



HAL
open science

Comprendre la physiopathologie profane

Aline Sarradon

► **To cite this version:**

Aline Sarradon. Comprendre la physiopathologie profane. *Ethica Clinica*, 2008, 51, pp.20-28. hal-00463638

HAL Id: hal-00463638

<https://hal.science/hal-00463638>

Submitted on 13 Mar 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article paru dans la revue *Ethica Clinica*

Sarradon-Eck A., « Comprendre la physiopathologie profane », *Ethica Clinica*, 2008, N°51 : 20-28.

Aline SARRADON-ECK

Comprendre la physiopathologie profane

Les comportements reliés à la santé (prévention, recours aux soins, observance des traitements et des consignes médicales) sont déterminés par divers facteurs, dont le poids est variable selon les contextes socioculturels et biographiques des individus. Des facteurs d'ordre économiques ou sociaux peuvent influencer, par exemple, l'accès aux soins et l'adoption des consignes médicales en matière d'alimentation ou d'hygiène de vie. Les médecins sont souvent plus attentifs aux déterminants psychologiques (structure psychique du patient) et relationnels (relation médecin-malade) sur lesquels ils disposent d'une certaine marge d'action pour modifier les conduites de leurs patients. D'autres déterminants, d'ordre culturel, participent à cette équation complexe. En effet, les travaux des anthropologues¹ ont largement montré que les systèmes de normes, de valeurs, de représentations symboliques et le savoir populaire sur le corps et la maladie des individus sous-tendent les logiques des acteurs – malades et professionnels de la santé – face à la maladie ou à l'exposition au risque. Sans chercher à surévaluer le poids des facteurs culturels, cet article traite plus spécifiquement du savoir populaire sur la physiologie et l'étiologie des maladies. Il vise à rendre compte du *point de vue des malades* - leurs représentations du corps, leurs conceptions et interprétations de la maladie, leurs relations aux autres et au monde révélées par la maladie - afin d'éclairer certains malentendus ou incompréhensions mutuelles pouvant survenir lors de la rencontre clinique.

Le texte s'appuie sur deux enquêtes ethnographiques réalisées dans le Sud Est de la France, en zone rurale et semi-rurale. La première (Eck-Sarradon, 2002), conduite dans le cadre de mon doctorat d'anthropologie, de 1993 à 1998, m'a permis de réaliser une observation participante – étant à la fois acteur en tant que médecin praticien, et observateur en tant qu'anthropologue – d'une consultation de médecine générale. L'observation s'est centrée sur la façon dont le malade décrivait son entrée dans la maladie et sa façon d'expliquer la maladie, son itinéraire thérapeutique dans les différents secteurs qui composent le système de soins (familial, populaire, alternatif et biomédical). La seconde enquête ethnographique, réalisée de 2002 à 2004, a associé l'observation des consultations de dix médecins généralistes et des entretiens avec 68 personnes traitées pour une hypertension artérielle (Sarradon-Eck 2007a et b, Saradon-Eck et al 2007, 2008). Les entretiens ont abordé différents thèmes relatifs aux objectifs de la recherche (suivi des traitements, gestion quotidienne de l'objet-médicament, expérience sociale des traitements) et leurs liens avec les représentations populaires de l'hypertension artérielle.

L'objectif de ce texte n'est pas de présenter un instantané de ce que pouvait être la physiopathologie profane au moment des enquêtes comme une forme de figure inversée de la pensée savante. Il est de rendre compte de la cohérence des conduites des individus face à un problème de santé avec leurs représentations du corps et leurs conceptions de la maladie en décryptant quelques symboles-clefs dans la façon dont les individus nomment leur maladie, expliquent sa survenue, et dont ils pensent les mécanismes causals et les traitements.

Des représentations dominantes : le corps-machine et la maladie exogène

¹ Une synthèse de ces travaux, jusqu'aux années 1990 est proposée par Massé (1995).

L'étude des discours des malades lors des consultations souligne que, selon la physiologie populaire, la représentation dominante du corps reste celle du corps machine, comme l'avait déjà très bien décrit Christine Duriff (1994).

Selon cette représentation, le corps est composé de pièces qui s'emboîtent et s'articulent. Son armature est constituée par les « nerfs » qui, dans le langage courant, sont une catégorie regroupant les faisceaux d'axones mais surtout les tendons des muscles et les fibres musculaires. L'énergie permettant le fonctionnement du corps-machine est un fluide magnétique électrique. Elle est transportée principalement par les nerfs, mais aussi par le sang (la « force »). Comme dans le modèle électrique, il y a dans le corps une énergie négative et une énergie positive, des surtensions et des pannes, qui tout à tour engendrent des douleurs, stimulent la personne ou la fatiguent. Dans cette représentation, la maladie est pensée comme un déséquilibre, principalement énergétique, mais aussi statique. La rupture de l'ordre corporel qui en résulte provoque un désordre dans l'agencement des pièces de la machine corporelle qui sont alors « déplacées » (« déplacement de nerfs », de « vertèbres »).

Le corps machine est entouré d'une enveloppe qui le protège et marque la frontière, fragile, entre un intérieur (sain) et un extérieur (malsain) qui concentre tous les dangers. Qu'il soit dans l'air que l'on respire (pollution, toxines, microbes, humidité, chaud/froid, énergie) ou dans la nourriture consommée (toxines, forces, microbes), le mal pénètre par les nombreux orifices qu'il faut protéger en les obstruant de manière mécanique ou symbolique². Cette représentation correspond au schéma explicatif de la maladie exogène³ - schéma universel que l'on retrouve dans toutes les sociétés et à toutes les époques (Herzlich, 1992) - selon lequel la maladie est provoquée par l'introduction réelle ou symbolique d'éléments nocifs dans le corps. La maladie est perçue comme une impureté, dont on se préserve ou que l'on combat par une purification du corps sans cesse renouvelée (purge, diète, sudation, diurétiques) pour éviter les « empoisonnements ». En cas d'échec, il faut alors extraire au plus tôt le mal pour éviter sa rétention, l'évacuer par toutes les voies possibles : sueurs, urines, crachats, larmes, ainsi que la peau par l'intermédiaire des ventouses et des frictions. Les affections cutanées sont d'ailleurs depuis longtemps considérées comme une forme de guérison car elles signent, dans la pensée populaire, le transport du mal à la surface du corps et son évacuation ainsi que le mentionne un vieux proverbe français « la maladie de la peau est la santé des boyaux » (Loux, 1978). Dès lors, la phase éruptive des maladies infantiles est souvent vécue comme un soulagement par les parents qui pensent que la fièvre « *sort du corps avec les boutons* » ; à l'inverse, certains ne souhaitent pas que l'on traite l'eczéma de leur nourrisson par crainte de le « *faire rentrer* » dans le corps de l'enfant où il se transformera en asthme. Lorsqu'il a pénétré dans le corps, le mal suit son chemin selon un trajet déterminé par la circulation du sang ou tracé par les nerfs, selon une direction généralement descendante (il « *tombe* » dans les bronches, les reins, les intestins, etc.).

De tout temps, et dans toutes les sociétés, le corps est à la fois un « relieur » parce qu'il met en communication l'individu et le monde qui l'entoure par sa perméabilité, et un « interrupteur » parce qu'il identifie l'individu et pose la notion de personne (Le Breton, 1988). À l'instar des sociétés traditionnelles, le corps est toujours un ordonnateur du monde dans la pensée populaire.

La place du sang

² Ainsi, des mamans bien intentionnées bourrent de coton les oreilles de leurs jeunes enfants pour prévenir les otites.

³ Ce schéma explicatif de la maladie n'est pas exclusif. Le modèle de la maladie endogène est aussi présent dans notre société, et peut être emprunté par la même personne selon les circonstances biographiques et selon l'épisode de maladie.

Fluide vital et principal liquide corporel, le sang dans la pensée populaire véhicule, au sens physiologique comme au sens métaphorique, les caractéristiques de l'individu : pureté, force, tempérament, hérédité (Roux, 1988 ; Dos Santos, 1988 ; Gleize, 1994 ; Rousseau, 2005). La circulation du sang symbolise la révolution de la vie. Toute perturbation de son mouvement circulaire dans le corps peut engendrer une maladie. Qu'il soit accéléré ou ralenti, voire figé, qu'il soit en excès ou vienne à manquer, qu'il soit épaissi, que son extériorisation soit empêchée, et la santé est altérée. Dans son mouvement circulaire, le sang subit une épuration qui le régénère. Épuration et régénération du sang sont les deux principes physiologiques élémentaires qui assurent la santé de l'individu. Ils sont particulièrement explicites dans la représentation profane de la fonction des menstruations qui envisage les règles comme une purge naturelle, permettant d'évacuer un sang impur ou en excès, de réguler l'équilibre des forces. Dès lors, toute interruption des menstruations, lors de la prise de certains contraceptifs ou lors de la ménopause, peut provoquer une maladie ou un dysfonctionnement (varices, maux de tête, syndrome prémenstruel, énervement, hypertension artérielle, hyperlipidémie).

La pureté du sang ne suffit pas. Sa fluidité, son abondance et son débit sont aussi essentiels au maintien de la santé. En effet, dans la représentation populaire mécaniste, le corps est perçu comme une machine hydraulique dans laquelle le cœur est une pompe, les vaisseaux sanguins sont des tuyaux, et le débit sanguin est la force motrice. La mesure de la pression artérielle prend alors une valeur symbolique particulière. En effet, les patients comme les praticiens français ont recours à l'expression « *prendre la tension* ». Le verbe « prendre » a ici le sens de mesurer, évaluer, mais c'est un verbe polysémique qui signifie aussi « inscrire ». La « prise de tension », au même titre que l'imagerie médicale (Le Breton, 1990), permet alors de saisir, de visualiser un espace corporel intérieur. Dans le langage commun, le verbe prendre s'utilise aussi au sens de la mesure des pulsations cardiaques (« prendre le pouls »). Dans les médecines galéniques, néo-hippocratiques et vitalistes, la palpation du pouls de la personne malade était un temps fort de l'art médical, permettant au médecin de décrypter les signes par lesquels la nature lui dévoilait le pronostic de la maladie et la conduite thérapeutique (Beauchamp, 2000). Si dans les médecines hippocratiques et galéniques, les tempéraments et la mauvaise qualité du sang expliquaient la survenue des maladies, celles-ci s'expliquent ensuite dans la doctrine mécaniste par un dérèglement de la circulation du sang (Rousseau, 2005), laquelle figurait l'ensemble des fonctions physiologiques (Beauchamp, 2000). Dans un système de pensée qui accorde au sang une valeur symbolique forte, la « prise de tension » est plus qu'une mesure mécanique de la pression du sang dans les vaisseaux sanguins. Elle est chargée symboliquement du pouvoir de révélation à l'individu de la « qualité » de son sang et de son avenir physiologique.

L'exemple de l'hypertension artérielle

Tandis que l'hypertension artérielle est considérée par les médecins comme un dysfonctionnement asymptomatique, la plupart des hypertendus interviewés décrivent des symptômes, qui ne sont pas la plupart du temps reliés à une élévation objective de la pression artérielle. Comment interpréter ces ressentis physiques ?

L'histoire de la pensée médicale et des traitements antihypertenseurs apporte une première explication. La représentation sociale d'une maladie symptomatique, dominante aussi aux États-Unis (Schoenberg, Drew, 2002), s'est construite à partir du discours médical et sociétal des 70 premières années du XXe siècle. Les symptômes évoqués par les personnes interviewées sont du même ordre que ceux que décrivaient les médecins à cette époque. En effet, jusqu'à la généralisation de son dépistage et de son traitement dans les années 1970, seule l'hypertension artérielle aigue accompagnée d'un cortège de symptômes était traitée.

Les publicités médicales pour l'un des premiers médicaments hypotenseurs au milieu du XX^e siècle mettaient en scène des hommes d'âge moyen dont le visage était torturé par la souffrance, en proie à des maux de tête, des vertiges ou des sueurs abondantes (Postel-Vinay, Corvol, 2000). Aujourd'hui, les traités de médecine considèrent l'hypertension artérielle comme un dysfonctionnement asymptomatique, et les hypertendus dans les publicités médicales sont représentés comme des personnes actives, souriantes, ayant une bonne santé apparente. Mais il reste des traces dans les mémoires et dans le savoir populaire de cette période d'hypertension artérielle « bruyante », d'autant plus que nos informateurs sont âgés, pour la plupart, de plus de 60 ans, et ont croisé dans leur jeunesse des hypertendus sévères, symptomatiques puisque non traités.

Le savoir populaire a intégré au cours des siècles le savoir médical avec ses paradigmes humoral et mécaniste, en interaction avec la symbolique du sang dans la société occidentale. Toutefois, cette approche constructiviste ne peut tout expliquer, et doit être associée à une approche centrée sur le sens de l'expérience de la maladie, indispensable à la compréhension par le praticien du vécu de son patient, et de son comportement face à la maladie.

L'analyse du discours des individus permet de rassembler des mots ou expressions qui recouvrent plusieurs sens donnés par la culture. L'étude des occurrences et les associations révèle une configuration de significations (appelé aussi « réseau sémantique ») qui relie les sensations physiques, psychiques, émotionnelles ressenties par l'individu au cours d'un épisode donné de maladie avec les symboles clefs de sa culture et des valeurs de la société à laquelle il appartient (Good, 1998). L'étude du réseau sémantique de l'hypertension artérielle des personnes interviewées permet ainsi de mettre à jour deux catégories de sensations physiques désagréables ou douloureuses décrites par les personnes hypertendues. Celles-ci sont reliées explicitement ou implicitement à la physiopathologie populaire de l'hypertension artérielle dans laquelle le « sang » occupe une place prépondérante.

a) Des symptômes et des causes :

La première catégorie regroupe trois groupes de sensations désagréables. Tout d'abord des « bouffées de chaleur », le fait d'« avoir chaud », d'« être rouge », d'être « prêt à éclater » ou « à exploser », d'« avoir des sueurs », des « tremblements », des « sifflements » ou des « bourdonnements dans les oreilles », « les oreilles chauffent » ou « gratouillent », des « saignements de nez », « le sang qui monte à la tête ». Ces sensations évoquent l'idée d'une surpression du sang dans le corps soit par une élévation de sa température, soit par une augmentation de son volume. Les images de la « cocotte minute » ou de la « marmite qui bouillonne » ont d'ailleurs été utilisées par quelques personnes pour décrire leurs symptômes. Ensuite les personnes signalent des « maux de tête », le fait de « se sentir compressé » ou « oppressé », l'« essoufflement », les « douleurs dans les yeux ». Ces symptômes ressentis suggèrent l'idée d'écrasement, de poids, d'étouffement, de compression qui est souvent mimée par les personnes. Enfin viennent des signes tels des « étourdissements », des « vertiges », des « pertes d'équilibre » ou le fait d'« avoir la tête qui tourne quand on se relève » ou que l'« on tourne sa tête brusquement », la « fatigue », les « endormissements inopinés », les « papillons devant les yeux », le fait de « ne pas être bien dans sa peau », d'« avoir une gêne ». Ces symptômes évoquent une perte de la force motrice.

L'hypertension artérielle est perçue pour une partie des interviewés comme une gêne à la circulation du sang dans les artères car celles-ci sont moins souples, « les tuyaux se bouchent », ce qui explique l'augmentation de la pression artérielle. Pour d'autres « c'est parce que le sang circule trop vite », d'autres personnes préfèrent parler de « difficulté de la

circulation du sang ». Cette «difficulté » s'explique par différentes raisons qui ne sont pas toujours conformes aux lois de la biologie et de la médecine : « *sang trop épais* », « *trop de sang dans le corps* », « *sang pas assez aéré* », « *débit déficient* ». L'hypertension artérielle, c'est aussi dans les récits « *le sang qui monte à la tête* », « *un truc qui submerge, qui monte, qui envahit le cerveau* », « *c'est quelque chose qui gonfle avec un besoin que cela sorte* ». Et lorsque les malades nomment leur maladie, ils parlent de « *poussées de tension* », de « *tension qui monte* » ou qui « *descend* ». Une logique analogique relie les représentations et les ressentis, offrant un cadre cognitif d'interprétation des symptômes et du mécanisme causal de l'hypertension artérielle dans le registre de la surpression, de la compression, de la perte de la force motrice. Dans ce système de pensée dans lequel le corps est une machine hydraulique (cœur-pompe, vaisseaux-tuyaux, débit-force), le cœur n'est pas exposé à un risque d'explosion (contrairement aux vaisseaux sanguins ou au système nerveux), mais à une menace de défaillance motrice.

La seconde catégorie regroupant des symptômes comme « *la tension dans la nuque* », « *la mâchoire qui se crispe* », fait référence aux « nerfs ». Les personnes interrogées précisaient qu'elles étaient « *toutes tendues* » que « *leurs muscles, leurs nerfs restaient tendus* », tout en mimant ces sensations. Les mécanismes physiologiques qui font intervenir les « nerfs » ne sont pas très explicites dans les récits. Les nerfs ont le pouvoir d'élever la pression sanguine probablement par « *échauffement du sang* » comme d'autres auteurs l'ont décrit (Dressler, 1982). Mais la relation entre sang et nerf est étroite comme en témoigne le diagnostic populaire de « *tension nerveuse* », véritable entité nosologique populaire, et l'analyse des catégories étiologiques populaires de l'hypertension artérielle. En effet, pour plus de la moitié des personnes interviewées, le « stress », au sens que lui accorde le langage courant, est la cause de l'hypertension artérielle, seule ou en association avec d'autres causes. Mais le « stress » recouvre des significations différentes selon les événements auxquelles les personnes se réfèrent.

Le stress renvoie, d'une part, aux événements ou aux situations telles : 1) les charges de travail, avec leurs contraintes, leurs cadences, leurs responsabilités ; 2) les difficultés relationnelles au travail ou au sein de la famille ; 3) les conditions d'existence pénibles, matérielles, financières, conjoncturelles ou de rythme de vie. D'autre part, il renvoie, aux accidents biographiques (décès ou maladie d'un proche, le handicap, la rupture ou le divorce) qui créent un choc émotionnel, ou encore à ce que les personnes nomment « *contrariétés* », « *soucis* », « *problèmes* ». Dans ces deux acceptations, une logique chronologique relie les événements critiques vécus par l'individu et l'hypertension artérielle. Enfin, la cause de ce que les personnes nomment « tension nerveuse » réside dans le tempérament « *anxieux* », « *nerveux* », « *bilieux* », « *bouillonnant* », « *sur les nerfs* », de personnes qui « *garde les soucis à l'intérieur* ».

Que ce soit dans la catégorie « stress », ou « tempérament », les mots des interviewés parlent de « *pression* », de « *surcroît* » de soucis ou de travail (« *beaucoup* », « *trop* », « *tout le monde comptait sur moi* », « *on nous demande toujours plus* », « *ça déborde* »). La vie sociale ou les émotions submergent l'individu qui ne peut plus faire face aux débordements, à l'excès, à l'accumulation. L'hypertension artérielle est alors la métaphore de la pression sociale, ou encore la métaphore de l'inquiétude et des émotions. C'est donc une logique métaphorique qui relie « nerfs » et pression artérielle dans la pensée populaire.

Dans les récits, les associations par les relations de causalités, ou par des logiques analogiques, chronologiques ou métaphoriques entre étiologies, mécanismes causals et signes physiques font de la « tension » une métaphore qui relie l'expérience corporelle et l'interaction sociale. Le monde des émotions qui échappe à l'individu est systématisé, exprimé et ordonné dans des formes culturelles (Pandolfi, 1993) qui permettent de les traduire

et de les communiquer au travers des signes cliniques qui sont autant d'unités de significations. La maladie, comme l'écrivent Scheper-Hugues et Lock (1987) est une « forme de communication – un langage des organes- à travers lequel s'expriment la nature, la société et la culture ».

Quel apport pour le praticien ?

Au-delà de la compréhension des rapports que l'individu entretient avec les autres, avec la société et le monde dans lequel il vit, la connaissance des représentations du corps et de la maladie permet de comprendre les logiques qui sous-tendent certaines conduites, telles l'usage des médicaments hypotenseurs.

Le médicament hypotenseur est pensé par la plupart des personnes interviewées comme un remède qui « entretient » le corps en régulant la pression, fluidifiant le sang, nettoyant les vaisseaux, les dilatant, éliminant l'excès de liquide et protégeant le cœur en tant que force de propulsion du sang, en correspondance avec la représentation mécanique du corps. La représentation du corps comme machine hydraulique et instrument de travail est prégnante dans la culture rurale (Julliard, 1994) comme dans la culture ouvrière (Pierret, 1984), d'où sont issus la plupart de nos enquêtés pour lesquels le muscle cardiaque, en tant que « pompe », est un organe « essentiel ». Dès lors, plusieurs personnes ont confié prendre plus régulièrement les médicaments perçus « pour le cœur » que ceux qui abaissent le taux de cholestérol ou la glycémie (« *Je n'ai jamais oublié mes médicaments pour l'hypertension, par contre il m'arrive d'oublier celui pour le sucre (...) Il est moins important je trouve, c'est moi qui dit ça (...) Le diabète c'est le foie, le pancréas, alors que l'hypertension c'est le cœur et le cœur c'est le moteur, il est irremplaçable* » homme, 73 ans, employé). Une dame de 73 ans, la main sur la poitrine, nous explique qu'elle a compris que le médicament hypotenseur était « pour le cœur » lorsque le pharmacien lui a rappelé qu'elle devait le prendre tous les jours. Ainsi, certains hypertendus opèrent une hiérarchisation des traitements qui se répercute dans l'observance des traitements avec des prises médicamenteuses moins régulières pour les médicaments qui ne sont pas perçus comme essentiels au fonctionnement de la machine ou à la protection du cœur.

Cependant, cette action de protection du cœur est aussi intimement liée à une représentation du corps dans la société occidentale qui accorde une dimension symbolique au muscle cardiaque. En effet, une personne hypertendue affirme suivre scrupuleusement la posologie inscrite sur son ordonnance parce que le cœur « *C'est quelque chose de sacré !* ». Dans l'iconographie religieuse catholique, le cœur est un symbole de protection (Loux, 1979). D'autre part, les cœurs qui s'offrent, se gravent ou se dessinent sur les objets sont des signes de protection contre la rupture et l'éphémère. La pensée symbolique, en y situant les passions et les sentiments, associe le cœur à la volonté de vivre. Siège de l'amour, de l'intelligence, de la générosité, du courage et de la joie, le cœur est aussi dans la pensée occidentale la partie la plus secrète et la plus profonde de la personne. Employé pour désigner l'intérieur même de l'homme, il était aussi, dans la chrétienté, l'équivalent de l'âme. Les médecins ont contribué à une mythologie du cœur (Beauchamp, 2000) en considérant le muscle cardiaque comme le siège de l'âme jusqu'aux Lumières. William Harvey, qui découvrit la circulation sanguine en 1628, comparait le cœur « au dieu créateur et protecteur du corps ». Même si la chirurgie cardiaque (opérations à « cœur ouvert » et greffes) a contribué à sa désacralisation, à une banalisation de son image et de sa mission d'expression des passions et de l'expérience affective (Durif-Bruckert, 1994), le cœur garde une forte charge symbolique. Sacré ou sentimental, il est une force de propulsion, un organe protecteur de l'homme et qui doit être protégé spécifiquement au point qu'une personne nous parlait de ses hypotenseurs comme des « *médicaments de survie* ».

La hiérarchisation dans l'importance des médicaments s'applique aussi aux diurétiques qui ne sont pas pensés par certains comme un traitement spécifique de l'hypertension artérielle mais plutôt comme un « *complément* ». En effet, le diurétique est souvent réinterprété par les interviewés comme un « *fluidifiant* » permettant « *d'alléger* » ou « *d'aérer* » le sang, facilitant ainsi sa circulation dans les vaisseaux sanguins, ou encore comme un médicament « *pour soulager les reins* ». Dans ce dernier cas, leur action est considérée comme « *complémentaire* » permettant d'évacuer un excès de liquide dans le sang lors des épisodes d'élévation de la pression artérielle, à l'instar de la saignée à laquelle ils ont longtemps été associés dans la pensée savante. Ils sont alors perçus comme un traitement des hausses tensionnelles, et non comme le traitement de base de l'hypertension artérielle, ce qui génère chez certains un mésusage du médicament.

Cependant, la représentation de l'hypertension artérielle comme une maladie symptomatique, et non un facteur de risque cardiovasculaire silencieux, peut favoriser l'observance. En effet, alors que l'absence de ressentis des symptômes peut être un obstacle au traitement (certaines personnes « *oubliant* » de prendre leur médicament ou refusant de les prendre parce qu'ils ne se sentent pas « malades »), envisager l'hypertension artérielle comme une maladie facilite l'adhésion au traitement. L'hypertension-maladie est un état contrôlable par l'individu parce qu'il est une expérience vécue subjective, et non une donnée abstraite comme l'est la probabilité de survenue d'un accident cardiovasculaire. Cette conception est alors plus « efficace » au quotidien pour gérer les stratégies de maîtrise du risque (les complications de l'hypertension artérielle) en renforçant la mise en oeuvre de conduites préventives et de protections mécaniques et symboliques du corps (médicaments, règles hygiéno-diététiques, surveillance médicale).

Saisir le « point de vue des acteurs », principe fondamental de la démarche anthropologique, n'est-il pas aussi celui d'une éthique des soins ? Une démarche éthique, respectueuse de l'autonomie du patient, doit aussi s'assurer que toute l'information nécessaire à été donnée au patient pour qu'il puisse choisir de suivre ou non les prescriptions médicales. Mais peut-elle faire abstraction du « point de vue » du patient, de son savoir profane, de ses valeurs, de ses propres logiques ?

Bibliographie

Beauchamp C., 2000, *Le sang et l'imaginaire médical. Histoire de la saignée aux XVIIIe et XIXe siècles*, Paris, Desclée de Brouwer

Dos Santos J.R., 1988, Des plantes, du sang et des Cévennes, *Savoirs*. 1 (Les plantes et le sang) : 98-132.

Dressler W., 1982, *Hypertension and culture change. Acculturation and disease in the West Indies*, Relgrave Publishing company, NY.

Durif-Bruckert C., 1994, *Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Métailié.

Eck-Sarradon A., 2002, *S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

Herzlich C., 1992, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Editions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Gleize P., 1994, L'hérédité hors du champ scientifique, *Ethnologie française*. 24 (1) : 11-24.

Good B., 1998, *Comment faire de l'anthropologie médicale. Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Synthélabo, Les Empêcheurs de penser en rond

Julliard A., 1994, Une belle plante. Anatomie humaine et plantes médicinales, *Écologie humaine*, 12 (1) : 29-51.

Lebreton D., 1988, Dualisme et Renaissance. Aux sources d'une représentation moderne du corps, *Diogène*, N°142, pp. 41-63.

Le Breton D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

Loux F. et Richard P., 1978, *Sagesse du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, Paris, Maisonneuve et Larose

Loux F., 1979, *Pratiques et savoirs populaires. Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Ed Berger-Levrault.

Massé R., 1995, *Culture et santé publique*, Montréal, Paris, Casablanca, Gaëtan Morin Éditeur

Pierret J., 1984, « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essone, l'Hérault », in Augé M. et Herzlich C. (dir) *Le sens du mal*, Paris, Éditions des archives contemporaines, pp. 217-256.

Pandolfi M., 1993, Le Self, le corps, la « crise de présence », *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2 : 57-77.

Postel-Vinay N., Corvol P., 2000, *Le retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardiovasculaire*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Rousseau V., 2005, *Le goût du sang. Croyances et polémiques dans la chrétienté occidentale*, Paris, Armand Colin.

Roux J.P. , 1988, *Le sang. Mythes, symboles et réalité*, Paris, Fayard.

Sarradon-Eck A., 2007a, Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues , *Sciences Sociales et Santé*, vol 25, n°2, pp. 5-36

Sarradon-Eck A., 2007b, Prévoir la maladie cardiovasculaire : le discours médical et le discours profane, in Rossi I. (dir), *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*, Paris, Aux lieux d'être, pp. 153-175.

Sarradon-Eck A., Blanc M.A., Faure M, 2007, Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques. Une approche anthropologique, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55 : 179-185.

Sarradon-Eck A, Egrot M, Blanc M-A, Faure M, « Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle », *Pratiques et Organisation des soins*, 2008, 39 (1) : 3-12.

Scheper-Hugues N, Lock M, 1987, The « mindful body » : a promelomegon to future work in medical anthropology, *Medical Anthropology Quarterly*, 1 : 1-36.

Schoenberg N.E. et Drew E.M., 2002, Articulating silences : experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology, *Medical Anthropology Quarterly*, 16, 4 : 458-475.