

**MALADES ET BIEN-PORTANTS:
UNE SYMBOLIQUE POUR L'ETUDE
DE LA PRODUCTION SOCIALE DE LA MALADIE**

M. L. RODRIGUES DE AREIA*

*Universidade de Coimbra. Instituto de Antropologia. 3000 COIMBRA PORTUGAL.

1. Les sociétés traditionnelles regardent le malade comme un élément à réintégrer dans le système: quelqu'un est malade, ou bien parce que l'esprit d'un dieu l'a possédé (maladie=folie des dieux) ou bien parce que son esprit s'est perdu dans le ciel et qu'il faut partir à sa recherche (maladie=folie des médecins). En plus, les sociétés traditionnelles soignent l'homme total parce que c'est l'homme intégral qui devient malade, sans distinction entre maladie physique ou maladie psychique.

Mais le temps des guérisseurs est dépassé!...

2. La médecine industrialisée a atomisé les maladies en unités spécialisées de traitement. L'homme est découpé selon différentes dimensions: l'homme somatique, l'homme psychique; et cela pour le soigner, certainement, mais aussi, paradoxalement, pour produire des malades. Dans ce découpage, chaque jour plus accentué, tout le monde devient malade: chaque personne devient client d'un service, d'un hôpital, d'un médecin.

Dans ce progrès de la médecine industrialisée, le groupe des malades (toujours minoritaire dans les sociétés traditionnelles) devient beaucoup plus nombreux que celui des bien-portants. En fait, la catégorie des bien-portants tend à disparaître: notre société devient une société de malades.

3. L'anthropologie de la santé peut-elle proposer des mécanismes capables d'arrêter cette progression iatrogénétique de la maladie? Est-ce que les médecins sont en train de devenir les prêtres d'une nouvelle religion où le prestige est en rapport avec le nombre des malades et l'ampleur des revenus? Un défi est porté à notre société: celui de rendre compatibles l'existence de soins de santé spécialisés (apport de la société développée) avec le contexte de l'homme intégral (situation des sociétés traditionnelles).

1. LA MALADIE SUR LE TERRAIN

Le point de départ pour ces notes est un travail sur le terrain dans le cadre d'une recherche anthropologique. Dans les années 1974-75, j'ai eu la possibilité de séjourner dans le nord-est de l'Angola en contact avec une ethnie très importante et très riche de pratiques en ce qui concerne la médecine traditionnelle: les Cokwe. En étudiant les symboles utilisés par le devin (l'agent investi par la société du pouvoir de diagnostiquer les causes des malheurs et des maladies), j'ai vérifié une situation curieuse de dualisme médical. Cette situation n'est pas unique; au contraire elle est généralisée même dans nos sociétés industrialisées. Cette dualité est certainement l'indice d'une insuffisance qui devrait être analysée.

Les Cokwe de l'Angola considèrent que l'une des fonctions principales du devin est de distinguer si une maladie est due à la présence d'un *hamba* (esprit d'ancêtre) ou à une autre cause. Pour cela le devin observe et «lit» les *tuphele* (symboles divinatoires) de la même façon que le médecin européen (*nganga-buka*) lit la température ou observe une radiographie de son malade. Le rapprochement entre les deux agents de la «médecine» (traditionnelle et européenne) présente des aspects curieux qui nous montrent comment les Cokwe cherchent, plutôt que des solutions radicales, des compromis entre les deux mondes. Mwachimbau, un de nos informateurs, explique son point de vue: pour certaines maladies, le médecin européen, *le ngunga-buka*, est plus efficace; par exemple, il soigne mieux et plus rapidement les blessures provoquées par un accident; dans d'autres cas, par contre, il n'arrive à rien. Parfois, en effet, il essaie de soigner, donne des comprimés contre les douleurs, mais le malade ne guérit pas. Dans ce cas-là, le *tahi* (devin) a l'habitude de mieux réussir car il connaît les habitudes du malade. Parfois même -et Mwachimbau cite des cas- c'est le médecin lui-même qui reconnaît qu'il s'agit d'une maladie particulière aux Cokwe et renvoie le malade à la consultation du *tahi*. Ainsi Mwachimbau, qui utilise lui-même les services de l'assistance médicale, ne pense absolument pas pouvoir se passer des éventuels services d'un *tahi*, du moins pour certains types de maladies. Il n'empêche que l'essentiel des rôles du *tahi* et du *ngungu-buku* est qu'il leur faut «lire» la maladie avant de chercher à y remédier (l'un ayant l'avantage sur l'autre en certains cas), et cela, pour l'un, par la lecture des combinaisons de *tuphele* et, pour l'autre, par la lecture de la température, de la pression du sang et les radiographies.

Cette situation de dualisme médical est par ailleurs aussi un problème des sociétés africaines où les médecins sont rares et les moyens matériels réduits. L'idée de faire appel aux guérisseurs traditionnels pour aider les services de santé a surgi spontanément. Une expérience intéressante a été esquissée au Zaïre en 1974, mais les résultats ne sont pas brillants.

Est-ce que ces expériences seraient condamnées à l'échec? Et pourquoi?

Quand on parle de la médecine traditionnelle, on le fait généralement par opposition à la médecine scientifique. La première serait donc non-

-scientifique ou, au moins, pré-scientifique et, dans ce contexte, il y a toujours le risque de la regarder d'une manière sentimentale et superficielle.

Mais justement dans cette expérience au Zaïre, le travail des chercheurs se situait «... dans un plan strictement scientifique», et, comme ajoute l'auteur, «... dans la mesure même où ils (les chercheurs) fourniront aux responsables des données précises permettant à ceux-ci de se faire une idée objective sur les médicaments des guérisseurs, on doit se rendre compte que ce travail a des aboutissements pratique»¹. Toutefois cet effort pour rendre scientifique la médecine traditionnelle ne risque-t-elle pas de la détruire? Car il y a quelque chose en plus que l'effet pharmacodynamique des substances utilisées par les guérisseurs. Ainsi, pour ce groupe de chercheurs, si l'essentiel du travail était l'approche botanique et pharmacologique, comme eux-mêmes le reconnaissent, cependant, «aucune médecine n'est... réductible à ses médicaments, et une approche essentiellement pharmacologique ne peut donc fournir qu'une image très partielle et déformée de la médecine pratiquée par les guérisseurs»². On a donc proposé toute une méthodologie d'approche par étapes qui puisse sauvegarder l'esprit de la médecine traditionnelle. C'est ainsi que, dans un autre pays africain, le Congo, voisin du Zaïre, le médecin C. Bouramoué (directeur de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé à Brazzaville) a avancé l'idée d'intégration de la médecine traditionnelle à la médecine moderne. Ce serait un travail par étapes dont la première serait «un inventaire aussi complet que possible des guérisseurs notoires du pays»³; une seconde étape serait l'alphabétisation des guérisseurs pour qu'ils puissent «noter les noms et adresses de leurs clients, tenir leur comptabilité, appréhender à travers la lecture des revues de médecine traditionnelle les acquisitions nouvelles ou le savoir-faire de leurs collègues, connaître la capacité des récipients qu'ils utilisent et aussi avoir un idée de la posologie des médicaments (souvent ignorée du guérisseur), pouvoir faire une «ordonnance», codifier le savoir-faire afin de le transmettre aux autres, etc»⁴. Pour compléter ce programme ambitieux, Bouramoué a proposé encore que les médecins eux-mêmes s'initient à la médecine traditionnelle⁵. Tout un effort dans différents pays africains, a donc été déclenché pour définir les grandes lignes d'une politique de recherche de la médecine traditionnelle⁶ en même temps que de nouveaux centres de recherche seraient créés pour trouver des médicaments nouveaux dans le cadre de la pharmacopée traditionnelle⁷.

Pourrait-on aller plus loin? La réponse est difficile mais il semble que nous soyons arrivés à une impasse. En effet, dans certaines réalités sociologiques, l'approche scientifique elle même devient difficile à moins d'avoir

(1) KIKHELA et al., 1974, p. 10.

(2) KIKHELA et al., 1974, p. 10.

(3) BOURAMOUE, 1977, p. 5.

(4) BOURAMOUE, 1977, p. 5.

(5) BOURAMOUE, 1977, p. 13.

(6) Voir SYLLA, 1977, p. 6-7.

(7) Voir KERHARO, p. 8-9.

bénéficié d'une véritable initiation. Cependant, d'un autre côté si on est initié est-ce qu'on peut encore faire une approche scientifique? Cette impasse est trop évidente et va continuer. Un autre aspect de cette impasse de notre société scientifique vis-à-vis de la médecine traditionnelle (en Afrique comme ailleurs) provient de la mise en cause de l'effort des chercheurs pour trouver dans les pratiques du guérisseur, une possible «*materia medica*» séparable de son contexte rituel ou «*materia magica*». Si le projet est clair -on chercherait à extraire le scientifique (qui existerait potentiellement), mais en le séparant de tout le reste, qui serait abandonné- cette démarche est toutefois devenue inutile car maintenant quelques chercheurs se demandent justement si les deux aspects sont séparables. Enfin, d'autres préfèrent tout simplement rejeter en bloc la médecine traditionnelle exactement parce qu'ils n'arrivent pas à la faire devenir «scientifique». Il n'empêche toutefois que, malgré l'accès à la médecine scientifique, on conserve aussi la médecine traditionnelle. Ce seul fait suffit pour que l'on s'interroge sur le contexte anthropologique de nos pratiques médicales.

2. LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MALADIE

L'analyse socio-culturelle de la pratique médicale est un apport très récent de l'anthropologie de la santé: c'est une approche qui tient compte de la réalité physique et matérielle de la pratique médicale sans doute, mais aussi du statut complexe de cette pratique elle-même, laquelle couvre les systèmes d'idées, les relations sociales, les spécialités existentes, ainsi que les mécanismes pour en créer d'autres, la recherche dans le domaine médicale, et aussi la production, et reproduction, de la médecine elle-même.

Même si l'intégrité physique de l'homme est l'objectif spécifique de cette science, la médecine est toujours aussi un art qui fait appel à un ensemble d'aspects périphériques qui relèvent de l'intuition, de l'esprit et du coeur plus que de la science⁸.

Cet élément moins scientifique et plutôt personnel, relevant surtout de la tradition, a favorisé un statut spécial pour la classe médicale, lui conférant une espèce de compétence spéciale ou «aura». C'est aussi une source d'ambiguïtés croissantes d'autant plus que les progrès de la médecine poussent les médecins à devenir de plus en plus de purs techniciens.

Un autre élément d'ambiguïté dans le statut actuel du médecin est que, contrairement à la médecine traditionnelle où la maladie est toujours psychosomatique et peut même représenter une promotion sociale (condition préalable en certains cas pour devenir guérisseur) dans la pratique médicale de notre société industrielle, le médecin a complètement oublié la dimension collective de ré-équilibre social dans le processus de guérison au point qu'on constate facilement que «la somme des victoires à l'hôpital peut n'avoir au-

(8) HAHN et KLEINMAN, 1983, p. 312.

cune traduction positive à l'échelle de la population»⁹. Ce point de vue souvent ignoré, et parfois même rejeté par beaucoup de médecins, est par contre reconnu généralement soit par les spécialistes de la santé publique soit par les épidémiologistes.

D'un autre côté, la médecine actuelle (la médecine scientifique) est marquée comme d'autres sciences d'ailleurs (l'anthropologie par exemple) par une espèce de «péché originel» qui est loin d'avoir été dépassé. En effet, si on considère l'aspect historique, on vérifie que cette science s'est constituée à la fin du XIX siècle surtout pour soutenir la productivité. Et aussi d'après des recherches récentes¹⁰, on vérifie que ce qui à l'époque déterminait le retour des ouvriers au travail n'était pas les critères des médecins mais les conditions locales du travail. La pureté des objectifs, toujours affirmée, cependant devient donc douteuse à mesure que s'éclaircit la conscience historique.

Et, si les considérations de politique économique ont été longtemps écartés de l'horizon de l'anthropologie de la santé, on voit par contre maintenant, au fur et à mesure que cet espèce de «missing link» est introduit dans les problèmes des soins de santé, que s'élargit le spectre des forces économiques et politiques qui fondent les relations sociales de la pratique médicale. C'est seulement dans ce contexte que la santé et la maladie peuvent effectivement donner une indication correcte de la mesure de l'adaptation d'un groupe à son milieu¹¹. En effet, si l'on ajoute foi à ce que disent certains chercheurs de l'anthropologie de la santé, encore de nos jours ce sont les besoins de la communauté médicale qui créent les besoins des patients et non le contraire; ces chercheurs ont démontré notamment que le pourcentage d'interventions chirurgicales en différentes communautés correspondait non au pourcentage de morbidité des patients mais au nombre de médecins, à leurs styles de pratique et aussi au nombre des lits des hôpitaux¹².

Le contexte de la conscience croissante des insuffisances des services médicaux, d'un côté, et des sommes toujours croissantes aussi de la partie du budget affectée aux services de santé, d'un autre, a déclenché un mouvement de contestation contre le pouvoir médicale et la classe qui le détient. Comme point culminant de ce mouvement, rapportons le cri de révolte de I. Illich (1975)¹³ pour qui «les actes médicaux sont l'une des principales sources de la morbidité moderne»¹⁴, proposition qu'il expliciterait ensuite en développant la notion de «iatrogenèse clinique».

En même temps que d'autres analyses plus nuancées (et parfois aussi mieux fondées) se font jour, les chercheurs observent de plus en plus des aspects particuliers de la pratique médicale que mettent en évidence un pou-

(9) GRÉMY, 1975, p. 59.

(10) YELIN et al., 1980, in: HAHN et KLEINMAN, 1983, p. 14-15.

(11) SINGER, 1986, p. 129.

(12) WENNBERG et GITTELSON, 1982, in: HAHN et KLEINMAN, 1983, p. 315.

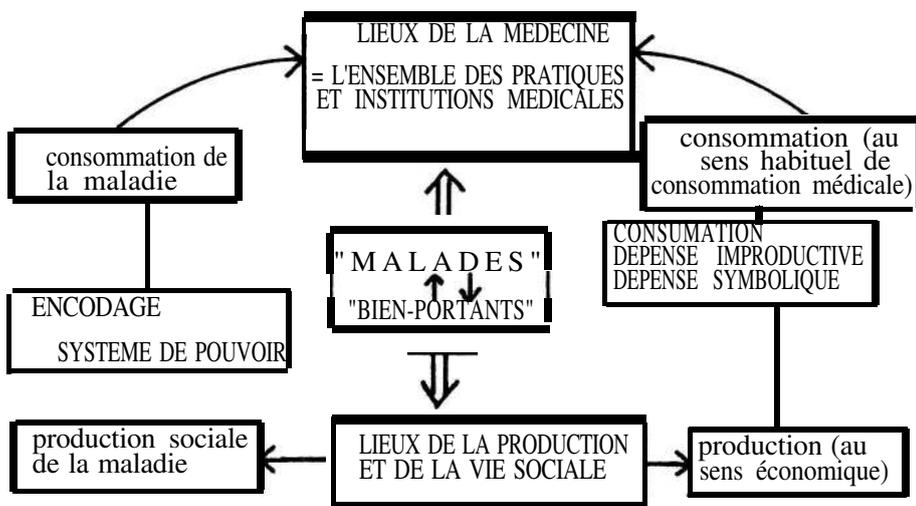
(13) ILLICH, 1975.

(14) L'esprit, 1974, p. 931-942.

voir inquiétant, concentré dans un petit groupe de spécialistes, et aussi quelques manifestations d'utilisation abusive de ce pouvoir. Le premier serait sans doute la surmédicalisation progressive, devenue parfois obsessionnelle, à tel point qu'on risquerait de voir se réduire le nombre des personnes libres et bien-portantes, et augmenter celui des «patients» obéissants, passifs et dépersonnalisés!

Cet asservissement des malades, chaque jour plus nombreux, serait favorisé par le contexte particulier de la pratique médicale. Egalement grave serait le fait que les médecins adoptent, toujours appuyés par de puissantes organisations, des comportements propres à un «clergé d'une église établie, infaillible, de bonne conscience de la pureté de ses objectifs»¹⁵.

On conteste aussi le pouvoir légal accordé aux médecins d'exempter tel individu de ses devoirs normaux de travailleur et citoyen¹⁶. Est également contestée «l'absence totale de contrôle dont bénéficie l'activité des médecins, et le monopole accordé à leur profession»¹⁷. Mais encore plus que tout le reste, on conteste les liens qui enchaînent les systèmes de santé à l'argent. En fait les soins de santé sont devenus des «marchandises» et les patients, des «consommateurs». Et dans cette distribution les médecins jouent un rôle essentiel: ils accélèrent la consommation et contribuent à détourner vers les intérêts privés l'énorme budget dont ils contrôlent en fait l'usage. La situation engendre des mécanismes qui réduisent chaque jour le nombre des biens-portants et augmente celui des patients. En termes d'économie politique de la santé, on a résumé la situation dans ce schéma:



(d'après Herszberg, 1975)

(15) GRÉMY, 1975, p. 61.

(16) GRÉMY, 1975, p. 64.

(17) GRÉMY, 1975, p. 64.

(18) HERSZBERG, 1975, p. 71.

Sous-jacent à ce schéma, il y a une situation idéal: l'état clinique généralisé, ce que veut dire, encore plus de pratiques médicales et aussi d'institutions. Donc un élargissement aussi, et nécessairement, du domaine de la médecine: en fin de compte, c'est aux médecins à déterminer ce que c'est que la maladie, et qui est malade ou bien-portant.

Les relations malade/médecin étant, dans ce système, paternalistes par nature, favoriseraient l'acceptation passive de la situation, ce que renforcerait l'établissement de ce système complexe d'échanges constitutifs eux-mêmes de *status* et de pouvoir¹⁹.

L'endroit idéal de cette production sociale serait la solitude du cabinet de consultation, lieu d'échange de confiance et de conscience²⁰. Un dernier abus de pouvoir serait aussi tout l'ensemble des mécanismes subtils destinés à immobiliser les services de santé et mettre en évidence les avantages de la médecine privée. Le service public ne serait plus que l'endroit où beaucoup de médecins rencontrent des malades qu'ils feront ensuite se diriger vers leur bureau privé. Là le médecin trouverait les conditions idéales pour écouter son patient, reconstituer son histoire et conserver la sacralité du «secret professionnel» (valorisé comme celui de la confession). La haute compétition ferait le reste!

Finalement, comme dans toutes les sciences, notre médecine scientifique fait aussi apparaître une anti-science, une anti-médecine, et ce n'est pas par hasard que la première forme d'anti-médecine qui s'est manifestée est justement l'anti-psychiatrie²¹.

3. POUR UNE ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE

Dans toutes les sociétés, le médecin *lato sensu* (qu'il soit le devin, le guérisseur, le chaman ou notre médecin occidental) joue un rôle important et même déterminant dans l'histoire des hommes. Des décisions importantes sont prises par les médecins en rapport avec les valeurs de la société qu'ils représentent. L'Association Psychiatrique américaine a décidé en 1973 que l'homosexualité n'était pas une maladie. Demain elle pourrait probablement décider le contraire.

Mais l'intervention du médecin ne se limite pas à cataloguer qui est malade et qui est sain. Même le diagnostic qu'il produit est socialement construit comme on peut facilement s'en apercevoir dans le cas paradigmatique de la maladie mentale. Les modèles de cette maladie (affection ou déviation) le montrent clairement: non seulement les diagnostics sont culturellement re-

(19) HAHN et KLEINMAN, 1983, p. 316.

(20) La matrice culturelle qui relie maladie et culpabilité (connotation morale des mots «infectio» et «macula») ne fait que renforcer la disponibilité et la soumission du patient. (Voir Sournia et Ruffié, 1985, p. 211).

(21) Voir «L'Anti-psychiatrie», La Nef, n° spéc. 42, 1971.

latifs comme aussi ce qu'on considère maladie ou affection physique est aussi culturellement relatif²².

C'est à partir de cette analyse que certains chercheurs considèrent que le terme «maladie», aujourd'hui, n'est qu'une métaphore ou même un mythe ou une superstition. Toutefois d'autres préfèrent insister sur le fait que le mot maladie ne signifie aucune référence à un état biologique ou physiologique, mais tout simplement est un signe indicateur d'un état d'incapacité personnelle qui peut avoir ou pas un fondement biologique²³.

Cette mise en question de la définition de la maladie relance aussi la discussion sur la définition de l'individu sain dans une perspective plus active et plus global. D'ailleurs l'O.M.S. définit la santé comme «état de bien-être physique, mental et social»! Cette définition implique aussi la révision du concept de maladie et de ses manifestations²⁴ C'est par rapport au besoin de récupérer la dimension sociale de la maladie que les sociétés traditionnelles pourraient éventuellement apporter un peu de lumière à nos experts de la santé. Le sens d'équilibre global et la guérison en tant que ré-équilibre du modèle de relations et de l'interaction nature-culture, déterminaient un jeu d'équilibres divers entre esprit-corps-communauté. L'anthropologie de la santé revendique donc comme de son propre domaine l'étude de cette interaction qui se manifeste en des domaines si diversifiés qu'ils vont du biologique et écologique, au culturel et symbolique en passant par le personnel et le social²⁵. C'est dans ce domaine complexe d'interactions que l'anthropologie de la santé revendique aussi sa capacité pour mettre en évidence la nature de certaines catégories de pensée normalement oubliées, ou laissées implicites, ou tout simplement non-examinées²⁶ En fait la pratique médicale, qu'elle soit scientifique ou traditionnelle, sera toujours un système culturel. C'est donc à partir de l'examen détaillé des pratiques médicales elles-mêmes, de la construction sociale que cette pratique représente, et aussi des conditions matérielles de cette même construction, que l'anthropologie de la santé pourra intervenir pour restituer à la pratique médicale la dimension sociale qui lui manque.

Lévi-Strauss en étudiant l'efficacité symbolique a démontré que les croyances peuvent guérir les croyants comme elles peuvent aussi les rendre ma-

(22) Relevons le cas du comportement de la mère relativement à son nouveau-né: dans les maternités «ancien style», le bébé était écarté de sa mère. Si la femme se manifestait perturbée, on considérait que lui manquait le sens de la réalité. Elle était malade et était donc traitée en conséquence. Dans la maternité moderne, un lien émotionnel fort de la mère à son bébé est considéré signe de santé. Donc la mère malade sera celle qui ne manifeste pas assez d'attention à son bébé (voir Ingleby, 1982, p. 110).

(23) Ingleby, 1982, p. 91.

(24) D.W. Winnicott avait justement attiré l'attention sur l'aspect ontogénétique de la santé mettant en évidence l'articulation du social, du biologique et du psychologique à toutes les étapes de la vie. (Voir Winnicott, 1977).

(25) HAHN et KLEINMAN, 1983, p. 321.

(26) LAZARUS et PAPPAS, 1986, p. 136.

lades ou même les tuer²⁷. Me reportant de nouveau aux Cokwe de l'Angola, je puis affirmer que le sorcier (agent détenteur d'un pouvoir négatif dans la société), une fois dénoncé, disparaît, indépendamment d'être tué ou pas²⁸.

C'est aussi l'anthropologue en tant que spécialiste du symbolique qui doit exploiter les voies à travers lesquelles les symboles sont littéralement incorporisés aux personnes²⁹. Pour atteindre cet objectif, il faudra commencer par une épistémologie médicale et anthropologique à partir du discours médecin-malade. On découvrira ainsi le contexte plus général de la maladie et du processus de guérison ainsi que son support culturel³⁰.

La contestation aux systèmes de santé ne vient que de commencer. Un nouveau défi est lancé à notre société post-industrielle. L'anthropologie de la santé commence à peine ses recherches. Sa contribution sera décisive pour l'avenir de la pratique médicale dans nos pays.

(27) Voir LEVI-STRAUSS, 1958, p. 205-226.

(28) Les gens disaient que le sorcier avait été «empoisonné». «Mais la réalité était toute autre: quand une personne n'était plus acceptée par le groupe, elle devait disparaître. On sait ce que les gens disent mais on ne sait pas ce qui se passe». (RODRIGUES DE AREIA, 1985, p. 50).

(29) HAHN et KLEINMAN, 1983, p. 322.

(30) Voir STONER, 1986, p. 46-47.

REFERENCES

- BOURAMOUE, C.
1977 Intégration de la médecine traditionnelle africaine à la médecine moderne. *Agecop Liaison*, Paris, n° 36, p. 4-5+p. 13.
- GREMY, F.
1975 Santé publique et pouvoir médical. *L'Arc*, Paris, 62, p.57-66.
- HAHN, R.A.; KLEINMAN, A.
1983 Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Revue of Anthropology* California, U.S.A., 12, p. 305-333.
- HERSZBERG, B.
1975 La médecine malgré eux. *L'Arc*, Paris, 62, p. 67-78.
- ILlich, I.
1975 Némésis médicale, l'expropriation de la santé. Paris: Ed. du Seuil.
- ILlich, I.
1974 Expropriation de la santé. *Esprit*, Paris, 6, p. 931-942
- INGLEBY, D.
1982 A construção social da doença mental. *Revista Critica de Ciências Sociais*, Coimbra, 9, p. 87-113.
(Texte inclus dans le livre organisé par Treacher et Weight, 1982).
- KERHARO, J.
1977 Recherche de médicaments nouveaux dans le cadre de la pharmacopée traditionnelle. *Agecop Liaison*, Paris, n° 36, p. 8-9.
- KIKHELA, N. et al.
1974 La médecine des guérisseurs comme médecine totale - problématique et méthode du projet «médecine traditionnelle zairoise» de l'Office National de la Recherche et du Développement. *Cultures au Zaïre et en Afrique*, Kinshasa, 5, p. 9-37.
- LAZARUS, E.; PAPPAS, G.
1986 Categories of thought and critical theory: anthropology and the social science of medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, Washington, U.S.A., 17(5), p. 136-137.

- LEVI-STRAUSS, C.
1958 Anthropologie structurale. Paris: Plon.
- RODRIGUES DE AREIA, M. L.
1985 Les symboles divinatoires, *Publicações do Centro de Estudos Africanos*, Instituto de Antropologia da Universidade de Coimbra, n°4.
- SINGER, M.
1986 Developing a critical perspective in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. Washington, U.S.A., 17(5), p.128-129.
- SOURNIA, J.C.: RUFFIE, J.
1986 As epidemias na história do homem. Lisboa: Edições 70.
- STONER, B.P.
1986 Understanding medical systems: traditional, modern and syncretic health care alternatives in medically pluralistic societies. *Medical Anthropology quarterly*. Washington, U.S.A., 17(2), p. 44-48.
- SYLLA, O.
1977 Définition d'une politique de recherche sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles. *Agecop Liaison*, Paris, n°36, p. 6-7.
- WENNBERG, J.; GITTELSON, A.
1982 Variations in medical care among small areas. *Scientific American*, U.S.A., 246, p. 120-134.
- WINNICOTT, D.W.
1977 Le concept d'individu sain. *L'Arc*, Paris, 69, p. 13-26.