

Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui

Raymond Massé

Plusieurs auteurs ont récemment soutenu l'idée que toutes les sociétés contemporaines font partie d'un monde créole, du fait de leur exposition à de multiples regards provenant tant de leur périphérie que de forces plurielles en leur centre¹. Toutes les sociétés donc, dans le cadre de la globalisation et de la mondialisation de la culture, dans le cadre aussi de la postmodernité qui abolit les barrières culturelles et remet en question la domination des discours culturels les uns sur les autres, seraient soumises à un processus accéléré de créolisation. Bref, si la créolité est toujours associée aux sociétés post-coloniales issues du métissage physique et culturel entre esclaves et colons européens, la créolisation en tant que processus d'hybridation culturelle caractériserait les contacts de culture dans l'ensemble des sociétés modernes.

Cette créolisation des savoirs et des pratiques est particulièrement évidente dans le domaine de la santé. Dans un récent numéro de la revue *Transcultural Psychiatry* consacré aux enjeux de la globalisation et de la créolisation, divers auteurs ont rappelé que les malades, aujourd'hui, construisent leur expérience de la maladie en référence non plus à des cultures monolithiques, renfermées sur elles-mêmes, mais dans le cadre de cultures créolisées. Bibeau souligne en particulier que « partout les gens sont confrontés à des ambiguïtés plus grandes, des modèles référentiels hybrides et des zones d'imprédictabilité croissante à la marge de leurs mondes culturels ; des nouvelles cultures sont inventées, des versions créolisées des systèmes culturels émergent sur tous les continents². »

Ainsi l'anthropologie doit assumer moins automatiquement l'existence d'une cohérence interne dans les systèmes de représentations. Elle doit questionner

1. U. HANNERTZ, *Cultural complexity. Studies in the social organization of meaning*, New York, Columbia University Press, 1993.

2. G. BIBEAU, « Cultural psychiatry in a creolizing world : questions for a new research agenda », *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, n° 1, p. 10 (traduction de l'auteur).

le postulat voulant que « les individus construisent leur expérience du monde sur la base des idiomes offerts par leur propre culture³ ». En fait, les malades des sociétés modernes voient leur système de référence traditionnel remis en question par l'accès à une pluralité d'alternatives thérapeutiques, et ce à l'intérieur d'une même culture. Aux côtés des ethnomédecines traditionnelles émergent diverses médecines « alternatives », mais se développe aussi un accès facilité et officiellement encouragé à la biomédecine. Il est clair que « la notion de cultures créoles, hybrides et pluralistes, entraîne la nécessité de dépasser les conceptions courantes de la culture en tant que système relativement cohérent de significations, partagées par un groupe autonome de personnes défini comme une entité territoriale délimitée et partageant une continuité historique⁴ ». L'individu évolue dans un environnement culturel diversifié où les repères traditionnels n'ont plus de valeur absolue. Les itinéraires thérapeutiques empruntés par le malade sont donc marqués au sceau d'une certaine indétermination, d'une imprévisibilité dont nous ignorons encore tout le sens.

Qu'en est-il de cette indétermination dans les itinéraires de soins dans la Martinique contemporaine ? Qu'en est-il de ce processus de créolisation caractéristique de l'ensemble des sociétés modernes dans des sociétés définies d'emblée comme créoles ? Dans le présent texte, nous nous intéresserons à ces questions en portant notre attention sur les interactions existant entre les divers secteurs de soins, mis en lien bien malgré eux, à travers les cheminements thérapeutiques d'individus souffrant de diverses formes de détresse psychologique. Nous réfléchirons alors sur le processus de métissage culturel auquel les malades acculent ces divers secteurs de soins, c'est-à-dire ceux de la biomédecine officielle, des guérisseurs et des Églises.

Les processus de recherche d'aide mis en œuvre par les Martiniquais ne diffèrent pas significativement dans les cas de problèmes de santé physique ou de santé mentale. Toutefois, notre attention se portera ici particulièrement sur les itinéraires de soins suivis dans le cadre de la prise en charge de problèmes reliés à la détresse psychologique, que nous utilisons comme concept parapluie pour désigner l'ensemble des formes de souffrance mentale, allant de la dépression, de l'anxiété, de l'angoisse ou du stress jusqu'aux psychoses pouvant faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique. En dépit de l'absence de données épidémiologiques provenant d'enquêtes populationnelles, les études existantes sur le profil des patients en file active, mais surtout l'expérience clinique des divers professionnels de la santé rencontrés, confirment l'importance grandissante de la dépression et autres formes de désordres de l'humeur ou de l'anxiété dans la Martinique contemporaine. Ces diverses manifestations d'un mal-être ou d'un mal de vivre, caractéristiques de plusieurs sociétés modernes, marquent un tournant par rapport aux profils traditionnels plus exclusivement caractérisés par les diverses psychoses.

3. *Ibid.*, p. 18.

4. *Ibid.*, p. 22.

Trois grands secteurs de soins

Face à cette détresse, les Martiniquais peuvent se tourner vers trois grands secteurs de soins pour obtenir de l'aide, tant sur le plan de la prévention que du traitement de la souffrance mentale. Le premier est le secteur biomédical dans lequel nous incluons, en plus des médecins et psychiatres, les psychologues et les infirmiers. Comme dans le cas des autres départements français d'outre-mer, les Martiniquais bénéficient d'un accès quasiment universel aux services de santé offerts par la médecine officielle, et l'accessibilité à ces soins spécialisés n'est que peu freinée par des barrières économiques.

Les Martiniquais s'adressent aux professionnels de santé d'abord pour obtenir une médication de confort qui les soulagera de manifestations physiques ou psychosomatiques liées à leur détresse. Dans un contexte culturel où la maladie est d'abord considérée, aux côtés des autres formes d'infortune, comme causée par des forces surnaturelles et par le « travail » fait sur le malade par un *quimboiseur* mandaté par « une personne qui lui veut du mal », la consultation médicale n'a pas pour but d'identifier les causes du mal, mais de soulager les manifestations physiques causées par le maléfice. Bien que faisant de plus en plus invariablement partie de l'itinéraire de soins, le médecin généraliste ne représente que l'un des maillons de la chaîne complexe de consultations. Le psychiatre pour sa part, comme dans plusieurs autres sociétés, est perçu comme une solution ultime, qui consacre le statut de « fou » du malade. À la Martinique, le psychiatre est invariablement associé à Colson, l'hôpital psychiatrique de type asilaire par excellence, qui symbolise la folie, l'enfermement, la chronicité, l'aboutissement ultime de l'itinéraire thérapeutique. La consultation psychiatrique, même auprès des psychiatres et des psychanalystes en pratique libre, est donc lourdement chargée de significations négatives, stigmatisantes. Enfin, sans véhiculer des images aussi négatives, les psychologues, bien que consultés de plus en plus librement dans les dernières années, sont aussi associés au traitement de la « maladie mentale », du déséquilibre, de l'anormalité, et reconnaissent n'être consultés qu'en dernier recours.

Si les médecins généralistes reconnaissent que les Martiniquais les consultent de plus en plus fréquemment pour des épisodes de détresse psychologique (certains affirment qu'une proportion importante des consultations a pour cause originelle la dépression ou l'anxiété), ils sont parfaitement conscients que la consultation médicale ne représente que l'une des étapes d'un cheminement thérapeutique complexe, qui parfois précède, parfois suit, une quête d'aide auprès de guérisseurs divers ou de responsables d'Églises.

Le second secteur est donc celui des guérisseurs, qui doit être découpé en deux sous-secteurs : celui des *séanciers* et *quimboiseurs*, représentant de l'ethnomédecine traditionnelle qui s'est développée comme produit syncrétique alliant médecines populaires européennes et africaines depuis les débuts de l'esclavage ; mais aussi le sous-secteur, très diversifié, des « nouveaux gué-

risseurs », tels les thérapeutes vaudouïsants, les voyants et les marabouts « africains ». Ce dernier sous-secteur a connu un développement fulgurant au cours des vingt dernières années, à tel point que, grâce à une publicité agressive dans les médias et à des techniques de rabattage de la clientèle, ces nouveaux guérisseurs font une compétition sévère aux séanciers traditionnels.

Enfin, un troisième secteur de soins, davantage axé sur la prévention des troubles mentaux que sur leur traitement, est représenté par les Églises, catholique et fondamentalistes protestantes, mais aussi diverses sectes. Les curés de paroisse rapportent ainsi être, encore aujourd'hui, fréquemment sollicités par des catholiques pour des interventions qui leur permettraient de retrouver un certain « équilibre mental », et jouent toujours un rôle clef dans les démarches de recherche d'aide des Martiniquais. De même, les groupes charismatiques qui se sont récemment implantés dans chacune des paroisses de l'île se sont dotés de groupes qui interviennent par la prière auprès des malades pour accélérer leur guérison, mais aussi de « consultants » disponibles pour aider les personnes malades à partir d'un travail d'écoute. Les Églises fondamentalistes protestantes (adventistes du septième jour, Églises évangéliques diverses, témoins de Jéhovah, etc.) offrent toutes, quant à elles, un service de « groupes de prière » qui se déplacent au domicile du malade ou à l'hôpital, pour prier pour la guérison des membres de la communauté. Les adventistes, en particulier, mettent sur pied des programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, des programmes de soutien aux jeunes toxicomanes et aux jeunes sans domicile fixe. D'évidence, ces Églises, qui se sont multipliées au cours des trente dernières années, tiennent une place importante dans les démarches de recherche d'aide de leurs membres vivant des épisodes de souffrance psychologique, mais aussi auprès, comme nous le verrons plus loin, de Martiniquais non convertis, qui peuvent avoir recours à leurs services en cas de besoin, y voyant une alternative crédible de plus dans le paysage du pluralisme thérapeutique.

Comme nous pouvons le constater, loin d'être totalement homogène, chacun de ces secteurs offre, en lui-même, une pluralité d'alternatives plus ou moins complémentaires. L'objectif du présent texte n'est pas de faire une description détaillée de chacun de ces secteurs, mais plutôt de réfléchir sur l'itinéraire de soins qui amène les Martiniquais à tirer le meilleur profit de chacun d'eux, et sur les motifs qui sous-tendent le recours à l'une ou l'autre de ces alternatives. Nous proposons de voir le cheminement thérapeutique comme l'un des lieux d'actualisation d'un métissage culturel qui conduit le Martiniquais à marier ces trois univers. Il s'agit d'un lieu privilégié d'hybridation ou, si l'on veut, de créolisation des savoirs et des pratiques liés à la gestion de la souffrance mentale. Nous verrons toutefois que, si les malades martiniquais forcent un certain rapprochement dans les savoirs et les pratiques de secteurs de soins en principe incommensurables, le « métissage » réside plus dans la conjugaison d'une pluralité de sources d'aide au sein d'itinéraires thérapeutiques complexes, que dans un syncrétisme des secteurs eux-mêmes, qui en fait

demeurent largement indépendants les uns des autres. Nous verrons même que chacun de ces sous-secteurs de soins, loin de fusionner dans un tout syncrétique et de donner lieu à un métissage des approches thérapeutiques, élabore des discours visant à défendre sa spécificité, son originalité et donc sa raison d'être. Bref, l'hybridation est davantage une caractéristique des itinéraires de soins, qui deviennent de plus en plus pluriels, que des secteurs eux-mêmes qui tendent à défendre leur spécificité et à lutter contre le métissage.

Afin d'illustrer ce métissage des alternatives au sein des itinéraires thérapeutiques, nous allons d'abord exposer l'un de ces itinéraires.

Cas de Mademoiselle G.

Une mère vient consulter le curé de sa paroisse avec sa fille de 23 ans. La fille est hystérique, ne mange plus, pousse des « rugissements » à la maison. La mère veut que le curé confesse sa fille afin qu'elle retrouve la raison. Après avoir prié avec elles et leur avoir parlé longuement en tentant de les calmer toutes les deux, le curé offre de les conduire chez un psychiatre qu'il connaît. La prière, leur dit-il, ne peut à elle seule résoudre tous les problèmes. Elles acceptent. Il les emmène dans sa voiture. Il assiste à la consultation de quarante-cinq minutes avec le psychiatre, qui recommande un suivi hebdomadaire pour analyse. Le curé les raccompagne chez elles ; les deux femmes semblent très contentes de la tournure des événements et le remercient pour son aide. Le curé revoit la mère la semaine suivante, et demande des nouvelles de sa fille. La mère dit qu'elle n'est pas retournée chez le psychiatre, parce que c'est trop cher et trop compliqué. Quelque temps après, la mère qui fait le ménage dans l'église accompagnée de sa fille, rencontre deux dames qui entrent dans l'église pour une courte visite de prière. Les dames regardent la fille qui a les cheveux hirsutes, les yeux hagards, et lui demandent ce qui ne va pas. Elles invitent la fille et sa mère chez elles pour recevoir l'aide d'un groupe de prière. Elles sont évangélistes. Après quelques soirées de prière, un pasteur évangéliste vient voir la jeune fille, prie, exécute un rituel très théâtral, crie pour exhorter Dieu d'intervenir, pratique l'imposition des mains, et la jeune fille est guérie. Le curé peut en attester. Il reconnaît donc une efficacité à cette thérapie et ce, même chez une jeune fille scolarisée et intelligente (qui vient en revanche d'une famille de dix enfants, pauvre, avec des parents en conflit conjugal). La fille ne s'est pas convertie pour autant ; elle est reconnaissante aux évangélistes, mais est demeurée catholique. Elle reconnaît simplement que, pour cette maladie, l'intervention du pasteur fut plus efficace que les prières du curé et plus efficace que le psychiatre.

On est ici en face d'un pluralisme thérapeutique non pas dogmatique, mais pratique. On est loin de la quête du sens de la maladie. Ici mère et fille connaissent déjà le sens (causal) de cette folie : c'est un esprit malin envoyé par des voisins jaloux. Elles ont une approche utilitariste des soins ; l'important

est de guérir. La reconnaissance de l'efficacité thérapeutique du groupe de prière évangéliste et de son pasteur n'implique pas la conversion ni l'adhésion à un dogme religieux. En fait, même si le psychiatre, le curé et le pasteur ont des positions différentes face aux interprétations magico-religieuses des causes de la maladie de Mademoiselle G. (ici l'intervention de forces occultes), la malade et sa mère se sentent tout à fait autorisées à consulter les uns et les autres. La force des idiomes traditionnels d'explication de la maladie, en termes de *maladi voyé* par des quimboiseurs mandatés par des gens qui vous veulent du mal, n'a pas pour conséquence de guider mécaniquement les malades vers les guérisseurs traditionnels reconnus comme les spécialistes en ce domaine. La centralité des explications des infortunes, en tant que causées par des sortilèges, ne détermine plus aujourd'hui le recours à un seul secteur (traditionnel) d'aide. L'homogénéité des modèles étiologiques tranche nettement avec la pluralité des secteurs de soins disponibles et mis à contribution.

Nous verrons dans les pages qui suivent que cet idiome explicatif de la maladie véhiculé par les Martiniquais amène les acteurs des divers secteurs de soins (en particulier les curés et les pasteurs) à composer avec les facteurs surnaturels en ajustant leur discours et leurs pratiques. Nous verrons ensuite que les itinéraires de soins doivent être relus à travers une grille postmoderne qui met en évidence l'indétermination et la créativité dans les réactions des malades.

Impact des idiomes explicatifs traditionnels de la maladie sur le rôle « thérapeutique » des Églises

On retrouve au cœur des modèles explicatifs populaires de la maladie la notion fondamentale de *maladi voyé*, ou maladie envoyée sur nous (ou sur un membre de l'entourage) par un individu envieux qui nous veut du mal, agissant par ses propres moyens ou par l'intermédiaire d'un quimboiseur. La maladie résulte donc de l'intervention de forces occultes, surnaturelles, magiques, mobilisées contre l'individu dans le champ fertile des conflits interpersonnels⁵. La *maladi voyé* s'inscrit donc fortement, encore aujourd'hui, dans toutes les couches sociales et toutes les tranches d'âge, au cœur des modèles explicatifs populaires, et peut être considérée comme l'idiome fondamental d'explication de la maladie et des infortunes (*an moun ki pa bon voyé maladi assou moïn*). Cet idiome se construit autour des notions de *dévein*, de méchanceté, d'envie, de jalousie, qui toutes situent les causes de la maladie à l'extérieur de l'individu et alimentent une attitude fondamentale de déresponsabilisation face aux infortunes. Le malade n'est plus en cause lui-même ; ce sont les autres qui sont responsables de ses déboires, de ses échecs, de sa maladie.

5. Voir C. BOUCEROL, *Une ethnographie des conflits aux Antilles*, Paris, PUF, 1997.

Or cet univers magico-religieux, qui définit en grande partie les rapports à la maladie, possède un fort potentiel de syncrétisme, de réinterprétation des fondements de l'efficacité des services offerts par les Églises, fondamentalistes ou catholique. Plus ou moins consciemment, et en dépit d'un discours officiel axé sur la dénonciation du charlatanisme des rituels pratiqués par les séanciers et la mise en garde contre les dangers de recourir à des forces surnaturelles occultes plutôt qu'à Dieu pour résoudre des problèmes terrestres, les curés et les pasteurs des Églises fondamentalistes protestantes voient leur discours et leurs pratiques réinterprétés par le malade et son entourage à travers les idiomes étiologiques et thérapeutiques traditionnels.

L'Église catholique s'est traditionnellement battue et se bat encore aujourd'hui pour se démarquer de la magie et de la sorcellerie, avec un succès tout relatif. Les Martiniquais continuent toujours à associer la religion à une lutte contre les forces occultes du Malin et à voir dans le curé le dépositaire d'un pouvoir surnaturel découlant de son rôle d'intermédiaire entre Dieu (les forces du bien) et les hommes. Les curés rapportent plusieurs cas de malades qui viennent les consulter pour obtenir une protection ou une guérison accélérée via des prières, une confession ou une bénédiction. Un prêtre du nord de l'île est réputé faire, les dimanches après-midi, des guérisons miraculeuses dans le cadre d'assemblées publiques, tout en utilisant un discours sur le pouvoir du surnaturel qui rappelle celui des guérisseurs. De même, l'un des thèmes privilégiés des assemblées charismatiques qui se sont multipliées au cours des dernières années est celui de la prévention contre les méfaits du Malin et les maléfices (il est aussi intéressant de noter le rôle important joué par plusieurs médecins charismatiques qui élaborent une théorie conjuguant causes naturelles de la maladie et causes associées à l'influence du Malin). En bref, le prêtre et l'Église catholique ont toujours une place centrale dans les chemineurs de recherche d'aide en cas de détresse, tout en réagissant vivement contre toute utilisation de la symbolique et des rituels religieux à des fins magiques. L'Église toutefois vit ses rapports avec le domaine du magico-religieux avec un certain malaise, partagée qu'elle est entre son discours officiel contre les guérisseurs et le besoin de demeurer ouverte sur la culture des fidèles, pour ne pas perdre du terrain au profit de ceux qui veulent les détourner vers l'ésotérisme et l'occulte pour combler leur besoin de spiritualité et de soins.

Les pasteurs protestants (adventistes, évangélistes, témoins de Jéhovah, etc.), qui livrent pourtant une lutte féroce contre les guérisseurs traditionnels et les marabouts-voyants, sont eux-mêmes utilisés comme des thérapeutes pouvant contrer les forces du mal et les maladies qu'elles peuvent induire. J'avais déjà noté, il y a plus de vingt ans, dans une recherche portant sur les adventistes du septième jour à la Martinique⁶, que l'un des motifs fondamen-

6. R. MASSÉ, *Les adventistes du septième jour à la Martinique. Anthropologie d'une espérance millénariste*, Montréal, Centre de recherches caraïbes, 1978.

taux de leur conversion était l'obtention d'une protection contre les forces du mal et les attaques des mauvais esprits. Ce motif semble toujours d'actualité, comme le confirme l'extrait de discours suivant, émanant d'une adventiste d'une soixantaine d'années :

« Vivre dans une communauté adventiste nous protège contre les esprits *voyés*. Il y a beaucoup d'esprits envoyés sur les gens par des personnes jalouses en Martinique. Mais nous, les adventistes, nous sommes en sécurité parce que notre religion, notre foi, nous protège contre les esprits du mal ; nous sommes sous la protection de Dieu. Comme adventistes nous menons une vie sans reproche ; nous faisons nos petites affaires, respectons les autres et l'autorité, et ne sommes pas envieux. Nous ne faisons pas commerce avec le Diable et les séanciers comme le font les catholiques qui y ont souvent recours et qui aussi, parfois, tentent de lire et d'utiliser des livres anciens pour faire de la magie (et parfois, ils ratent leur coup et l'esprit du mal se retourne contre eux, leur donne des coups). En fait, nous vivons avec des membres d'une communauté adventiste qui partagent nos valeurs et qui savent qu'ils ne doivent pas être envieux ni jaloux. C'est un péché grave. Ils n'ont pas le droit de recourir à la magie et aux quimboiseurs. On côtoie donc des gens qui ne se laissent pas aller à vous vouloir du tort. En fait il y a beaucoup de quimboiseurs en Martinique et les gens sont très durs ici ; on ne sait jamais quand quelqu'un va vous faire du mal, vous jeter un sort. On a tendance à aller voir très facilement un séancier pour avoir gain de cause. Même nous qui sommes des « malheureux » (pauvres), des gens jalourent le jardin de mon mari. On ne sait pas pourquoi mais on est toujours jaloué par quelqu'un. En fait il faut être très prudent. N'importe qui peut vouloir vous empoisonner... On fait confiance aux gens de notre religion. Les pentecôtistes et les évangélistes aussi se sentent protégés... Eux aussi, ils se réfèrent à la Bible. Seuls les catholiques ne le sont pas (protégés). Ils tentent de tout englober, le bien et le mal. Ils ne disent pas non une fois pour toutes à Satan... Donc, ils sont exposés (aux maléficés). Être adventiste nous donne une sorte de paix intérieure... une sécurité dans ce bas monde. »

À la Martinique, les prêches des pasteurs fondamentalistes protestants à la fois critiquent et confirment le pouvoir des forces occultes. En tenant un discours radical contre les « forces du mal » et contre ceux qui les manipulent, en insistant sur la protection qu'offrent la Bible et leur Église contre les actions du Malin, les pasteurs ne font que confirmer l'omniprésence de la menace des forces occultes et invisibles et les dangers inhérents aux relations sociales. Ils deviennent les principaux acteurs assurant la reproduction des idiomes explicatifs traditionnels fondés sur la *maladi voyé*.

Tout comme Brodwin⁷ le note pour Haïti, la principale différence entre les catholiques et les protestants face à la maladie est que les premiers deman-

7. P. BRODWIN, *Medicine and morality in Haïti. The contest for healing power*, Cambridge, Cambridge university press, 1996.

dent aux Martiniquais de respecter quelques règles morales de base : ne pas faire le mal, respecter les autres, ne pas survaloriser les biens matériels. Ils font la promotion d'un code moral plus séculier. Les protestants, quant à eux, se lancent dans une lutte radicale de démonisation : Satan est présent partout et doit être démasqué, débusqué. Recourir aux guérisseurs confirme, pour les protestants, l'origine diabolique de la maladie ; ce comportement en devient la preuve. Pour eux, ce qui différencie les catholiques des dévots de Satan, c'est la seule hypocrisie. Pour les catholiques, le recours aux guérisseurs traditionnels est plutôt la résultante d'un diagnostic de *maladi voyé*, et ne signifie aucunement que le malade pactise avec le Diable. Nous devons toutefois noter que les groupes catholiques charismatiques adoptent un discours très similaire à celui des fundamentalistes protestants et qu'ils radicalisent la lutte contre le Malin. Pour les protestants donc, la seule issue et la seule avenue de protection résident dans la conversion au protestantisme. La « neutralité » des catholiques est suspecte. Seule une conversion radicale au protestantisme peut les démarquer de la démonologie, du Malin.

Dans un contexte culturel marqué par l'influence omniprésente des forces occultes et des sortilèges sur les diverses formes d'infortune, les prêtres et les pasteurs se voient donc attribuer, en partie malgré eux, des pouvoirs et des fonctions préventives et thérapeutiques importantes. Mais dans certains cas, en particulier chez le pasteur évangéliste qui est intervenu dans le cas de Mademoiselle G. rapporté plus haut, l'intervenant intègre volontairement, consciemment, des composantes à caractère magique dans son rituel. Ce dernier raconte : « Dans le contexte culturel antillais, le pasteur doit démontrer qu'il est le plus fort, plus fort que les diables et les esprits. Le rituel doit donc être spectaculaire. Il doit crier, gesticuler, vociférer, imposer fortement les mains, brusquer les choses pour donner une impression de force. On ne peut pas imposer les mains doucement, délicatement, comme le feraient des professionnels de la santé. Il faut du caractère, impressionner le patient et son entourage plus encore que les esprits. Il s'agit d'une scène qui doit être jouée avec talent. »

Le cas de ce pasteur, sans être unique, ne représente pas une pratique généralisée à la Martinique. Toutefois il illustre la pression exercée tant sur les prêtres que sur les pasteurs pour ajuster leur discours et leurs pratiques aux croyances et aux attentes des malades qui ont recours à leurs services. Les idiomes traditionnels d'explication de la maladie en termes de *maladi voyé*, de même que le spectaculaire des rituels utilisés par les guérisseurs professionnels, installent une tendance au métissage culturel, une hybridation des discours et des pratiques des intervenants des autres secteurs de soins, en particulier ceux qui œuvrent dans le secteur des Églises. Les curés et les pasteurs deviennent des intermédiaires entre le monde des forces occultes et le monde des vivants. Tout en offrant une certaine résistance aux croyances et pratiques traditionnelles, ils s'inscrivent en partie dans une continuité avec la tradition établie par les guérisseurs.

Cette tendance au syncrétisme exercée par les malades et les idiomes explicatifs traditionnels qu'ils véhiculent n'est pas sans effet non plus sur les intervenants des autres secteurs de soins. Certains marabouts-voyants nous ont rapporté par exemple avoir introduit dans leurs pratiques depuis qu'ils exercent à la Martinique, divers éléments tirés des pratiques thérapeutiques traditionnelles des séanciers, comme les « bains » et « thés » qui viennent compléter leur panoplie d'interventions divinatoires et thérapeutiques originales. Ils reconnaissent que les malades demandent des « bains » et des « thés », et qu'ils doivent répondre à ces demandes pour ne pas perdre de clientèle. Les professionnels de la santé, de leur côté, sans aller jusqu'à travailler en collaboration avec les guérisseurs traditionnels, éviteront en général de porter des jugements de valeur radicaux sur les consultations faites par leurs patients auprès de divers guérisseurs. Ils sont parfaitement conscients que l'espace qui les sépare des guérisseurs est en fait un continuum. « Le malade passe, dit l'un d'eux, de l'un à l'autre non pas comme d'un paradigme à un autre, d'un univers à un autre, mais simplement d'une forme de ressource à une autre, selon les circonstances, la gravité de la maladie ou diverses autres considérations qui ne sont jamais amenées à notre attention. » Indirectement, les malades font en sorte que soit respecté l'ensemble de leurs démarches de recherche d'aide et, par là, le pluralisme thérapeutique.

La Martinique présente donc ce que Zempléni⁸ appelle un pluralisme médical profond, en l'occurrence un pluralisme qui n'est pas superficiellement fondé sur l'étalage d'un marché libre de thérapies étrangères les unes aux autres, mais un pluralisme se caractérisant par un syncrétisme où les nouvelles cures et interprétations ne sont retenues qu'à condition de composer avec les anciennes, autrement dit de préserver l'illusion de la continuité de la pensée étiologique et thérapeutique traditionnelle. Toutefois, ce métissage est moins l'apanage des secteurs de soins qui, somme toute, conservent une large partie de leurs spécificités et de leur autonomie, qu'une caractéristique intrinsèque des cheminements et itinéraires suivis par les malades qui forcent un certain télescopage des secteurs de soins. Plus que d'un pluralisme « médical », nous devrions parler, à la Martinique, d'un pluralisme des cheminements de recherche de soins et des itinéraires suivis.

Indétermination et imprévisibilité des cheminements thérapeutiques

L'analyse du pluralisme thérapeutique ne peut plus être fondée sur l'étude descriptive de systèmes ethnomédicaux de soins réifiés, considérés comme des

8. A. ZEMPLÉNI, « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique », *Arch. Sc. Soc. des religions*, 1982, vol. 54, n° 1, p. 16.

sphères hermétiques, indépendantes, fermées les unes aux autres. La recherche anthropologique doit plutôt se recentrer sur l'étude des cheminements thérapeutiques individuels, dans un souci (postmoderne) de la contextualisation des pratiques de soins, de la construction individuelle du sens, de l'indétermination et l'imprévisibilité des démarches de recherche d'aide.

Le cheminement thérapeutique n'est plus déterminé par le simple respect de la coutume, des pressions socioculturelles. Il résulte d'une série de choix faits dans le contexte d'une pluralité d'alternatives et dont la forme finale n'est pas prévisible. Il doit être analysé non plus au niveau d'une macro-analyse de la cohabitation de systèmes de soins autonomes, aux caractéristiques largement incommensurables, mais au niveau d'une analyse micro-sociale fondée sur une approche ouverte de la causalité, sur une micro-contextualisation des choix individuels et des dynamiques non linéaires, imprévisibles. Comme le suggèrent Gribaudo et les défenseurs de la nouvelle *microstoria*, il faut déconstruire la notion de contexte social global ; le contexte doit être remplacé comme objet central d'analyse par une focalisation sur « les mécanismes psychologiques et sociaux qui régissent les formes d'interaction entre les individus et l'environnement, leur histoire et leurs représentations⁹ ».

Afin de mieux saisir le sens des itinéraires thérapeutiques, il nous faudra recadrer notre analyse et considérer « l'ambiguïté des règles, la nécessité de prendre consciemment des décisions dans des conditions d'incertitude, la quantité limitée d'informations qui permet toutefois d'agir, la tendance psychologique à simplifier les mécanismes de causalité que l'on juge importants pour la détermination des comportements et, enfin, l'utilisation consciente des incohérences entre systèmes de règles et de sanctions¹⁰ ». Le point de départ étant les itinéraires individuels de soins, « l'analyse des comportements et des choix révèle des chaînes de dépendances causales qui relient des sphères, des milieux et des dynamiques traditionnellement conçus comme séparés¹¹ ». Dans une réflexion pénétrante sur le pluralisme médical, Jean Benoist a mis les anthropologues en garde contre la hantise de « ne laisser subsister aucune incohérence dans les conduites », et l'obsession de « voir dans chaque itinéraire la concrétisation d'un projet de trajectoire¹² ». Même s'il faut éviter d'évacuer toute analyse du pouvoir de contrainte des structures et des systèmes sociaux sur les comportements reliés à la maladie, et tout en évitant les écueils d'une

9. M. GRIBAUDI, « Échelle, pertinence, configuration », dans J. REVEL (dir.) *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Hautes études, Gallimard, Le Seuil, 1996, p. 113-140.

10. G. LÉVI, « Comportements, ressources, procès : avant la « révolution » de la consommation », dans J. REVEL, *op. cit.*, p. 121.

11. M. GRIBAUDI, *op. cit.*, p. 121.

12. J. BENOIST (dir.), *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996, p. 500.

herméneutique des itinéraires, il nous faut reconnaître dans les cheminements thérapeutiques individuels la « dynamique d'une micro-historicité individuelle souvent imprévisible et construite à coup de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents¹³ », et que le sens des recours pluralistes « se développe plus dans la marge d'autonomie du sujet que dans le cadre des règles de la société et des connaissances et des valeurs qu'on y partage¹⁴ ».

Nous devons donc, avec Brodwin, reconnaître que « les différentes thérapies ne constituent pas une structure de référence permanente qui guide les comportements observables de recherche de soins de santé¹⁵ ». Il faut remettre en question le postulat voulant que les secteurs de soins d'une communauté forment un ensemble stable de discours et de traitements qui existent de façon distincte du sujet. Cette approche, au lieu de réifier le système de soins et d'en faire des entités structurelles indépendantes des malades, en fait au contraire des produits des comportements de recherche de soins.

Le pluralisme médical doit être étudié, non seulement comme organisation sociale de thérapies complémentaires ou compétitrices, mais comme coexistence de discours divergents auxquels se réfèrent les gens pour légitimer le recours à telles ou telles thérapies. Les Martiniquais, en ce sens, ont le choix de se référer à trois grands systèmes de légitimation de l'existence de la maladie et du recours aux soins ; celui de la médecine officielle (explications biomédicales), celui de l'univers magico-religieux (quimboiseurs, séanciers, marabouts, voyants), et celui des religions établies, principalement des fondamentalistes protestants. Il ne faut toutefois plus voir dans ces secteurs de soins simplement des systèmes thérapeutiques réifiés véhiculant des croyances, des pratiques et des formes institutionnelles spécifiques. L'anthropologue doit plutôt « montrer de quelles façons de telles notions stables de maladies et de soins sont ancrées dans la logique informelle de la vie quotidienne, animées à travers des activités de guérison spécifiques et articulées à des forces idéologiques et matérielles englobantes¹⁶ ».

La mise en relation des divers secteurs thérapeutiques indépendants qu'induisent les itinéraires thérapeutiques pluralistes aboutit à une sorte de métissage culturel des croyances et des pratiques relatives à la prévention et au traitement de la détresse psychologique et des autres maladies ou infortunes. Les curés, les pasteurs et, dans une moindre mesure, les nouveaux guérisseurs soit intègrent, sous la pression des malades qui les consultent, certains éléments des idiomes traditionnels d'explications et de soins, soit voient leur discours et leurs pratiques profondément réinterprétés par les malades. La Martinique vit un processus dynamique de réinvention constante d'une culture

13. *Ibid.*, p. 501.

14. *Ibid.*

15. P. BRODWIN, *op. cit.*, p. 190.

16. *Ibid.*, p. 15-16.

ethnomédicale, une créolisation des secteurs de soins qui résulte de stratégies de choix, de combinaisons et de mise en confrontation de divers secteurs qui n'ont plus rien d'étanche. Ce constat du dynamisme et de la créativité de la culture antillaise nous amène à souligner les dangers, en conclusion, d'une certaine tendance dans la production intellectuelle antillaise à la réification de la culture antillaise et de la créolité.

En dépit des mises en garde faites par les auteurs de l'*Éloge de la créolité*¹⁷, on a trop souvent tendance à réifier la créolité, ce qui découle d'une réification de la culture elle-même, comme objet d'étude empirique, clairement défini, et statique. L'Antillais est alors conçu comme un sujet passif de la culture de son groupe. L'individu est dépouillé de son libre arbitre, de son potentiel de mise à distance, de critique et de créativité permettant de « construire la culture ». Pourtant, l'Antillais est toujours un agent actif de créolisation culturelle et ce tout particulièrement à l'époque de la mondialisation. Le défi de l'anthropologie est alors non plus de décrire des systèmes culturels objectivés, mais d'étudier les processus de créolisation par lesquels les discours globalisants sont reconstruits et redéfinis au niveau local. Il faut examiner les façons dont, selon les termes de Bibeau¹⁸, le monde global est « indigénéisé » et métabolisé par les cultures locales à travers les pratiques quotidiennes (par exemple de gestion de la maladie). Les cultures créoles ne sont toutefois pas des réalités virtuelles. Certes elles évoluent et sont soumises à des changements continuels. Mais elles n'en continuent pas moins au quotidien à fournir aux malades les bases de système de sens et de pratiques. Bien qu'en évolution constante, les cultures créoles existent au quotidien comme des entités structurées, agissantes, qui déterminent les comportements, le langage de la détresse, les processus de recours aux services. Évoluer ne signifie pas ne pas exister autrement que comme réalité virtuelle, en perpétuel devenir, sans jamais être. En fait, l'analyse du processus de créolisation doit éviter le double écueil de la réification de la culture et de sa virtualisation.

On a trop souvent considéré que cette créolisation était un fait historique, un processus achevé dès la fin du XIX^e siècle. Il en est résulté une réification de ces cultures créoles comme des produits exotiques. Or l'anthropologie doit faire un autre pas en avant : la créolité n'est pas un produit, mais un processus. Les cultures créoles ne sont pas des cultures traditionnelles menacées par la globalisation et la mondialisation, l'occidentalisation ou simplement l'américanisation. Elles en sont issues et en vivent encore aujourd'hui. On peut même voir, selon Benoist, dans les sociétés créoles les « précurseurs de la postmodernité... qui préfigurent ce que le monde contemporain nous donne à voir¹⁹ ». Ce syncrétisme en est l'âme ; la modernité n'a fait que multiplier les

17. J. BERNABÉ *et al.*, *Éloge de la créolité*, Paris, Gallimard, 1989.

18. G. BIBEAU, *op. cit.*

19. J. BENOIST, « Métissage, syncrétisme, créolisation : métaphores et dérives », *Études créoles*, vol. 19, n°1, 1996, p. 54.

sources et les canaux d'influence ; elle ne fait qu'accélérer un processus qui est au cœur de la créolité elle-même. En ce sens, il serait dangereux de folkloriser la créolité, d'y référer à travers « le bon vieux temps », le temps de la « vraie Martinique ». La brève analyse des itinéraires de soins pluralistes a mis en évidence le dynamisme de la créolité qui ne doit pas être vue comme un produit achevé, issu d'un passé colonial, mais comme un mouvement d'intégration d'éléments culturels différents, comme un processus toujours vivant capable d'induire une réinterprétation du rôle d'institutions étrangères telles les Églises fondamentalistes, d'origine américaine, qui véhiculent des valeurs totalement étrangères au contexte culturel martiniquais.

Si la Martinique a bel et bien vécu un processus historique de créolisation, elle en vit un second, contemporain, tout aussi dynamique, où cette culture déjà hybride est confrontée à d'autres sources d'influences dans le contexte de la mondialisation. La redéfinition de la créolité, non plus comme objet achevé mais comme processus, permettra d'éviter les pièges de la folklorisation.