

Maria Fernanda Acosta

L’empreinte de la biomédecine et la possibilité d’emprunts entre les différents systèmes de santé

Introduction

Dans le cadre de l’anthropologie, la question des emprunts et des empreintes se pose de manière assez évidente, puisque cette science était à son origine une science d’autrui : créée dans un contexte académique, elle s’interrogeait sur les cultures « autres », généralement considérées comme périphériques. Par conséquent, épistémologiquement, l’anthropologie a été à la base une science des emprunts avec lesquels les auteurs laissaient leurs empreintes académiques.

Plus spécifiquement, dans le domaine de l’anthropologie médicale, même si les savoirs ancestraux relatifs aux pratiques de santé ont été utilisés au sein de chaque culture, historiquement l’influence a été grande d’un système médical académique — la biomédecine — qui s’est présenté comme le seul valable, sûr et évolué, tirant argument du positivisme. À partir du XIX^e siècle, des procédures juridiques de validation du système de santé académique ont été mises en place dans le monde cimenté sur le positivisme ainsi qu’une idéologie de subalternisation et de domination qui signifiait l’exclusion des autres systèmes de santé – ceux non académiques. Les empreintes laissées répondent à une logique hégémonique et même colonialiste.

À l'heure actuelle, les peuples qui ont été colonisés, (dans le cas de l'Amérique Latine et dans celui de l'Équateur) et auxquels la culture dominante a imposé un système de santé basé sur un paradigme académique, revendiquent leurs propres cultures, pratiques et savoirs de sorte qu'ils puissent être inclus dans le système national de santé. Cependant, les relations entre les agents de santé demeurent tendues et marquées par le regard d'exclusion porté sur les savoirs ancestraux. Dans ce cadre, il est important d'identifier les relations entre les différents systèmes de santé dans le but d'identifier les emprunts éventuels et de déterminer si un dialogue des savoirs est possible.

Afin d'exposer comment s'articulent empreintes et emprunts, ce texte propose nos axes de travail : d'une part un exemple de contexte historique dans lequel la biomédecine assoit son hégémonie, d'autre part le parcours fait par l'anthropologie médicale pour être reconnue comme un domaine de l'anthropologie, les critiques et débats, et une analyse des relations envisageables entre les systèmes de santé.

I. Empreintes de la biomédecine, contexte historique de légitimation du paradigme biomédical, cas du Canada

Avec la création des états, plusieurs pays ont fait de la santé un enjeu institutionnel. Les soins naguère procurés par la famille, les proches, les amis ou même par des accoucheuses traditionnelles ou d'autres guérisseurs sont devenus des sujets de politique publique. Comment ce changement a-t-il eu lieu ?

L'article de Gilles Dussaut « Professionnalisation et déprofessionnalisation » expose le contexte dans lequel le système biomédical est devenu hégémonique au Canada, comment il a réussi à imposer une empreinte dans un contexte de domination. D'après cet auteur, la validation de la médecine issue du rationalisme d'Occident a été fortement motivée par les intérêts économiques des médecins qui commençaient à avoir une formation académique sur la santé et voulaient assurer leurs honoraires.

Au Québec, c'est au XIX^e siècle que les conditions permettant à quelqu'un de se consacrer en plein temps à la médecine et d'espérer y gagner raisonnablement sa vie sans dépendre de quelques riches bienfaiteurs, ont été créées à la faveur de la croissance de la population et de la population et de sa concentration géographique ainsi que la

hausse de niveau de vie (...) En même temps, cette concurrence eut pour effet de provoquer chez certains une prise de conscience de leur communauté d'intérêts. Les médecins avaient généralement en commun d'avoir fait un investissement de temps et d'argent substantiel dans leur éducation et leur installation »¹

En cherchant à garantir leur participation dans le « marché en expansion » de la santé, les médecins au Canada sont les premiers à se regrouper en associations pour se protéger des autres guérisseurs. Cependant il fallait aussi établir leur crédibilité qui a été bâtie sur l'argument que seuls les agents de santé ayant une « formation appropriée » étaient en mesure de formuler un diagnostic et prescrire un traitement [Ibid., p. 5]. Leur formation était validée par l'université qui les accréditait et donc par l'éducation officielle. Leur pratique était protégée par des assurances.

Il fallait établir également un cadre juridique qui les reconnaisse comme les seuls agents habilités pour agir dans le domaine de la santé. C'est ainsi qu'en 1788 apparut la Loi médicale, actualisée en 1847, qui instaura le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada et établit que « personne ne pourra pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans le Bas-Canada, à moins que telle personne ne soit dûment licenciée pour pratiquer » [S. C. dans Dussault, 5].

Une fois garantie leur position de dominance, il leur fallait aussi assurer le maintien de leur crédibilité en établissant un processus de standardisation de la formation du secteur de la santé :

En créant un univers symbolique (titres, équipement, vocabulaire, équipement) qui conférait un prestige aux activités de leurs membres ; en discréditant les pratiques alternatives ; enfin, de façon générale, en exerçant des pressions continues pour obtenir ou conserver le soutien des institutions qui contrôlent les ressources nécessaires au maintien de leur position de dominance.²

D'après cet auteur, deux stratégies sont mises en place : la première visant à éliminer la possible concurrence et la deuxième s'employant à subordonner et contrôler les occupations auxiliaires telle que l'infirmierie

¹ Dussant, date ??, 4

² Dussant, date ??, 5

en établissant une division du travail et une professionnalisation de la santé avec des spécialisations.

Dussault cite le cas de l'Angleterre où entre 1915 et 1920 les professionnels dentaires ont réussi à empêcher la formation d'une nouvelle catégorie de personnel en charge des services de santé scolaire [Ibid., 5].

L'état eût un rôle prépondérant dans le procès de monopolisation de la santé et l'exclusion et la marginalisation des thérapies alternatives, puisqu'il a fourni les outils juridiques, académiques et matériels pour établir une hiérarchisation idéologique du système biomédical qui est devenu dans plusieurs cas le système officiel de santé.

Même si ce système s'est établi, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs se sont maintenus dans plusieurs sociétés car ils répondaient aux besoins et aux logiques d'autres cultures qui n'avaient pas subi directement le processus de légitimation exclusive du système biomédical. L'anthropologie médicale remet en question cette hiérarchisation et cherche à comprendre d'autres systèmes de santé, cette discipline permet de remettre en question l'unicité de cette empreinte et, en même temps, de visualiser les autres systèmes de santé.

II. *Le parcours de l'anthropologie médicale : le lieu des emprunts*

Ce n'est qu'en 1950 que l'anthropologie commence à s'intéresser à des « systèmes de médecines savantes » (Saillant et Genest, date ou œuvre, 5) tels que les médecines chinoise, tibétaine, ayurvédique et unani, mais l'approche se fixait sur les aspects symboliques et religieux, sur le lien entre les cosmologies religieuses et les cosmologies médicales [Ibid., 5].

Entre les années 1950 et 1960, les recherches anthropologiques sur ces sujets étaient instrumentalisées puisqu'elles cherchaient à mieux connaître les pensées d'autrui pour instaurer la biomédecine et « améliorer » la santé de ces populations.

C'est seulement dans les années 1970 qu'on commence à parler d'une anthropologie médicale qui critiquait le système biomédical et le remettait en question, « les travaux anthropologiques ont été de plus en plus critiques envers ce qu'ils percevaient comme la déshumanisation de la biomédecine, son réductionnisme biologique, sa technicisation, son hégémonie, sa collusion avec *l'establishment* et les sociétés, son insensibilité aux autres formes de savoir... » (Ibid., 6).

Les auteurs reconnaissent trois influences importantes qui ont donné consistance à cette critique : la reconnaissance par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) de la médecine traditionnelle en 1978, le travail de Michel Foucault qui analyse la biopolitique et la gouvernementalité du pouvoir médical et les efforts des mouvements sociaux, notamment celui des femmes sur des sujets obstétricaux. Les ouvrages de Foucault visent à analyser « l'assujettissement des patients » dans le système biomédical et ils critiquent sa hiérarchisation qui nie les autres systèmes de santé.

Les travaux de Jean Benoist ont contribué à considérer la biomédecine en tant qu'une « ethno-médecine » telle que les autres systèmes médicaux étudiés, ce qui remet en cause les regards exotisants et folkloristes sur les systèmes traditionnels de santé. Des auteurs comme Fassin critiquent la réduction du corps à une structure biologique dans la biomédecine et introduisent d'autres concepts comme l'esprit ou le langage du corps colonisé par le paradigme épistémologique de la biomédecine [Ibid., 10].

Au cours des décennies 1980 et 1990 naquirent des études culturelles, postcoloniales et multiculturelles, influencées par les approches féministes et critiques qui portaient sur l'interprétation antiréductionniste de la culture et incorporaient l'idée que les systèmes de santé se placent dans une « guerre de sciences » ou une « guerre des cultures » (Bibeau et al, 24).

Le concept foucauldien de biopouvoir a été repris et remodelé par d'autres anthropologues tel que Giorgio Agamben décrivant un Nouvel Ordre Mondial qui :

Est fondé principalement sur l'hégémonie ; le pouvoir ; les différences de classe et de genre, la concentration du capital, l'échange inégal et sur la surveillance serrée de la société par le biais des nouvelles technologies. Les notions anthropologiques de biopolitique et de biopouvoir révèlent que les biotechnologies emploient constamment l'hégémonie, l'inégalité et la subordination pour créer un consensus social afin de contrôler les individus et les collectivités.³

L'anthropologie médicale tend à démedicaliser et incorpore donc plusieurs débats visant à légitimer un pluralisme médical. Alors que

³ Ibid., 27.

« l'anthropologie médicale classique centrait son attention sur le droit d'existence et la légitimation des médecines autres dans le contexte d'une lutte économique et symbolique pour le « droit de soigner autrement » et la reconnaissance d'épistémologies alternatives » (Saillant et Genest, date ou œuvre, 14), les débats issus de cette sous-discipline touchent des sujets non seulement médicaux et biologiques, mais aussi politiques, économiques, culturels et sociaux.

Si l'anthropologie médicale permet de comprendre la complexité de la réalité culturelle et la verticalité des empreintes laissées, il faut analyser quelles sont les conditions et possibilités d'emprunts entre ces différents systèmes de santé.

III. Les possibles relations entre les systèmes de santé : une possibilité du partage ?

Pour rendre évidentes les possibles emprunts entre les systèmes de santé, il faut une classification et une définition de deux systèmes de santé, entre lesquels les limites soient clairement définies.

D'après Fernando Ortega, trois systèmes de santé existent en parallèle : le système de santé officiel ou « d'attention à la maladie » (Ortega, date ou œuvre, 50), le système traditionnel et le système alternatif⁴. Le dernier système regroupe des thérapies qui ont une façon différente (par rapport à la médecine académique et au système traditionnel) de comprendre et classer les maladies et qui ont une pratique contrastante de diagnostic et soin. Le premier système aussi appelé biomédecine ou système académique de santé est l'héritier de l'école d'Alcmeon de Crotona et d'Hippocrate et il est décrit comme :

Connu en tant que système de santé officiel, moderne, scientifique, occidental ou conventionnel ; depuis longtemps, il a fait preuve d'efficacité, d'efficience et d'efficacité dans l'application des procédures curatives visant principalement à lutter contre le processus biologiques

⁴ Ortega conçoit comme médecine alternative: l'hydrothérapie, l'aromathérapie, la thérapie neurale, la thérapie bioénergétique, l'iridologie, la réflexologie, l'acupuncture, la digito-pression, le reiki, le magnétisme, entre autres.

qui affectent, de façon aiguë ou chronique, la santé des individus ou des populations⁵ (notre traduction).

Internationalement, les médecines chinoises, l'*Ayurveda* (issue de l'Inde), l'*Unani* (arabe) et les médecines des Andes et de l'Amazonie sont reconnues comme faisant partir du système traditionnel ou ancestral de santé. La vision traditionnelle conçoit l'être humain d'une façon intégrale qui inclut les éléments naturels ou biologiques de son corps physique ; sa dimension sociale qui produit un comportement groupal et, aussi sa dimension spirituelle, laquelle se compose de ses conceptions sur l'essence de la vie, le maintien des valeurs humaines et la connexion à un monde surnaturel [Ibid., 51].

Dans le contexte d'un état, d'un pays où plusieurs cultures et peuples partagent un même territoire, ce qui implique des relations entre elles, il y a différentes façons de comprendre des interactions. Miriam Hernández Reyna dans son article « Sobre los sentidos de « multiculturalismo » e « interculturalismo » » fait dialoguer les concepts de « multiculturalismo », « interculturalismo », « interculturalité » et « multiculturalité » chez Beuchot, Bartolomé et Olivé pour conclure que tandis que le « multiculturalismo » présente l'existence d'une « multiplicité de cultures dans une société », « l'interculturalismo » décrit une « réunion entre les cultures et les relations et interactions entre elles »⁶ (nos traductions).

Dans le domaine de l'anthropologie médicale, les distinctions entre ces concepts mettent en évidence les différentes relations qui peuvent exister entre les cultures d'un même pays ou société. Soit les cultures

⁵ Ortega, **date ou oeuvre**, 50-51 : « Este modelo de atención de la enfermedad también conocido como sistema de salud oficial, moderno, científico, occidental o convencional, ha demostrado por largo tiempo eficacia, efectividad y eficiencia en la aplicación de procedimientos curativos orientados principalmente a contrarrestar procesos biológicos que deterioran la salud de los individuos o de la población en forma aguda o crónica. Este modelo convencional a fines del siglo pasado, no prestó mayor atención. »

⁶ Hernández Reyna, **date ou oeuvre**, 436 : « [El Interculturalismo se refiere a] una reunión entre culturas y a las relaciones e interacciones que se den entre ellas. En cambio, en el multiculturalismo lo que se afirma es la existencia de una multiplicidad de culturas en una sociedad. »

vivent indépendamment les unes des autres sans avoir des liens, dans ce cas entre les différents systèmes de santé ; soit il y a des relations entre les systèmes culturels de santé, ce serait le cas de l'interculturalité dans la santé, qui est analysée par Myrna Cunningham.

Cette auteure explique les rapports politiques, dans les discours ou dans le quotidien qui existent entre les différents systèmes de santé d'une société⁷. Bien que dans certains cas, il n'y ait pas de frontière absolument rigide entre eux et qu'ils puissent partager des éléments entre eux. Par conséquent, on peut parler de relations interculturelles dans les approches de santé [Cunningham, *date ou œuvre*, 8] :

1. L'approche paternaliste ou intégrationniste
2. L'approche culturaliste
3. L'approche de la coexistence
4. L'approche de l'*empowerment*⁸ ou autonome

L'approche paternaliste ou intégrationniste, tout en reconnaissant la diversité culturelle formelle, présente le système de santé officiel en tant que système valide, avec son paradigme biomédical. Les manifestations culturelles des autres groupes ethniques sont reconnues comme faisant partie d'une diversité culturelle, mais elles sont perçues comme intéressantes et folkloriques ; cependant, dans la pratique, ce système fournit une approche médicale officielle qui ne tient pas compte des particularités culturelles. Les caractéristiques de cette approche paternaliste sont :

- Absence d'intérêt pour incorporer la langue non officielle à la pratique biomédicale, même si c'est la langue de la population qui utilise le service.
- Des politiques publiques avec une répartition équitable des ressources entre les différents systèmes de santé.

⁷ Tels que son propre réseau de significations et de types de pratiques concernant l'accouchement et la consommation du colostrum chez les accoucheuses traditionnelles, dans le cas spécifique de la recherche menée.

⁸ Ce terme n'a pas une traduction exacte, mais il est relié à la revendication de pouvoir sur lui-même, à la possibilité de décider sur son propre domaine.

- Absence de reconnaissance de la validité des sagesses, des connaissances, des pratiques et des savoir-faire des agents de la santé ancestrale.
- Carence d'espaces de participation de la population sur la santé qu'elle reçoit.
- Absence d'intérêt du système biomédical pour comprendre la complexité culturelle de la population locale, et sa conception des maladies.

Cette approche, qui est teinte de relations de verticalité et de la domination du système académique sur le système de santé ancestral qui est subalternisé, est exemplifiée dans la citation suivante:

Lorsque le Dr Manuel, résumant la pensée de la plupart des médecins sur accoucheuses traditionnelles, explique qui sont les «indigènes, paysannes, autochtones bêtes qui s'habillent en jupes et vivent avec des animaux, elles n'ont pas d'hygiène, pas de connaissances des soins infirmiers, elles ne sont pas rationnelles ni scientifiques comme les blancs ; elles ne savent ni ne comprennent rien, mais elles sont nécessaires, car elles aident les paysans pauvres avec lesquels elles partagent une culture traditionnelle⁹ (notre traduction).

L'approche culturaliste reconnaît le pluralisme culturel et revendique le droit aux différences culturelles, mais celles-là sont définies comme des différences linguistiques ou des manifestations culturelles folkloriques. Cette approche ne bouscule pas les conditions réelles de domination, car elle ne suppose pas des espaces de participation sur la prise de décisions en matière de santé. La participation se limite à des référendums organisés par l'état sans avoir une discussion sur le sujet. Le système dominant ne cherche pas à comprendre les représentations culturelles ni les principes de la médecine de l'autre culture. Ainsi, dans le

⁹ Malve Goblet, **date ou œuvre**, 59 : « Cuando el Doctor Manuel, resumiendo el pensamiento de la mayoría de los doctores, dice de las parteras que son todas “i indígenas, campesinas, autóctonas brutas que se visten con polleras y viven junto a los animales, no tienen aseo, ni conocimiento de enfermería, no son racionales ni científicas como los blancos, no saben ni entienden nada, pero son necesarias porque ayudan a la gente pobre del campo que comparte con ellas una cultura tradicional”(escenario dos), aparecen claramente varios discursos hegemónicos. »

domaine de la santé, les populations autochtones sont considérées comme des «promoteurs» du système de santé officiel, sans un véritable processus de dialogue des savoirs qui tient compte de la culture ou des besoins réels de la population. Les promoteurs ont également le rôle de traducteurs de la langue de chaque peuple dans la langue dominante, ils sont des interprètes dans le cadre d'un système de santé dominant.

L'approche de la coexistence naît principalement à cause des vagues de migration et du contact interculturel. Elle défend le contact entre les différents systèmes de santé qui implique une connaissance d'une culture et l'incorporation d'éléments culturels d'autrui. Le dialogue interculturel est encouragé. Or souvent les relations de pouvoir qui s'exercent sur cette rencontre ne sont pas clairement établies et le risque est que ce soit la culture subalternisée qui intègre des éléments de la culture dominante sans une réciprocité réelle et profonde, ce qui implique un dialogue des connaissances.

Enfin, l'approche de l'*empowerment* ou d'autonomie consolide ces processus autonomes dont les droits à l'autodétermination, la participation effective dans les espaces de décision. La culture et la cosmovision de chaque village ou groupe ethnique sont respectés. Des processus d'auto-gestion des systèmes de santé se mettent en place à partir d'une participation réelle aux décisions et de la reconnaissance de la technologie propre des peuples minoritaires dans le cadre d'une incorporation des normes traditionnelles de santé. La politique publique nationale garantit la pratique ancestrale de santé et les droits de connaissances intellectuelles collectives [Cunningham, *date ou œuvre*, 8-11].

Ces quatre approches permettent d'avoir un panorama des différents rapports entre les systèmes de santé. Cet outil théorique permet d'identifier non seulement l'existence d'emprunts entre les cultures et leurs médecines, mais aussi la qualité de ces emprunts : s'ils sont traversés par la négation d'un paradigme ; s'il y a des rapports folklorisants et de domination d'un système sur l'autre ; s'il y a du dialogue, des emprunts et des partages entre les systèmes dans une situation de reconnaissance et de respect ; ou s'il s'agit de systèmes indépendants et autonomes sans aucun emprunt.

Conclusion :

Les dernières années sont marquées par les revendications des peuples dominés par une culture issue du positivisme qui leur a imposé un système médical académique –lequel est devenu le système officiel de santé de la plupart des états – et qui a subalternisé toute autre connaissance et cosmovision culturelle, ceux sont les empreintes du système bio-médical de santé. Une réponse épistémologique sur ce sujet a été la naissance de l'anthropologie médicale qui a commencé par des discussions sur les aspects religieux et symboliques des autres systèmes de santé, puis elle s'est constituée comme un outil pour comprendre les autres systèmes de santé pour pouvoir les « améliorer » avec l'introduction de la biomédecine. Finalement elle a réussi à avoir un regard critique sur elle-même, en remettant en question la hiérarchie absolue du système médical académique et en plaçant ce débat dans un contexte plus large, celui du « nouvel ordre mondial » qui se compose de plusieurs relations de domination et de subalternisation.

Cunningham complète cette analyse en fournissant l'outil théorique des approches d'interculturalité dans le domaine de la santé avec lesquelles se rend visible la qualité des emprunts possibles entre les systèmes de santé. Dans plusieurs scénarios possibles, il existe des situations de domination, de folklorisation, de partage et d'autonomie, qui peuvent être des possibilités de rapports entre les différents systèmes médicaux.

Cette communication ne cherche pas à nier les apports de la science, de la technologie et de la biomédecine, mais à remettre en question l'idée selon laquelle ce savoir est la seule compréhension du monde et de santé existant. Elle exprime aussi le besoin de bâtir des systèmes médicaux plus respectueux de la diversité culturelle et qui puissent tendre des ponts entre eux avec des dialogues de connaissances et savoir-faire qui ne peuvent être que profitables aux bénéficiaires des services de santé.

Fernanda Acosta
Université Nice Antipolis-Sophia
LAPCOS (EA ???)

Bibliographie

BENOIST, Jean. *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*. Paris : Amades, 2002.

—. « Publications en anthropologie ». *Classiques de sciences sociales, Université du Québec. Uqac.ca.* Le 17 avril 2012
<http://classiques.uqac.ca/contemporains/anthropologie_medicale/index.html>.

—. « Réflexions sur le pluralisme médicale : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? » *Classiques de sciences sociales, Université du Québec*. 1997. *Uqac.ca*. Le 17 avril 2012
<http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/reflexions_plurality_medical/reflexions_pluralisme_medical.pdf> farrefours de cultes et des soins à l'île Maurice>.

—. « Carrefours de cultes et des soins à l'île Maurice ». *Classiques de sciences sociales, Université du Québec*. 2006. *Uqac.ca*. Le 17 avril 2012
<http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/carrefours_cultes_soins_ile_maurice/carrefours_cultes_soins_ile_maurice.pdf>.

BERNARD, Claude. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Le Livre de poche, Classiques de la Philosophie, **année ??**
—. *Principes de la médecine expérimentale*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008.

CUNNINGHAM, Myrna. « Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua ». *OPS y OMS*. 2002. Consulté en novembre 2013.
<http://www.cadpi.org/cadpi/files/9113/0455/6924/Etnia_cultuca_y_salud_M_Cunningham.pdf>.

DUSSAULT, Gilles. « Professionnalisation et déprofessionnalisation ». *Classiques de sciences sociales, Université du Québec*. 1985. Le 20 avril 2012
<http://classiques.uqac.ca/contemporains/dussault_gilles/professionnalisation_deprof.pdf>.

ECO, Umberto. *Cómo se hace una tesis : técnicas y procedimientos de investigación*.

Estudio y escritura ; versión castellana : Gedisa, 1998.

FASSIN, Didier et Dominique Memmi. *Le gouvernement des corps*. Paris : Editions de L'École des Hautes Études en sciences sociales, 2004.

FOUCAULT, Michel. *El Nacimiento de la clínica*. Argentina : Siglo veintiuno, 2001.

GOBLET, Malve et Véronique. Parteras. *Entre brujas y doctores. Juegos de poder antiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la Sierra Ecuatoriana*. Quito : Flasco – Ecuador, 1993.

HERNÁNDEZ REYNA, Miriam. « Sobre los sentidos de “multiculturalismo” e “interculturalismo” ». *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*. Le 18 octobre 2012 <<http://uaim.edu.mx/webxaimhai/Ej-08articulosPDF/Art%2011%20UVIntercultural.pdf>>.

ORTEGA, Fernando. « Los modelos de atención de salud en el Ecuador ». *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*. Ecuador : Flasco, 2008.

RICHARDSON, Benjamin Ward et Frédérique Lab. *Hygeia. Une cité de la santé*. Paris : Éditions de la villette, 2006.

SAILLANT, Francine et Serge Genest. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Paris : les Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropos, 2006.