

ÉTIOLOGIE ET PERCEPTION DE LA MALADIE DANS LES SOCIÉTÉS MODERNES ET TRADITIONNELLES

Premier colloque national d'anthropologie médicale
(Paris, 28-30 novembre 1983)

CE colloque correspond à une démarche originale où la médecine et l'anthropologie se sont concertées et interrogées. Approche qui induit une conception de la maladie située dans le contexte humain et culturel où elle apparaît, où elle se développe et où elle est soignée, celle d'une anthropologie médicale qui étudie les systèmes de représentation de la maladie et des pratiques de santé dans diverses cultures.

Ce colloque a permis à des médecins (généralistes ou spécialistes, épidémiologistes, etc.), à des anthropologues surtout, mais aussi à des sociologues, linguistes, géographes, psychanalystes, biologistes, historiens, de s'exprimer sur un mode nouveau, vu le passé historique français en la matière. Jusqu'à présent, l'anthropologie s'était cantonnée dans la recherche et la médecine dans l'intervention (par le biais surtout de l'épidémiologie), évacuant systématiquement les données culturelles (cf. J. Chaperon). Mais, actuellement, la médecine occidentale constate son échec dans certains secteurs et l'anthropologie rencontre des comportements originaux dont elle ne mesure pas exactement l'efficacité ; aussi chacune s'adresse-t-elle à l'autre pour l'éclairer. Ce colloque a donc eu pour objectif de favoriser la communication transdisciplinaire, où chacun garde sa spécificité mais s'ouvre à celle de l'autre. Cependant certains préfèrent parler de néo-discipline transitoire permettant de s'organiser autour d'un même objet (J. Benoit).

Au cours de ces trois jours, 61 communications s'attachèrent à éclairer les concepts de maladie, santé, thérapie, en fonction de contextes culturels en général extra-occidentaux, en dehors du champ d'action de la médecine (savoir bio-médical, médecine moderne, médecine scientifique, médecine allopathique, etc.) encore que fussent aussi rapportées des études sur les représentations de cette même médecine autrefois, ou sur des techniques thérapeutiques parallèles actuellement utilisées en France.

La communication de A. Zemplini fournit une remarquable réflexion théorique à partir d'une longue expérience (auprès des Wolof au Sénégal et des Sénoufo en Côte-d'Ivoire) concernant la causalité, le diagnostic et l'étiologie de la maladie. Quelques participants précisèrent l'impossibilité d'appliquer ailleurs qu'en Afrique de l'Ouest ces constatations et hypothèses et manifestèrent leur réticence à la généralisation, la spécificité de chaque groupe humain interdisant une interprétation globalisante. Toutefois, certains faits, ici ou là, se rejoignent, bien que les observations premières diffèrent. Sans que l'on puisse mettre en œuvre la même grille d'analyse pour toutes les populations, il est des systèmes explicatifs communs à divers lieux.

Il est admis que la maladie est la manifestation à travers le malade d'une inconduite située à l'extérieur de ce dernier. Le malade subit une volonté qui s'impose à lui ; quelle qu'elle soit, somatique ou psychique, la maladie est le signe d'une faute échappant à la conscience présente de l'acteur social qu'est le malade et, en conséquence, à sa culpabilité. Une maladie est repérée — et parfois nommée — en fonction de sa causalité explicitée par le diagnostic. Celui-ci s'effectue par divination. Par l'intermédiaire soit du rêve, soit de l'inspiration éveillée, le médium ou le devin reçoit et retransmet un message. Le diagnostic consiste essentiellement à déterminer la cause, « moyen ou mécanisme, empirique ou non, de l'engagement de la maladie », à repérer l'agent, le détenteur « de la force efficace qui l'a produite », et à en situer l'origine, « événement ou conjoncture dont la reconstitution rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus », explique A. Zemplini. « Trouver l'identité ou le visage de la maladie » (P. Roulon) correspond à nommer la maladie.

Cette conception de l'émergence de la maladie fait référence à l'existence d'une énergie vitale intrinsèque à tout être, qui peut être accrue ou appauvrie sous l'effet de la sorcellerie, et à la manifestation d'un conflit relationnel concret et repérable dans l'histoire du sujet.

Le diagnostic requiert en général une double action : un traitement symptomatique (plante, manipulation, repos, ...) et (ou exclusivement) un traitement magico-religieux à efficacité symbolique. Il est qualifié d'étiologique, puisqu'il agit au niveau des causes et des agents du mal. Ainsi, en Afrique, sont associés l'empirique et le symbolique. Le traitement consiste à réparer le trouble vis-à-vis de l'agent (sorcier, ancêtre, esprit...) et vis-à-vis de la cause (souvent de nature sociale, l'exemple est donné du conflit d'héritage).

La dimension sociale est déterminante : le dysfonctionnement est une sanction sociale de l'individu qui, pourtant, est rarement reconnu comme responsable de l'inconduite. Le malade est le plus souvent le lieu d'expression d'une force extérieure, il utilise de ce fait des attitudes paranoïdes et très rarement autopunitives.

L'un des trois facteurs explicatifs est la situation conflictuelle sociale qui trouve son mode d'expression à travers un récepteur (plus fragile psychologiquement ou sujet à tel ou tel symptôme) qui, sur un mode transférentiel, devient porteur de la culpabilité groupale. La médecine africaine inverse le mode de compréhension occidental ; elle ne considère pas « comment l'individu se sert des moyens offerts par sa société

pour faire face à ses problèmes de santé, mais plutôt comment la société se sert de ces maladies pour assurer sa propre reproduction ou pour faire face à ses propres contestations », explique A. Zemplini.

Ces médecines africaines interrogent la médecine occidentale. Les premières agissent essentiellement au niveau des représentations magico-religieuses dites irrationnelles et la seconde — sans tenir compte des nouvelles interrogations encore marginales — oblitère toute cette sphère psychologique des voyances établissant une rupture entre le social et le biologique. « Le symptôme demeure l'ennemi à abattre et non son expression cachée », dit F. Laplantine, qui ajoute : « Notre culture a opté pour la simplicité des signes contre la multiplicité des symboles. »

Le traitement porte à la fois sur le malade et sur le groupe social environnant. Le corps du malade et le corps social sont concernés. Aussi comprendre la conception culturelle de la représentation du corps permet d'accéder à la signification de la thérapie, précise Claudie Haxaire.

La connexion entre symptôme et origine existe ; par exemple, l'hénoptisie chez l'homme alaïen est provoquée par l'adultère de l'épouse. Ces rapports de cause à effet constituent des codes étiologiques proprement culturels. Mais on peut s'interroger sur l'efficacité de ces modes d'exploitation de la maladie, de la thérapie et sur « la raison d'être sociale de ces codes étiologiques », comme le fait A. Zemplini. Toutefois ces connexions étiologiques ont un sens social que ne peuvent évacuer le discours et la pratique médicale scientifiques. Mais quelle est leur fonction exacte ?

La démarche scientifique — par opposition au type de démarche non écrite — met en doute la valeur de références étiologiques étayées de connaissances non répertoriées, multiples, voire contradictoires, relevant bien sûr de la tradition orale et modifiées si la thérapie échoue par le processus de « commutation de la cause », comme l'appelle Robin Horton, due à la « conception convergente de la causalité » dans la pensée traditionnelle. A. Zemplini, lui, s'oppose à cette affirmation en constatant que la thérapie englobe deux actions, l'une agissant sur la cause symbolique et sociale et l'autre, pragmatique, sur le corps biologique : selon ses observations, le diagnostic étiologique, explication culturelle du mal, demeure même si la thérapie échoue ; seule alors est modifiée la seconde action, la médication. C'est pourquoi on peut se soumettre (souvent par impuissance) à une thérapie de médecine de type occidental pour les symptômes apparents, ce qui n'exclut en rien le traitement étiologique initialement ordonné relevant du magico-sacré et du socio-culturel (1).

Dans ce processus, même si divers acteurs peuvent apparaître, le rôle du devin, du médium (le terme sorcier est un contre-sens) est prépondérant ; divination équivalent à diagnostic. Intermédiaire entre les esprits, les ancêtres, et les vivants, il est le seul à avoir une fonction arbitrale qui consiste à identifier la cause de la maladie, souvent de manière métonymique, et à prévoir la thérapie : « les démarches divinatoires et scientifiques sont également rationnelles en ce qu'elles consistent toutes deux à mettre en rapport deux faits empiriques au moyen d'un schéma

(1) Cf. à ce propos l'article « Esprit, magiciens et maladies » de A. A. Retel-Laurentin, in *Recherche pédagogie culture*, 38, nov.-déc. 1978.

ou d'une entité théorique inaccessible au sens commun » (A. Zemplini). Cependant le guérisseur s'appuie sur cette affirmation qui le distingue nettement de la démarche scientifique : « je ne soigne pas les gens, ce sont les esprits qui le font », comme le rapporte L. Mallart-Guimera.

Deux facteurs initiaux à la maladie sont par conséquent à détecter ; selon Horton, l'objet créateur du mal (sorcier, divinité, esprit) et le fait historique, véhicule de ce mal (transgression d'interdit, conflit relationnel) ; selon A. Zemplini, il s'agit de la cause et de l'agent.

Diagnostic et traitement « ont en outre et peut-être pour principale fonction de convertir le désordre biologique en signes ou en effets d'un désordre social ou de déterminer les modalités des usages sociaux de la maladie, de s'en servir bien souvent pour déclencher un processus collectif dont l'enjeu latent et primordial est la régulation des rapports politiques, économiques et socio-juridiques à l'intérieur du groupe d'appartenance du malade ; de mettre en forme et éventuellement de résoudre des troubles bien plus amples qui affectent la vie du groupe » (Zemplini). Pour cela les thérapeutes africains — devins, médiums, guérisseurs, marabouts, etc. — ont un sens profond des corrélations entre maladie et mécanismes sociaux.

En vérité, cette analyse, bien qu'originale, n'a plus un caractère tout nouveau. Après plus de vingt ans, « de nombreux champs scientifiques plus négligés que réellement neufs sont qualifiés d'actuels », remarque B. Hours. Selon ce dernier, il est indispensable de prendre maintenant en compte les représentations de la santé publique ; « les logiques micro-sociales (culturelles, ethniques) observées signalent progressivement des logiques macro-sociales qui s'expriment dans les représentations de la santé publique et qui convergent vers des totalités symboliques et réelles, telles que la société, la nation, l'État », ajoute B. Hours, pour qui le concept de tradition, trop galvaudé, est largement dépassé. Cette critique obligeant à réactualiser et recentrer la problématique couvrant les médecines traditionnelles ne doit pas faire oublier que les études menées par les anthropologues, médecins, psychologues, etc., s'appuient sur des observations directes de populations souvent urbaines, donc confrontées largement à cette fameuse santé publique. Il ne s'agit en rien de recueils nostalgiques d'un passé, mais bien plutôt de vécus présents où s'harmonisent, où se confrontent deux manières de faire et d'être dans le corps du malade et dans le corps social.

Il est vrai que « la démarche anthropologique, dont le seul et incontournable apport est d'être totalisante par nature, nous oblige à éviter toutes les exclusives de champ. Elle nous invite à réaliser et à mettre en œuvre un type de collaboration précis, en particulier en évitant d'oblitérer des phénomènes d'ordre dit sociologique » (B. Hours). Dans cette perspective, non seulement l'anthropologue doit s'interroger sur les objets et méthodes d'analyse, mais aussi le médecin. « La médecine devrait s'employer à réduire la distance culturelle et réduire la pathologie », conseille M. Robert, et ce à l'étranger comme en France.

Pour terminer, il me semble utile de constater l'oblitération d'un champ social pourtant déterminant : le sacré, le religieux. Plusieurs fois

noté par les observateurs, il ne fut jamais approfondi et constitue toujours dans les études une variable mineure ou que l'on saisit mal.

En conclusion, J. Benoist a souhaité que les anthropologues ouvrent leur discipline à d'autres, mais il faudrait aussi et nécessairement que les médecins n'interrogent pas l'anthropologie uniquement comme un répertoire de connaissances utiles pour obtenir une recette précise et limitée, mais comme une connaissance globalisante de phénomènes humains, larges, où s'inscrivent leurs actions ponctuelles.

Odile Reveyrand



ANTIQUITÉS AFRICAINES

Tome 18/1982

• *recherches historiques et archéologiques sur l'Afrique du nord de la protohistoire jusqu'à la conquête arabe*

• *in memoriam Yvonne Allais (1891-1981) • observation sur les causes de la guerre de Tacfarinas • la voie romaine de piedmont Sufetula-Maschiana (Djebel Mrhila, Tunisie centrale) • franchissement des chotts du sud tunisien dans l'antiquité • Lamasba : an ancient irrigation community • etc.*

(9 articles dont 1 en anglais)

22 × 28 / 184 p. / broché

37 fig./19 tabl./33 phot./3 cart./8 pl./1 cart.

dépl. h.-t.

ISBN 2-222-03075-7

185 F

Editions du CNRS

15 quai Anatole France. 75700 Paris

librairie, ventes, publicité - 295, rue saint jacques, 75005 paris / tél. 326.56.11