expression de cette détresse, en particulier chez les jeunes. Ainsi, le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants est passé de 341 en 1982 à 610 en 1991 à la Martinique (INSEE, 1994). L'Observatoire régional de la santé rapporte que de 17 personnes toxicomanes prises en charge en 1988 on est passé à 124 en 1994 (et à 202 en 1993) pour un taux de 33 toxicomanes pour 100 000 comparable à celui observé en France métropolitaine (35 pour 100 000) (ORS-Martinique, 1996a). Il s'agit en très grande majorité de jeunes hommes (entre 87% et 92% selon Merle et Giboyau, 1997) et à 81% de chômeurs ou d'inactifs. Le crack, un dérivé de la cocaïne, induit des troubles psychotiques mais aussi des complications somatiques importantes (Charles-Nicolas, 1997). Il est à la base d'une spirale de la détresse qui conduit une partie importante des consommateurs à recourir à la prostitution pour en défrayer les coûts d'achat (Dorai, 1997). Dans le rapport de l'Observatoire régional de la santé-Martinique (ORS Martinique, 1996b) le président de la Commission médicale d'établissement du CHS (hôpital psychiatrique) de Colson résume ainsi le portrait épidémiologique : « *les tableaux cliniques ont changé. Hier, le CHS recevait essentiellement des patients alcooliques d'âge mûr du milieu rural à côté des psychoses et dépressions. Aujourd'hui, il reçoit en majorité des sujets jeunes, surtout des hommes, présentant des états psychotiques graves, durables ou transitoires et des dépressions graves avec une forte incidence à la consommation de toxiques, les stupéfiants étant très fortement majoritaires par rapport à l'alcool... Il est apparu de nouvelles formes de souffrance psychique sous forme de tableaux aigus avec troubles du comportement, pseudo-hallucinations ou hallucinations vraies, dépressions, anxiété avec un fort potentiel de passages à l'acte suicidaire, conduites polytoxicomaniaques. Tableaux qui, s'ils ne s'accompagnent pas toujours de grande déstructuration de la personnalité*

sont néanmoins responsables d'une désorganisation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. »

Le discours des professionnels de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Le profil épidémiologique esquissé peut être enrichi par les perceptions rapportées par les professionnels de la santé rencontrés². Plusieurs d'entre eux croient que, depuis les années soixante-dix, la prévalence des cas de schizophrénie est demeurée relativement stable mais que les cas de dépression ont considérablement augmenté en cabinet. Ce phénomène s'expliquerait par diverses raisons : déstigmatisation relative des troubles mentaux et plus grande ouverture à en parler au professionnel, en particulier chez les hommes, plus grande sensibilité des médecins face aux désordres mentaux et accessibilité aux antidépresseurs mais surtout, selon ces professionnels, par l'évolution de la société martiniquaise vers une société de plus en plus « pathogène ». Toutefois, selon ces professionnels, toute analyse épidémiologique sérieuse serait compliquée du fait que :

- les états dépressifs sont souvent atypiques, les symptômes classiques étant noyés avec des délires persécutifs, des hallucinations et des passages à l'acte violents (décompensation psychotique) ; la dépression est pour certains la « mère » de toutes les psychoses à la Martinique et « s'inscrit dans

² Au cours d'une série de séjours effectués entre 1995 et 1998, des entrevues en profondeur ont été réalisées avec douze médecins généralistes, dix psychiatres, six psychologues et trois travailleurs sociaux. Les répondants ont été invités à identifier et à discuter des problèmes de santé mentale qu'ils percevaient comme étant les plus prévalents, des rapports entre ces troubles mentaux et les conditions concrètes d'existence, de l'influence du contexte économique et politique sur l'état de santé mentale de la population, des défis posés aux traitements par le contexte culturel spécifique antillais et des ethnomédecines traditionnelles. Certaines des positions soutenues dans le présent article reposent aussi sur les données tirées de plusieurs dizaines d'entrevues réalisées avec des guérisseurs, curés, pasteurs d'églises protestantes, mais aussi des Martiniquais qui ont eux-mêmes vécus des épisodes de troubles mentaux et des membres de leur entourage.

le cadre d'un tableau pathologique frontière entre les pathologies africaines et européennes » ;

- la dépression demeure largement une « dépression masquée » derrière un écran artificiel d'exubérance ;
- il existe une tendance marquée à la somatisation des états de détresse ;
- on trouve une cohabitation marquée des états d'angoisse, d'anxiété et de dépression.

Le dénominateur commun partagé par une partie importante de cette clientèle serait toutefois une « profonde *souffrance mentale* », une « perte de l'*élan vital* », une « angoisse *existentielle* », une « profonde *anxiété diffuse* » qui dénotent l'importance d'une détresse psychologique sur-représentée chez les jeunes désœuvrés et toxicomanes, sans repères identitaires et sans perspectives professionnelles, mais aussi chez les adultes confrontés à des relations conjugales conflictuelles. Globalement donc, les professionnels de la santé portent un diagnostic relativement sévère sur l'état de santé mentale des Martiniquais.

Les causes structurelles de la détresse psychologique à la Martinique

[Retour à la table des matières](#)

Le portrait épidémiologique esquissé plus haut, s'il ne traduit pas une situation catastrophique, suggère un certain plafonnement dans l'amélioration de la santé mentale de cette population. Armet avance que l'état « *dégradé* » de la santé mentale, l'alcoolisme ou la toxicomanie s'expliquent par le fait que la Martinique constitue une société « *krazé* », soit une société économiquement déséquilibrée, perturbée par un passage radical à la modernité, marquée par « une *pesanteur abrutissante et étouffante* ». En l'absence de contrôle sur les leviers de développement, elle éprouve un sentiment d'écrasement qui dépouille les citoyens d'une véritable hygiène mentale et génère une « morbidité *générale* ». « *La société krazé, en un mot, est l'expression d'une société qui, à la Guadeloupe et à la Martinique, subit le poids de son histoire, de sa culture et de l'idéologie du système, dont les fondements mêmes sont ceux de la domination coloniale permanente* » (Armet,

1990 : 59). *Nous* croyons qu'une ethno-épidémiologie de la détresse psychologique en contexte antillais ne peut faire l'économie d'une économie politique de la santé. La question soulevée ici est la suivante ; dans quelle mesure la société martiniquaise postcoloniale est-elle rendue pathogène par la situation de sujétion politique et économique structurelle et, ce, en dépit du fait que l'on se trouve dans l'une des sociétés jouissant de l'un des plus hauts niveaux de vie au monde et d'une accessibilité très large aux services sociaux et biomédicaux ?

*Les conditions structurelles de la désappropriation
de leviers politiques de décision*

[Retour à la table des matières](#)

La départementalisation de 1946 confirma l'intégration politique de la Martinique dans le giron français et consacrait sa sujétion aux autres départements continentaux puis, plus tard, à l'Union européenne. Au moment où, partout dans le monde, souffle le vent de décolonisation, l'assimilation institutionnelle de la Martinique à la France se traduit « par un puissant mouvement de concentration des leviers décisionnels au profit des instances Parisiennes ... (par) une extériorisation des lieux de pouvoirs réels » (Blérald, 1997 : 199). L'histoire de ce processus continu de départementalisation est en fait celle de la conquête de l'égalité des droits sociaux avec la Métropole. Certains ont vu dans ce « troc » de l'égalité la source d'un « ressentiment » fondamental face aux exactions passées, mais aussi face à la reproduction des rapports contemporains de dépendance (Cottias, 1997). La profondeur de ce ressentiment transparaît au quotidien dans le ton des propos que tiennent les jeunes adultes désœuvrés contre les « blancs » et le « colonialisme français ». Mais il s'afficha aussi nettement sur la place publique (médias de masse, conférences, etc.) en 1998-1999 dans la foulée des multiples débats portant sur les « réparations » qu'ont ranimé les fêtes du 150^e anniversaire de l'abolition de l'esclavage. Le projet de régionalisation voté en 1984 transférait certains pouvoirs des conseils généraux vers des conseils régionaux mais ne fit que consacrer l'intégration administrative à la France et à la CEE. Il confirma son passage à une société de consommation de masse sans contrepartie productive, mise à part une faible production de produits tropicaux et de matières premières que la France ne

peut produire. Le colonialisme n'a pas disparu ; il n'aurait que changé de visage (Léotin, 1997).

On peut ainsi parler à la Martinique d'une « construction *politique de la dépendance économique* » (Daniel, 1997), d'une « *solidarité dans la dépendance* » réclamée par ses élites politiques, tant de gauche que de droite. Comme le suggère Daniel, « *ce n'est donc pas tant l'oppression "culturalo-idéologique" - naguère dénoncée avec vigueur par les intellectuels antillo-guyanais -... qui semble déterminante pour comprendre le fonctionnement de la société politique à la Martinique, mais plutôt la construction d'une allégeance citoyenne sur laquelle se fonde une stratégie de dépendance localement assumée et nationalement entretenue par le centre et servie par une solidarité active d'intérêts* » (Daniel, 1997 : 233). En fait, Daniel propose de saisir les déterminations structurelles de la dépendance politique de la Martinique, non plus dans l'idéologie ou la culture coloniale, mais dans les stratégies qui les médiatisent, dont la principale est la quête de l'égalité de droits (et du niveau de vie) avec les citoyens métropolitains. De même, l'ethno-épidémiologie de la détresse se doit de concentrer son attention sur les modes de médiation entre facteurs culturels et économiques, et plus précisément sur les façons originales dont les facteurs intermédiaires sont construits localement. Mais si la dépendance politique peut partiellement expliquer les crises identitaires et un défaitisme qui sape les velléités d'auto-prise en charge, son impact sur la santé mentale passe d'abord par la détermination de conditions économiques qui alimenteront la détresse psychologique et sociale.

*Les conditions structurelles de la précarité économique
une économie artificielle confinée à la dépendance*

[Retour à la table des matières](#)

Le commerce extérieur, parfaitement déséquilibré, consacre la dépendance économique de l'île face à la France métropolitaine. En 1994, les exportations ne couvraient que 13% des montants des importations (comparativement à 20% au

début des années quatre-vingt)³, biens importés qui proviennent quasi exclusivement de la France métropolitaine (Grunspan et Hardy-Dessources, 1993). Déjà, en 1988, 30% du PIB martiniquais était composé de paiements de transferts en provenance de la métropole (Grunspan et Hardy-Dessources, 1993). La dépendance économique de l'île s'exprime aussi dans le fait que les prestations sociales diverses (maladie, maternité, accident du travail, vieillesse, famille, chômage), qui comptent pour beaucoup dans le niveau de vie des Martiniquais, ne sont couvertes qu'à 56,6% par les cotisations qu'ils paient à l'état (Vennat, 1995). Ainsi, la survie économique de l'île est en grande partie assurée aujourd'hui par le secteur tertiaire alimenté par les salaires versés par la métropole vers les écoles, les services sociaux et de santé, les employés des diverses directions départementales, mais aussi les banques et les grands commerces. Cette tertiarisation de l'économie antillaise, et son européanisation via l'implantation de conditions de travail similaires à celles prévalant en France, ont eu pour effet de hausser le niveau de vie des Martiniquais au premier rang des sociétés de la Caraïbe et parmi les plus élevés du monde⁴. L'écart entre les revenus bruts des ménages martiniquais et français a été réduit considérablement passant d'un rapport de 2,5 en 1970 à 1,7 en 1990, réduction largement expliquée toutefois par le fait que 34,6% de ces revenus disponibles proviennent des prestations sociales (Nosel, 1997). Nosel reconnaît toutefois que ce bilan « positif » ne peut tenir que si « les *handicaps concurrentiels du secteur marchand de l'économie sont compensés par des mesures dérogatoires nationales et européennes, aussi longtemps que nécessaire* » (Nosel, 1997 : 66). Des exemples en sont les politiques de quota d'importation des matières premières sur le marché européen, mais aussi les politiques d'exemptions fiscales⁵. Le suc-

³ En fait, ce rapport est encore plus défavorable si l'on exclu les « exportations » de produits pétroliers vers la Guadeloupe qui comptent pour 66% de la valeur des exportations en 1994 (Vennat, 1995).

⁴ La Martinique offre le plus haut revenu par habitant de la Caraïbe. Le PIB est de 14 631 dollars US en 1995, de 12 000 pour les Bahamas, de 11 534 pour Porto-Rico, de 11 090 pour la Guadeloupe alors qu'il est de 13 847 pour l'Espagne, de 12 104 pour le Portugal et de 9 070 pour la Grèce (Vennat, 1995).

⁵ À titre d'exemples, Nosel (1997) cite une longue série d'exonérations fiscales : exonérations des impôts sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés quant aux bénéfices réalisés par les entreprises métropolitaines et réinvestis dans les DOM, exonérations des TVA, des Octrois de Mer, des douanes pour les importations de matières premières, défiscalisation qui permet aux entreprises de soustraire de ses impôts les sommes investies dans les DOM.

cès repose sur une dépendance accrue et à long terme sur les mesures protectionnistes de la Métropole.

Pour d'autres, toutefois, la Martinique fait face à un « faux développement », fondé sur une économie artificielle dérivée de la conquête de l'égalité sociale (allocations familiales, aides aux chômeurs, etc.) et « *l'intégration dans un espace socio-économique européen, entraînant de nouvelles dépendances au lieu d'un développement économique autonome pour la Martinique* » (Léotin, 1997 : 61). Certains en concluent que « *les départements français d'Outre-mer constituent de véritables fictions, de véritables leurres pour eux-mêmes* » (Périna, 1998 : 157) ou que « *les Martiniquais vivent en marge de leur propre misère, un rêve entre parenthèse qui fait croire que l'on se trouve ici dans un îlot de tranquillité...* » (Glissant, 1981 : 87). Armet propose que dans une société où l'on consomme ce que l'on ne produit plus et achète sans avoir travaillé « *le couple non-production/surconsommation n'est pas en quelque sorte la dernière forme d'un système achevé de domination et de dépersonnalisation* » (Armet, 1990 : 57).

La conquête de la parité des conditions de travail avec l'Europe qui hypothèque la compétitivité de l'île sur les marchés internationaux, l'absence de secteur industriel, la dépendance totale face à la Métropole et à la CEE en ce qui a trait aux subventions permettant l'atteinte de quotas insuffisants de production, l'accessibilité à diverses formes d'aide sociale pour les sans-emploi et la dépendance face aux paiements de transfert représentent quelques-uns des facteurs qui consacrent la situation chronique de sous-emploi, l'absence de perspective d'avenir pour les jeunes, le défaitisme et la morosité. Une partie de la population évolue donc sur un terrain propice à la détresse psychologique, dépouillée des conditions de protection de l'équilibre psychologique que représentent la stabilité de revenu, l'implication professionnelle et l'engagement social. Le défi pour la santé publique est énorme. La lutte contre les toxicomanies, épisodes dépressifs et autres formes d'expression de la détresse ne peut reposer sur la seule bonification artificielle du niveau de vie ; elle devra passer par un développement socio-économique autonome et durable qui pondérera le double sentiment d'isolement et de dépendance vis-à-vis de la métropole. Cette analyse rejoint les intuitions de plusieurs professionnels de la santé selon lesquelles l'amélioration des conditions de vie s'est traduite par une amélioration de la santé physique, mais aussi par une explosion de la « misère morale ». Le défi pour l'anthropologie est clair : « *Ce serait de la bien*

mauvaise anthropologie que celle qui se refuserait (par quelque crainte d'engagement) à quitter l'observatoire commode des réalités micro-locales et des interactions entre les personnes et qui ne prendrait pas en compte avec la même attention les forces qui agissent sur la société globale » (Benoist, 1999 : 23).

Les facteurs intermédiaires en cause dans la détresse

[Retour à la table des matières](#)

Si une ethno-épidémiologie de la détresse passe d'abord par une analyse critique des conditions économiques et politiques structurelles qui déterminent les conditions concrètes d'existence au quotidien, elle repose, dans un deuxième temps, sur une épidémiologie socioculturelle qui prend en considération l'impact de facteurs causals intermédiaires entre les déterminants politico-économiques et culturels. Le chômage, les rapports intrafamiliaux et conjugaux, les conditions de travail et de logement, les rapports sociaux (de couleur, de genre, interethnique, de classe), la déstructuration des liens communautaires ou l'isolement social, constituent les « chaînons manquants » entre déterminants macrosociétaux et le vécu de la détresse. Certains des facteurs intermédiaires considérés ci-dessous sont entretenus par la dépendance économique et la sujétion politique (chômage, politiques de sécurité sociale, retour des migrants) ; d'autres par la culture et les pratiques sociales « créoles » (tensions conjugales et intrafamiliales, rapports sociaux de couleur). Aucun toutefois ne peut être soustrait à une ethno-épidémiologie centrée sur les modes d'articulation des environnements globaux et locaux qui les génèrent et en font des « facteurs de risque ».

Le chômage et le sous-emploi, en particulier chez les jeunes adultes, est l'une de ces conditions médiatrices de la détresse. En mars 1995, selon les données de l'INSEE (Cazenave, 1996), le taux de chômage atteignait 26% aux Antilles comparativement à 12,6% en France métropolitaine et, dans 46% des cas, ce chômage durait depuis plus d'un an (ORS-Martinique, 1996c). De plus, 9% des actifs martiniquais occupés étaient en situation de sous-emploi et travaillaient involontairement moins que la durée normale de travail. Cet émiettement de l'emploi recoupe les réalités du temps partiel, l'instabilité (contrats à durée déterminée, stages ré-

munérés) et l'emploi occasionnel. Alors que l'émigration encouragée au cours des années soixante-dix permettait de juguler partiellement le chômage, les années quatre-vingt ne verront que 2 100 emplois créés en moyenne par année pour 4 000 nouvelles arrivées sur le marché du travail (Grunspan et Hardy-Dessources, 1993). Ces chômeurs doivent se rabattre sur les allocations de l'état, consacrant ainsi le transfert de la dépendance économique de la société martiniquaise aux individus. Le Revenu Minimum d'Insertion touchait, en 1995, 23 000 Martiniquais (9 000 en 1989), dont 50% avaient entre 25 et 34 ans (Cazenave et Von Lennep, 1996). L'horizon de ceux qui trouvent du travail est généralement l'instabilité de l'emploi, le sous-emploi et la sous-rémunération qui les obligent en grande majorité à vivre chez leurs parents, créant ainsi une pression sur la cellule familiale (Rabier et Vennat, 1996).

La détresse générée par le chômage peut prendre divers visages. Lors des entretiens, des jeunes adultes travaillant dans une entreprise du secteur touristique considèrent qu'ils sont acculés à accepter des conditions difficiles de travail. « *La situation économique est si terrible, dit l'un d'eux, que si on a un job, on ne peut tout simplement pas le laisser, même si le patron est exploiteur et nous paie en dessous du salaire normal parce que l'on a aucune chance de trouver un autre emploi.* » Des parents agriculteurs du nord de l'île on vu leurs cinq enfants quitter la Martinique pour la Métropole au cours des 15 dernières années car « *tous étaient trop fiers pour travailler la terre et il n'y avait aucune autre alternative de travail pour eux ici* ». L'éloignement définitif des enfants s'avère une « épreuve » difficile et déprimante pour ces parents. Les parents ayant des enfants jeunes adultes rapportent, pour leur part, être profondément préoccupés par l'absence de perspective de travail, le déshonneur d'avoir des enfants « Rmistes » et les tensions qu'engendrent la présence d'enfants-adultes à la maison dans un contexte de forte pression à la consommation. La coloration culturelle locale de ce facteur intermédiaire est notable. La dépendance face au RMI est réinterprétée par certains jeunes comme une forme de « marronnage moderne » et de protestation contre les « capitalistes qui ont remplacé les planteurs ». Le recours aux multiples allocations de l'État comme source de subsistance est interprété à travers la mythique aptitude à la débrouillardise et aux combines, mais peut conduire, selon une psychologue interviewée, à une « pathologie de l'assistance » dont l'expres-

sion la plus manifeste serait le fait d'avoir des « *iche l'état* » soit des enfants faits pour assurer aux parents les généreuses allocations de l'État.

Un autre facteur qui devrait retenir l'attention d'une épidémiologie socioculturelle est le choc de retour aux Antilles du migrant ayant vécu plusieurs années en Métropole. En 1990, 109 616 Martiniquais nés sur l'île vivaient en Métropole (Vennat, 1995), nombreux sous l'impulsion des politiques d'émigration mises sur pied dans les années soixante-dix. Pour plusieurs, il s'agit d'un retour plus ou moins forcé par le chômage. Le choc du retour au pays natal est alors, souvent, profondément déstabilisateur. Ces derniers réalisent rapidement que, non seulement l'aide des anciens amis et des membres de la famille est loin d'être acquise pour se trouver un emploi, mais qu'ils sont l'objet d'un rejet de la part de ceux qui sont demeurés sur l'île. Dans le cas de ceux qui ont quitté l'île plus jeunes, la méconnaissance du créole devient un marqueur de leur non-antillanité. L'exil a consacré la perte du statut de « véritable » antillais et certains dénoncent la propension à voir le degré d'antillanité comme inversement proportionnel au nombre d'années passées en Métropole. Nombre de marginaux rencontrés présentant des problèmes psychiatriques majeurs étaient de tels migrants du retour. Certains connaissaient des problèmes psychiatriques en Métropole. Toutefois, pour d'autres, c'est l'expérience, sur plusieurs années, d'une marginalisation à la fois sociale et économique dont ils sont victimes qui constitue un « choc du retour » *pathogène* (Besse, 1976).

Les tensions dans les rapports sociaux sont aussi sources de détresse. Les rapports entre Blancs et Martiniquais de couleur, Martiniquais et Métropolitains, Martiniquais et Békés, entre jeunes et forces de l'ordre alimentent une tension constante et un climat social explosif ponctué par des éclats de violence sporadiques. La nature et l'intensité de ces tensions sociales, aisément décelables pour tout observateur attentif, ne peuvent s'expliquer en dehors du cadre historique colonial et du présent postcolonial spécifique aux Antilles françaises. Les rapports sociaux néocolonialistes viennent donner une coloration particulière à la détresse alimentée par les relations de travail. Toutefois, un consensus émerge des propos tant des professionnels de la santé que des autres catégories de répondants interviewés quant au caractère éminemment pathogène des rapports homme-femme. Pour certains, « les *hommes martiniquais gèrent mal l'indépendance des femmes* », plus nombreuses sur le marché du travail et disposant, le cas échéant, d'al-

locations diverses leur assurant l'indépendance économique. « *L'autonomie économique des femmes ici a évolué plus rapidement que les mentalités quant aux rôles sexuels* » juge une travailleuse sociale. Les conflits conjugaux et les séparations sont, dès lors, d'importantes sources de détresse tant pour les adultes que pour les enfants. Plusieurs psychologues ont souligné que l'absence du père s'explique de plus en plus souvent par l'évacuation pure et simple dont il est l'objet par les mères insatisfaites. Ce dénigrement et ce rejet du père seraient sources de détresse chez le père, mais ils sont aussi perturbants pour les enfants privés d'une image paternelle positive. « *C'est la famille qui est le premier lieu de pathogénie et non la société postcoloniale dans sa totalité* » selon un psychiatre interviewé. Les problèmes affectifs à l'intérieur de la relation de couple s'imposent donc comme l'une des causes majeures de la dépression. Les gens assument mal le co-cuage et les séparations ainsi qu'en témoignent les nombreux cas de *gro pouèl* ⁶. Les allocations pour mères seules (« *cette couillonnerie qui incitent les femmes à se débarrasser de leur mari, à l'évacuer de son rôle paternel et à se retrouver seules, coupées tant de la famille que de la belle-famille, à vivre libérées, mais seules et dépressives, une femme sans conjoint étant encore considérée comme anormale* », selon le cri du cœur de cette infirmière) sont identifiées comme causes de détresse. Plusieurs professionnelles de la santé parlaient de ces allocations, en entrevue de groupe, en termes d'« *imposition par mimétisme avec la Métropole, de normes et de pratiques sociales inadaptées au contexte socioculturel antillais* ». Il s'agit d'un exemple de palier intermédiaire qui métabolise l'une des manifestations de la subordination politique (les politiques sociales) pour engendrer la détresse. L'ethno-épidémiologie n'aura d'autre choix que de concilier une anthropologie des rapports de genre et de la famille à une économie politique critique des politiques de santé et de sécurité sociale.

Les relations intrafamiliales constituent aussi un autre lieu de tension et de détresse. Le fait que, à 25 ans, 77% des hommes et 61% des femmes vivaient, en 1995 encore avec un parent (Vennat, 1995), n'est pas sans créer les conditions propices à des telles tensions. De façon plus spécifique, une psychologue mentionne qu'au-delà de la traditionnelle survalorisation du rôle de la mère dans la société antillaise, il faudrait se pencher sur la « *pathogénie du lien mère-*

⁶ Catégorie diagnostique populaire référant à une sorte de dépression développée en réaction à l'abandon (souvent d'un homme) par sa conjointe.

enfant »qui se traduit par un envahissement de la mère dans la vie et les rôles maternels joués par sa fille envers ses enfants et par une couvade inconditionnelle du fils adulte. Il est clair que la famille n'assume pas (plus ?) un rôle d'amortisseur des tensions et anxiétés, de refuge et d'apaisement. Elle constitue l'un des sites importants ; de genèse des tensions et des décompensations. Ainsi, une épidémiologie socioculturelle de la détresse ne peut pas faire l'économie d'une étude en profondeur des dynamiques intrafamiliales et de la rupture du lien social entre générations qui sont, de l'avis d'une forte majorité de professionnels, l'une des sources de la détresse et des désordres psychologiques sévères.

Une ethno-épidémiologie de la détresse à la Martinique ne peut être que critique face aux conditions structurelles qui engendrent des conditions d'existence pathogènes. En dépit des infrastructures médicales de qualité et accessibles, la Martinique se caractérise par une forte prévalence de désordres psychologiques et de sociopathies, et par une misère morale endémique, qui trouvent leur origine dans sa « dépendance pathogène » économique, politique et culturelle par rapport à la Métropole. Le discours des divers professionnels de la santé entérine, à des degrés divers une telle affirmation. Si certains préfèrent parler de société « anxio-gène », la forte incidence des formes de détresse s'explique par les conditions difficiles du marché de l'emploi pour les jeunes, par la brusque mutation qui a fait passer la Martinique de société coloniale à une société de consommation avancée, par la tension entre le communautarisme et l'entraide traditionnelle et la quête du bien-être individuel, par la rigidité qui régit les rapports entre conjoints, et par la déchirure qui marque la quête d'identité (française, américaine, caraïbéenne). Si la Martinique contemporaine est anxio-gène, c'est moins à cause de séquelles intériorisées, psychologisées d'un colonialisme du passé, qu'à cause de conditions difficiles d'existence générées par des conditions sociales, politiques et économiques propres à la société postcoloniale.

***Le rôle de la culture :
dépasser le discours sociopsychiatrique
sur les causes de la détresse***

[Retour à la table des matières](#)

L'analyse des paliers intermédiaires montre clairement l'influence de la culture sur leur degré de pathogénicité. Dans certains cas, les valeurs et pratiques sociales créoles plutôt que d'en temporiser les effets sur le bien-être psychologique, en exacerbent les impacts soit en fragilisant l'individu et en le dépouillant des mécanismes de réactions adéquats pour gérer les événements de vie difficiles, soit en accordant une importance disproportionnée à ces événements. Les changements dans les rapports conjugaux et intrafamiliaux accélérés par la modernisation politique et économique voient leurs effets décuplés par les remises en question des valeurs machistes et de l'autoritarisme qui marque les rapports parent-enfant. La licence sexuelle des conjoints masculins et les pratiques traditionnelles de la *coulé* (drague), moins tolérées, conduisent les conjointes-mères à utiliser les allocations pour mères seules, et ainsi, à détourner les objectifs premiers de cette politique sociale pour en faire une arme dans les luttes conjugales. Pour sa part, le contentieux historique dans les rapports entre blancs et noirs augmente la tension issue de l'entrée massive de métropolitains sur le marché du travail antillais. Une ethno-épidémiologie de la détresse, loin d'évacuer les constructions socioculturelles locales du sens de la maladie ou des causes Perçues de la détresse, doit être concernée par le maillage et les interpénétrations des facteurs culturels avec les conditions pathogènes propres aux autres paliers de l'environnement sociétal. Deux ordres de causes « culturelles » de la détresse seront particulièrement retenus ici pour illustration : celui des traumatismes identitaires qui fragilisent l'Antillais et affecte sa capacité à donner sens et à gérer adéquatement sa détresse, celui des anxiétés et des conflits interpersonnels alimentés par les croyances magico-religieuses.

Selon l'approche socio-psychanalytique, le lieu intermédiaire d'arrimage entre la pathologie mentale et les causes structurelles serait un inconscient collectif dominé qui sous-tend une identité pathogénique. La détresse apparaîtrait comme la résultante des manifestations intériorisées, intrapsychiques, des impacts du colo-

nialisme et de l'esclavage. Ces pathologies résulteraient d'une « assimilation à effet d'assistance » qui « consiste dans le renversement des rôles au cours du jeu morbide de l'affrontement maître-esclave et dans la création symbolique d'un ennemi intérieur à soi » (Afferghan, 1983 : 1-2). Pour Toumson, elles tirent leur origine d'un inconscient collectif, idéologique ou symbolique, marqué par l'esclavage, qui « donne forme et matière à un discours obsessionnel dont la trame narrative, les thèmes, les topiques et la topologie sont rattachés aux épisodes de l'avènement servile, événement fondateur auquel est conféré un statut de scène capitale, de traumatisme primordial » (Toumson, 1996 : 105).

Or, ces analyses avalisent et confortent une image foncière négative, privative, de l'Antillais, de sa société et de sa culture, entités définies essentiellement à travers leurs manques. Ayant parfaitement accepté cette image négative de lui-même, l'Antillais cultiverait une auto-dévalorisation qui alimente une détresse psychologique chronique. Cette approche culmine dans les écrits d'Afferghan pour qui l'Antillais colonisé est défini comme « moitié blanc, moitié libre, moitié femme, bref inachevé dans sa course » (Afferghan, 1983 : 31). L'Antillais occuperait un espace social, politique et culturel façonné par d'autres ; il vivrait donc une forme d'« exil intérieur », qui induit une « auto-domination » qui laisse le champ libre « aux jeux infinis des pouvoirs de dispersion, de dépression et de désertion de soi » (Afferghan, 1983 : 4). Chez Glissant, la détresse est vue comme conséquence de l'entreprise colonisatrice qui « a dépersonnalisé complètement une communauté » en créant « un déséquilibre général du peuple » (Glissant, 1981 : 108-109). La dépression, la violence et les délires verbaux lui apparaissent comme des formes de « détours », de « retirements », soit des manières de détourner vers soi les conflits sociaux. La société antillaise, elle, est vue comme désorganisée, déculturée, fondamentalement pathogène. Elle se caractérise par « la négation de l'histoire, la non-histoire », l'absence de mémoire collective et son corollaire, l'absence de projection dans l'avenir et de projets collectifs, mais aussi par une non-fonctionnalité des classes sociales, une « dé-responsabilité » collective et un « mode d'improduction » économique (Glissant, 1981 : 1). Globalement, « tout cela résulte d'une négativité fondamentale, qui est l'ignorance ou le déni opposés par le Martiniquais à la réalité nègre de sa culture » (Glissant, 1981 : 290). Pour Périna, l'absence, passée et contemporaine, de contrôle de la Martinique sur le travail et la production économique serait responsable d'une asocialité des liens so-

ciaux, d'une perception du passé comme non-histoire et du « *non-affrontement* » de la relation avec autrui qui prend la forme d'une fuite sous le mode du « *masque* » (Périna, 1998). Bref, les rapports sociaux et l'identité sont alors conçus comme des excroissances pathologiques. Or, si l'on ne peut nier l'influence de l'esclavagisme et du colonialisme dans la genèse de la détresse, nous croyons qu'il faut cesser de les agiter comme des causes emblématiques invoquées en dehors de toute articulation aux conditions concrètes de l'existence contemporaine. Cette lecture victimisante a tout de même un mérite important, celui de montrer que la culture n'est pas un acteur passif dans les rapports de l'homme à la souffrance ; son impact va bien au-delà d'une simple couleur locale donnée aux idiomes d'expression de la détresse. Les identités personnelles et collectives antillaises portent des marques profondes du passé colonial qui deviennent autant de cicatrices qui fragilisent l'Antillais confronté à des expériences de vie difficiles. Bref, ces traumatismes identitaires peuvent être vus soit comme des formes d'expression de la détresse, soit comme des conditions culturelles fragilisantes qui prédisposent l'Antillais à la détresse. Mais, afin de déployer son plein potentiel explicatif, l'ethno-épidémiologie critique de la détresse devra donc s'affranchir d'une lecture socio-psychanalytique qui réifie ces stigmates identitaires et en analyse l'impact dans une perspective mécaniste, et ce pour deux raisons.

Premièrement, le colonialisme n'engendre pas aujourd'hui qu'une « exclusion symbolique » des lieux de pouvoirs. La réalité est que la Martinique se trouve toujours dans un état de dépendance économique et politique très réel face à la Métropole. Une ethno-épidémiologie critique devra axer ses recherches, non plus sur les impacts intériorisés, décontextualisés, du colonialisme, mais sur les empreintes qu'il a laissées, entre autres, sur les rapports sociaux et le chômage qui agiront comme facteurs intermédiaires. Nous ne pouvons évidemment pas suivre Afferghan lorsqu'il suggère que « *ces attitudes de flottement (symptômes collectifs) ne s'enracinent pas automatiquement dans les sphères économiques ou sociales, mais bien plutôt dans des questions beaucoup plus symboliques comme l'honneur et la fierté... (et que) c'est la maladie métaphorique qui est structurante et non l'inverse* » (Afferghan, 1983 : 193). En fait, une ethno-épidémiologie critique prend exactement la position inverse : ce sont les conditions structurelles et leurs conséquences aux niveaux intermédiaires, dans les conditions concrètes d'existen-

ce, qui génèrent la détresse, même si la socioculture néocoloniale vient profondément colorer les modes d'expression privilégiés.

Deuxièmement, une telle approche nie l'existence d'une société et d'une culture créole vivante dynamique, capable d'élaborer des stratégies de résistance et d'ajustement aux conditions sociales, économiques et politiques qui n'ont cessé d'évoluer. Il faut s'insurger avec Lucrèce, contre le discours sur l'aliénation qui confine l'identité martiniquaise à la dissolution, à la honte, à l'humiliation, au ressentiment et consacre l'antillais comme *homo alienus* définitif (Lucrèce, 1994) et s'inspirer de travaux tels ceux de Chivallon (1998) qui montre, par exemple, que la paysannerie martiniquaise a servi de lieu de construction d'une identité et d'un tissu social structuré, la société martiniquaise de la fin du XIXe au début du XXe siècle n'étant pas le berceau d'une société dysfonctionnelle et d'une aliénation collective mais plutôt le lieu de la reconquête d'une identité collective structurée. L'un des mandats d'une ethno-épidémiologie de la détresse sera de réaliser une telle relecture socio-historique et ethnologique, plutôt que psychanalytique, des facteurs intermédiaires identifiés plus haut.

La seconde manifestation de l'influence de la culture est l'anxiété profonde et les conflits générés par les croyances magico-religieuses. Au-delà de l'analyse des idiomes locaux d'explication de la détresse comme produits originaux de la culture antillaise, une ethno-épidémiologie de la détresse reconnaîtra ces idiomes comme des causes en soi, comme des agents culturels potentiellement pathogènes. Nous soutenons ici que le quimbois, idiome central d'explication et d'interprétation du sens de la détresse, est aussi cause de détresse, d'anxiété et de dépression. Dans le vécu quotidien, les causes surnaturelles dominant, sans conteste, le tableau des causes de la maladie. La maladie est généralement une maladie « envoyée » par un ennemi, *via* la médiation d'esprits démoniaques, et qui fera de la cible un *moun maré* (amarré au sortilège, au maléfice). La dépression, l'apathie, la tristesse, la démoralisation, la toxicomanie ⁷, les conflits conjugaux ⁸ sont autant

⁷ Nos résultats confirment l'observation de Migerel (1997) voulant que les comportements asociaux des toxicomanes soient expliqués par le fait qu'ils ont été transformés en esprits errants suite au voyage à l'extérieur du corps que permet la drogue, à l'image des esprits des morts qui n'ont pas trouvé le repos.

⁸ Les conflits conjugaux sont expliqués par l'interférence d'une force extérieure au couple ; l'un des conjoints peut alors invoquer un *pon* (*i ba main an pon*) (il m'a jeté un pont, un quimbois) qui aura été déposé au pas de la porte et qui

de marques d'un « travail » fait sur soi par un quimboiseur. Les troubles psychologiques, la toxicomanie ou la maladie physique sont aussi expliqués par la présence d'esprits qui harcèlent la victime, altèrent ses comportements ou hantent sa maison. Une variante « moderne » des esprits comme causes de la détresse est celle des démons et de Satan omniprésents dans le discours des Églises fondamentalistes protestantes (Adventistes, Pentecôtistes, Évangéliques, etc.) et des catholiques charismatiques, institutions qui opèrent une véritable démonisation des malheurs et de la maladie (Poulin, 1999).

Le quimbois peut causer la maladie de deux façons : d'abord directement, si l'individu est « contaminé par les esprits », suite au travail exercé par un quimboiseur ou autres intermédiaires des forces occultes tels certains marabouts d'origine africaine (habité par un esprit, par le diable, ou soumis à l'emprise d'un maléfice, l'individu peut, soit perdre le contrôle sur ses actions et adopter des comportements asociaux qui alimenteront les conflits avec l'entourage, soit sombrer directement dans la folie) ; ensuite, indirectement, par la crainte insidieuse et l'anxiété chronique qu'il alimente face aux dangers d'être victime d'attaques, d'un « travail » sur soi fait par des « mains sales ». Un psychiatre suggère que *« le diagnostic d'anxiété découle généralement d'une crainte, d'une méfiance chronique face à d'éventuelles attaques qui résulteront en infortunes diverses. On n'est pas loin des craintes phobiques, d'une peur chronique irraisonnée »*. Des prêtres, mais aussi divers guérisseurs interviewés (Pouliot, 1999), confirment l'état d'anxiété et de panique d'abord, puis de dépression, dans lequel se trouvent plongés les individus suspectant avoir été l'objet d'un « travail ». De même, les individus suspectés d'avoir été instigateurs d'un « travail » subiront une forte pression sociale, toute aussi anxiogène. Les diverses formes de détresse s'inscriront alors à l'intérieur d'un « syndrome d'influence ». Bref, le quimbois, tout comme la crainte des médiances, des jalousies, des esprits et des attaques maléfiques commandées doivent être considérés, sinon comme des facteurs pathogènes, tout au moins comme des facteurs de fragilisation qui rendent les individus vulnérables aux manifestations sévères de détresse mentale. L'ethno-épidémiologie ne peut considérer, de façon mécaniste, les idiomes locaux d'explication de la détresse comme de simples produits de l'histoire socio-économique et politique. Elle devra toutefois tenter de

une fois enjambé confirmera l'emprise du mauvais sort sur l'individu. Le *pon* peut aussi être responsable d'une maladie résistante aux traitements médicaux.

comprendre de quelles façons le contexte post-colonial caractérisé par la reproduction des rapports de dépendance économique et politique face à la Métropole permet d'expliquer, au-delà de la simple transmission transgénérationnelle de la culture, la reproduction des idiomes traditionnels d'explication de la maladie liés aux esprits, aux quimbois et à l'accusation de l'autre dans le contexte de la Martinique contemporaine ?

Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Dans une perspective plus programmatique que démonstrative, cet article visait à lier, dans le cadre d'une société post-coloniale, ce que nous avons défini ailleurs comme les conditions d'une anthropologie sémiotique critique de la détresse (Massé, 1999). Notre analyse nous amène à conclure qu'il existe une commensurabilité non seulement possible mais nécessaire entre approches macro- et microsociale de la détresse. L'analyse des conditions concrètes d'existence (exemple : chômage, isolement social du migrant de retour), des rapports sociaux anxio-gènes (exemple : de classe, de genre, intrafamiliaux) et des fragilités identitaires est indissociable de l'analyse des causes structurelles tant économiques que politiques qui les ont historiquement alimentés. L'épidémiologie doit donc savoir composer avec une économie politique de la santé. De même, bien que cet arrimage macro-microsocial existe dans toutes les sociétés, les modalités d'arrimage prennent une coloration spécifique dans le contexte culturel antillais. Les remarques de Ottino à propos du contexte post-colonial réunionnais sont ici pertinentes : « *La mémoire ancienne, par exemple celle de la violence des mises à l'écart et des éliminations des populations ne trouvant pas ou plus leur place dans la société de plantation, si elle est oubliée dans les consciences, n'en a pas moins profondément marqué les structures sociales, les représentations et les habitus* » (Ottino, 1999 : 91). La mémoire à long terme des populations colonisées est une mémoire vécue et agissante qui réfère à un passé intériorisé. La notion psychanalytique de passé intériorisé dans l'inconscient collectif doit laisser place à celle de passé incorporé dans les structures politiques, économiques et sociales. Toute épidémiologie critique doit donc aussi être ethnologique, soit centrée sur le travail fait par

la culture dans l'incorporation des facteurs de risque dans l'organisation sociale et les structures sociales microlocales.

Deux préalables toutefois, à toute ethno-épidémiologie critique sont :

- de ne pas s'en tenir à l'incantatoire dénonciation du cadre structurel politique et économique néocolonial qui consacre les rapports de dépendance et de domination ;
- d'éviter de suggérer un rapport causal mécanique entre dépendance et détresse. Il faut éviter d'agiter le colonialisme, l'esclavagisme et leurs avatars psychiques et identitaires pathogènes, comme des causes emblématiques coupées de la réalité sociale et culturelle.

Pour l'ethno-épidémiologie critique, le chômage, l'isolement social ou la pauvreté ne peuvent être réduits à des variables empiriques décontextualisées, politiquement neutres, à intégrer dans des modèles d'analyse multivariés. Ils sont des espaces de vécu, des réalités morales qui traduisent des rapports sociaux inégalitaires. Cette relecture phénoménologique des facteurs de risque intermédiaires ira de pair avec une analyse de l'interprétation locale des causes de la souffrance. Obligatoirement critique et interprétativiste, l'ethno-épidémiologie critique trouve son sens dans l'articulation entre les multiples épaisseurs de la réalité vécue de la détresse.

L'analyse socio-psychanalytique de la détresse est attirante par son potentiel évocateur, racoleur, voire dans sa capacité à ramener les dimensions politiques, économiques et sociales à une seule et même cause emblématique : l'identité pathogène. On retrouve les mêmes qualités « esthétiques » dans l'interprétation que fait l'économie politique d'une détresse ainsi réduite au rang d'effet secondaire de la domination politique et de l'exploitation économique. Les réserves formulées par le postmodernisme quant aux abus des grands récits explicatifs doivent nous prémunir contre les dérives de la surdétermination (psychanalytique, politique ou économique) du sens de la maladie.

Tout autant, le défi de l'ethno-épidémiologie sera-t-il d'éviter l'écueil d'une dérive sémiotique qui réduit la détresse aux significations qu'elle prend localement

et au processus qui sous-tend la construction du sens. Couper la détresse de ses ancrages dans la réalité sociale, économique et politique risque de trivialisier l'expérience vécue, de la désincarner et de « *dé légitimer la souffrance du patient en tant que commentaire moral et acte politique* » (Kleinman, 1995 : 96). L'enjeu d'une ethno-épidémiologie critique de la détresse demeure d'en expliquer les causes structurelles sans faire violence à la profondeur et à la multiplicité du sens de l'expérience vécue, de ses ancrages dans l'intersubjectivité.

Une telle anthropologie médicale sourde aux chants des sirènes des déterminismes uniques, soucieuse des modalités d'interpénétration des divers paliers de détermination des problèmes de santé, court-elle le risque de perdre une légitimité traditionnellement fondée sur l'analyse de la construction socioculturelle du sens de la maladie ? Aucunement. Au contraire, il s'agit probablement de la seule planche de salut contre les risques de « médicalisation de l'anthropologie de la santé » qui s'expriment par une tendance lourde au sein de l'anthropologie anglo-saxonne à travailler à partir des catégories diagnostiques psychiatriques, à adopter une épistémologie empiriste-positiviste et à se positionner à la remorque des agendas de la médecine et de l'épidémiologie. Certains y voient un risque d'acculturation d'anthropologues médicaux qui, en adoptant le langage et les finalités de la médecine, risquent de devenir des « natifs médicaux » (Browner, 1999). Or, l'originalité, voire l'essence de la contribution de l'anthropologie à l'épidémiologie, est justement l'analyse de l'influence des multiples niveaux de la réalité de la souffrance. Telle que définie ici, une ethno-épidémiologie critique de la détresse, s'inscrit au cœur d'une telle finalité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[Retour à la table des matières](#)

Afferghan F., 1983, *Anthropologie à la Martinique*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

An-net A., 1990, *Société et santé à la Martinique. Le système et le masque*, Paris, Présence Africaine.

Baer H., Singer M., Johnsen J., 1986, Toward a critical medical anthropology, Special Issue, *Social Science and Medicine*, 23, 2.

Baer H., 1996, Critical biocultural approaches in medical anthropology : a dialogue, *Medical Anthropology Quarterly*, 10, 4.

Baer H.A., Singer, M., Susser I., 1997, *Medical anthropology and the world system. A critical perspective*, Wesport, London, Bergin and Garvey.

Ben Abdallah F., 1994, *Les tentatives de suicide à la Martinique. Étude épidémiologique des observations recueillies en 1993*, Thèse pour le troisième cycle de médecine générale, Fort de France, Faculté de médecine de Nancy.

Benoist J., 1999, Anthropologie à la Réunion. Quelques acquis et nouvelles questions, In : Cherubini B., ed., *La recherche anthropologique à la Réunion*, Paris/Saint-Denis, La Réunion, L'Harmattan/Université de la Réunion, 19-33.

Besse A., 1976, *Le retour du migrant*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine Paris-Sud, Université Paris Sud.

Bibeau G., 1988, A step toward thick thinking : from webs of significance to connections across dimensions, *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 4, 402-416.

Bibeau G., 1997, Cultural psychiatry in a Creolizing world : questions for a new research agenda, *Transcultural Psychiatry*, 34, 9-41.

Blérald A.P., 1997, La citoyenneté française aux Antilles et ses paradoxes, In : Constant F., Daniel J., eds, 1946-1996. *Cinquante ans de départementalisation Outre-Mer*, Paris, L'Harmattan, 193-204.

Browner C.H., 1999, On the medicalization of medical anthropology, *Medical Anthropology Quarterly*, 13, 2, 135-140.

Cazenave J., 1996, *La masse manquante de l'emploi*, *Antiane-Éco*, 32, 3-6.

Cazenave J., Von Lennep F., 1996, RMI : le point sur le i, *Antiane-Éco*, 32, 6-9.

Charles-Nicolas A., 1997, Le crack dans la Caraïbe. Histoire naturelle et histoire culturelle de la « roche », In : Charles-Nicolas A., ed., *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, Paris, L'Harmattan, 13-32.

Chivallon C., 1998, *Espace et identité à la Martinique. Paysannerie des mor-nes et reconquête collective*, Paris, Éditions du CNRS.

Corin E., 1993, Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie, *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2, 5-20.

Cottias M., 1997, L'oubli du passé contre la citoyenneté : troc et ressentiment à la Martinique (1848-1946), In : Constant F., Daniel J., eds, 1946-1996. *Cinquante ans de départementalisation Outre-Mer*, Paris, L'Harmattan, 293-314.

Daniel J., 1997, L'espace politique martiniquais à l'épreuve de la départementalisation, In : Constant F., Daniel J., eds, 1946-1996. *Cinquante ans de départementalisation Outre-Mer*, Paris, L'Harmattan, 223-260.

Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A., 1995, *World mental health. problems and priorities in low-income countries*, New York, Oxford, Oxford University Press.

Domi S., 1997, La relation crack-prostitution en Martinique, In : CharlesNicolas A., ed., *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, Paris, L'Harmattan, 151-163.

Farmer P., 1988, Bad blood, spoiled milk : bodily fluids as moral barometers in rural Haiti, *American Ethnologist*, 15,1, 62-83.

Farmer P., (1992) 1996, *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Khartala.

Fields A.B., 1988, In defense of political economy and systemic analysis : a critique of prevailing theoretical approaches to the new social movements, In : Neslon C., Grossberg L., eds, *Marxism and the interpretation of culture*, Urbana, Chicago, University of Illinois Press, 141-158.

Frank A.G., 1967, *Capitalism and underdevelopment in latin America*, New York, Monthly Review Press.

Frankenberg R., 1980, Medical anthropology and development : a theoretical perspective, *Social Science and Medicine*, 14B, 197-207.

Glissant E., 1981, *Le discours antillais*, Paris, Le Seuil.

Grunspan T., Hardy-Dessources R., 1993, Martinique : mouvement inachevé, *Antiane-Éco*, 23, 6-8.

Guillard P., 1985, *La tentative de suicide en Martinique*, Thèse pour le diplôme d'État en médecine, Université de Bordeaux II.

INSEE, 1994, *Les crimes et délits aux Antilles-Guyane de 1982 à 1991*, Collection Résultats Statistiques.

Kleinman A., 1986, *Social origins of distress and disease : neurasthenia, depression, and pain in modern China*, New Haven, Conn., Yale University Press.

Kleinman A., 1992, Pain and resistance : the delegitimation and relegitimation of local worlds, In : Delvecchio-Good M.J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A., eds, *Pain as human experience*, Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 169-197.

Kleinman A., 1995, *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine, Introduction : medical anthropology as intellectual career*, Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1-20.

Kleinman A., Das V., Lock M., 1997, *Social suffering. Introduction*, Berkeley, London, University of California Press, ix-xxv.

Lecurieux-Lafferronnay L.L., 1988, *Fonctionnement du centre de crise du service des urgences du CHR de Fort-de-France : étude sur 275 troubles de l'adaptation répertoriés par les consultants de l'année 1987*, Thèse de médecine, Université Paul Sabatier-Toulouse 3.

Léotin M.H., 1997, *Martinique. 50 ans de départementalisation, 1946-1996*, Terres Sainville, Fort de France, Martinique, APAL production.

Lock M., Scheper-Hughes N., 1996, A critical-interpretative approach in medical anthropology : rituals and routines in discipline and dissent, In : Johnson T.M., Sargent C.F., eds, *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, version révisée, New York, Praeger, 41-70

Lucrèce A., 1994, *Société et modernité. Essai d'interprétation de la société martiniquaise*, Case-Pilote, Martinique, Les Éditions de l'Autre mer/essais.

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

Merle S., Giboyau J., 1997, Épidémiologie de la toxicomanie en Martinique, In : Charles-Nicolas A., ed., *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, Paris, L'Harmattan, 191-200.

Migerel H., 1997, Aux frontières du rituel magico-religieux : la toxicomanie, In : Charles-Nicolas A., ed., *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, Paris, L'Harmattan, 131-134.

Morgan L.M., 1987, Dependency theory in the political economy of health. An anthropological critique, *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 2, 131-155.

Morsy S.A., 1979, The missing link in medical anthropology : the political economy of health, *Reviews in Anthropology*, 6, 349-63.

Morsy S.A., 1996, Political economy in medical anthropology, In : Johnson T.M., Sargent C.F., eds, *Medical anthropology : contemporary theory and method*, version révisée, New York, Praeger, 21-40

Nosel J., 1997, Appréciation de l'impact économique de la départementalisation à la Martinique, In : Constant F., Daniel J., eds, *1946-1996, Cinquante ans de départementalisation Outre-Mer*, Paris, L'Harmattan, 25-72.

Observatoire Régional de la Santé-Martinique, 1994a, *La santé observée en Martinique*, Fiche 7.1 « Vue d'ensemble des pathologies ».

Observatoire Régional de la Santé-Martinique, 1994b, *La santé observée en Martinique*, Fiche 8.1 « L'alcool et ses conséquences sur la santé ».

Observatoire Régional de la Santé-Martinique, 1996a, *La santé observée en Martinique*, Fiche 8.3 « La toxicomanie ».

Observatoire Régional de la Santé-Martinique, 1996b, *La santé observée en Martinique*, Fiche 2.5 « La psychiatrie dans les établissements de santé ».

Observatoire Régional de la Santé-Martinique, 1996c, *La santé observée en Martinique*, Fiche 1.4 « L'activité et l'emploi ».

Ottino P., 1999, Quelques réflexions sur les milieux créoles réunionnais, In Cherubini B., ed., *La recherche anthropologique à la Réunion*, Paris, Saint-Denis, La Réunion, L'Harmattan, Université de la Réunion, 65-95.

Périna M., 1998, *Citoyenneté et sujétion aux Antilles francophones. Post-esclavage et aspiration démocratique*, Paris, L'Harmattan.

Poulin V., 1999, *Détresse et religion à la Martinique : l'église protestante comme nouveau lieu d'identité sociale*, Mémoire de Maîtrise, Département d'anthropologie, Université Laval, Québec, Canada.

Pouliot S., 1999, *Détresse psychologique et alternatives thérapeutiques traditionnelles à la Martinique*, Mémoire de Maîtrise, Département d'anthropologie, Université Laval, Québec, Canada.

Rabier R., Vennat F., 1996, L'avenir incertain des jeunes, *Antiane-Éco*, 32, 15-19.

Rodney W., 1974, *How Europe underdeveloped Africa*, Washington DC, Howard University Press.

Scheper-Hughes N., Lock M., 1987, The mindful body : a prolegomenon to future work in medical anthropology, *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41.

Schol R., 1996, Alcoolisme au féminin, In : Armet A., ed., *Manières de boire et mutations urbaines dans la Caraïbe*, Paris, L'Harmattan, 87-101.

Singer M., Baer H., 1995, *Critical medical anthropology*, Amityville, Baywood Pub. Co.

Toumson R., 1996, Blancs et nègres créoles, généalogie d'un imaginaire colonial : les îles d'Amérique, In : Yacou A., ed., *Créoles de la Caraïbe*, Paris, Karthala, 103-121.

Ursulet G., 1996, *Coupe transversale Colson*, Document manuscrit.

Vennat P., 1995, *Tableaux économiques régionaux de la Martinique*, INSEE.

Wallerstein I., 1974, *The modern world system : capitalist agriculture and the origin of the european world economy in the sixteenth century*, New York, Academic Press.

ABSTRACT

Towards a critical ethnoepidemiology of social suffering in postcolonial Martinique

[Retour à la table des matières](#)

Based on a conjugation of a political economy of health services approach and a critical phenomenology of suffering, American critical medical anthropology suggests to set the contributions of anthropology to epidemiology in the arena of the study of structural, political and economic, causes of illness. In order to keep its credibility, anthropology must take up the challenge of a creative linkage between an interpretativist analysis of illness local meanings and a critical analysis of the asymmetric social and economic relationships that partly explain variations in its prevalence and incidence. Based on data from a research project on the causes of psychological distress and social suffering in Martinique, this paper suggests that a critical ethnoepidemiology of distress should be able to face such a challenge. It means that it will have to study the articulation between three levels of determinants : a) the postcolonial macrosocietal structures that reinforces the political and economical dependency of Martinique ; b) at an intermediate level, the daily living conditions (*i.e.* underemployment, intrafamilial conflicts) and c) at the cultural level, the collective identity stigmata caused by colonialism and the anxieties generated by witchcraft practices and « quimbois ». This redefinition of the anthropological endeavour at the crossroads of microsocial and macrosocietal level of analysis is proposed as a means to counter the risk of medicalisation of medical anthropology.

RESUMEN

Para una etno-epidemiología crítica del desamparo psicológico en la Martinica

[Retour à la table des matières](#)

Apoyándose sobre la conjunción de una economía política de la salud y una fenomenología crítica del sufrimiento, la antropología médica anglosajona propone resituar las contribuciones de la antropología a la epidemiología a nivel del estudio de las causas estructurales, políticas y económicas de la enfermedad. El mayor desafío que enfrenta la antropología, si desea seguir siendo útil y digna de crédito, es en ese caso el de amarrar constructivamente un enfoque interpretativista del sentido local de la enfermedad a un análisis de las causas estructurales del sufrimiento de la sociedad. Los resultados de una investigación que trata de las causas del desamparo psicológico en la Martinica nos permiten proponer que una etno-epidemiología crítica de ese desamparo puede aceptar tal desafío. Para hacerlo, es necesario analizar los puntos de articulación entre tres niveles de determinantes : en primer lugar, el de las estructuras macrosociales post-coloniales que consagran la sujeción política y la dependencia económica de la sociedad martiniquense ; a un nivel intermedio, social y local, el de las condiciones concretas de existencia y de las modalidades de la organización social (desempleo, dificultad de integración del migrante que retorna, tensiones conyugales e intra-familiares) inducidas por las macro-estructuras ; a nivel cultural enfin, tanto el de los estigmas dejados por el colonialismo en las estructuras profundas de las identidades colectivas como el de las ansiedades nutridas por las creencias mágico-religiosas asociadas al « quimbois ».

Redefinir la antropología como un intento de análisis de las modalidades de articulación de lo microsocial a lo macro-social, de lo político a lo social y a lo cultural, nos parece ser el único camino que permitirá oponerse a los temidos riesgos de una « medicalización » de la antropología de la salud.

Fin du texte