Zeitschrift: Ethnologica Helvetica

Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

Band: 17-18 (1993)

Artikel: Corps-sujet et miroirs culturels : santé et maladie : une diagonale anthropologique

Autor: Rossi, Ilario

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1007598

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Ilario Rossi

Corps-sujet et miroirs culturels
Santé et maladie: une diagonale anthropologique

L'existence d'un véritable pluralisme médical sur notre planète est aujourd'hui un fait reconnu, donnant lieu à des réflexions fondamentales en matière de santé et de maladie. Un survol des divers espaces culturels nous permet de découvrir de nombreuses trajectoires de soins revêtant chacune leurs spécificités, dont il importe de tenir compte dans toute analyse. Toute forme d'approche médicale ne peut en effet être saisie qu'à travers les particularités de son inscription culturelle et, plus précisément, en mettant en lumière les relations qui s'instaurent entre individus, collectivité et soins. C'est à partir de ces présupposés que l'on peut comprendre la portée de l'expression «système médical»[1], désignant un ensemble de pratiques et de discours spécifiques, liés au corps, à la santé et à la maladie, et définis par un univers culturel et ses institutions.

De fait, toute altération de l'intégrité idéale du corps déclenche les capacités et les potentialités d'une société, voire d'une personne, à œuvrer à la prévention ou à l'évacuation de l'élément perturbateur. Les termes «intégrité idéale» sont ici utilisés comme révélateurs de contenus polysémiques car dès que l'on parle génériquement de santé et de maladie se dessine une grande hétérogénéité de gestions possibles, qui font de l'art médical humain l'expression d'une multitude d'expériences et de connaissances, soumises à une interaction constante. Cette dernière dévoile des perméabilités, trace des lignes de démarcation précises, présente des dynamiques d'acculturation souvent brutales, révèle des valeurs et des sens existentiels incompatibles. Derrière ces différences et ces mouvances s'ébauche toutefois un projet analogue, celui de soigner les individus. Les représentations sous-jacentes à chacun de ces

[1] Pour une définition plus ample du concept de «système médical», se reporter aux articles de Dumont 1989, Forster 1984 et Meyer 1987.

projets[2] sont par conséquent susceptibles d'ouvrir la réflexion anthropologique aux ambivalences que le corps contient en lui ainsi qu'aux discours latents que chaque culture produit.

L'éventail des médecines et des techniques thérapeutiques auxquelles se réfère ce postulat constitue une mosaïque complexe. Mais plus encore que la variété et les différences, ce sont les enjeux et les dynamiques de ces inscriptions médicales dans la «modernité» (Le Breton 1990) qui se prêtent à une réflexion critique. Le rétablissement de la santé ou la prévention des maladies peuvent en effet être abordés à la lumière d'une double problématique, mettant en évidence les interdépendances entre peuples, nations et continents d'un côté, et la remise en question du progrès médical occidental de l'autre.

La création de nouvelles relations entre individus, sociétés et cultures, pour sa part, se traduit par une circulation de plus en plus intense des expériences et des savoirs culturels, par un échange constant de connaissances ayant chacune ses logiques et ses justifications. De ce brassage se dégagent ainsi les prémisses nécessaires au développement d'un «polythéisme» du sens et de la valeur attribués à tout acte humain. Dans cette perspective, le domaine de la santé et de la maladie revêt un rôle d'analyseur et de révélateur par excellence. La critique de la science médicale, quant à elle, tient à des facteurs multiples. Il ne s'agit pas ici d'énumérer les nombreux aspects de la question; toutefois, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les aspirations institutionnelles de la médecine occidentale (Dumont 1989: 3-11) sont à la fois cause et conséquence d'une situation nouvelle, apparue dans le sillage des mouvements migratoires: l'internationalisation des maladies (Brisset et Stoufflet 1989). L'expansion géographique des pathologies, auparavant limitées ou circonscrites, nécessite désormais un effort de gestion et de contrôle considérable, enjeu sanitaire lui-même étroitement lié à la progression rapide qui a marqué les connaissances et les techniques biomédicales de ce dernier demi-siècle. Cette situation est porteuse de contradictions importantes, comme en témoigne l'avènement d'idéologies qui glorifient la médecine occidentale et «en font peut-être l'idéal suprême, la morale unanime de sociétés par ailleurs déchirées à tous égards quant aux conceptions de l'existence» (Dumont

[2] Claudine Herzlich définit les représentations comme une «élaboration psychologique complexe où s'intègrent, en une image signifiante, l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société» (1969: 23).

1989: 4). L'éclatement qui se dessine ici débouche dès lors sur une complète dissociation du corps, de la santé et de la maladie.

Dans un tel contexte, l'anthropologie se propose, au-delà de toute allégeance à une mode ou à une école, de dégager les logiques sous-jacentes à cette situation. Il s'agira donc d'aborder ces questions par le décodage de certains de leurs contenus et, plus particulièrement, d'approcher la spécificité de chaque univers médical tout en évaluant les implications de leurs interdépendances.

A cet égard, l'étude du clivage existant entre l'approche scientifique orthodoxe et les pratiques hétérodoxes non objectivables devrait permettre d'éclairer les logiques à l'œuvre dans l'institution et la légitimation de ces savoirs. Mais pour cela, le regard de l'anthropologie doit assumer une condition préalable, celle du rejet de tout jugement de valeur et de toute prétention à la vérité. Car cette discipline «n'est pas un savoir qui s'additionne, sur un même plan, à ceux que les pratiques mettent déjà en œuvre. Elle les enveloppe» (Dumont 1989: 3). Aussi doit-elle percevoir toute culture médicale hétérodoxe dans sa portée intrinsèque, en la considérant littéralement comme une hérésie, terme qui, loin de toute déformation imposée par les porteurs de valeurs qui se veulent suprêmes, signifie «choix».

Il importe ainsi de ne pas négliger les dynamiques induites par ces médecines; les ignorer reviendrait à méconnaître les enjeux d'une émergence qui risque de modifier sensiblement nos connaissances théoriques et nos compétences pratiques dans le domaine de la santé et de la maladie.

L'ailleurs ou la revalorisation des médecines hétérodoxes

Dès sa constitution en 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé prônait la défense d'un «droit à la santé» pour chaque être humain, sans exception. L'ambiguïté de ces deux termes allait cependant donner lieu, et pour longtemps, à des discordances interprétatives (Szasz 1980: 162-186). Ce n'est en effet qu'en 1977, à l'occasion de la 30e Assemblée, organisée à Alma Ata, que vont être formulées et établies les conditions nécessaires à la réalisation de ce postulat. Avec le programme *Health for All by the Year 2000*, l'OMS a donc franchi un pas décisif en définissant une stratégie touchant le domaine de la santé publique de tous les pays. Les gouvernements ont ainsi été invités à encourager l'utilisation de leurs systèmes traditionnels de médecine, selon une

réglementation appropriée au contexte national. Ce dispositif de réencadrement (Ingrosso 1992: 101-110) souligne encore aujourd'hui la nécessité de réduire les écarts d'accès à la santé entre les nations, les groupes sociaux et les individus, et prône ouvertement les styles de vie, soit les *patterns* culturels, qui favorisent un meilleur état de santé. Les médecines des cultures extra-occidentales se voient ainsi remises à l'honneur, moins par intérêt et par souci d'équité que pour combler les clivages que les différences culturelles et sociales rendent de plus en plus dramatiques. Appliquée aux quatre coins du monde, cette résolution, tout en revalorisant les particularités régionales, promeut pour la première fois une approche internationale et un plan d'action coordonné. Le programme s'articule en effet sur un ensemble de cinq points, à savoir le développement de programmes nationaux de santé publique, la recherche autour des différents systèmes de santé et de leur degré d'efficacité, l'élaboration d'études cliniques et scientifiques visant à démontrer l'efficacité des techniques et des remèdes endogènes, l'éducation et la formation, et enfin l'échange d'informations.

Ce besoin de mieux comprendre et d'élargir le rayon d'action des pratiques sanitaires des cultures autres a ainsi conduit le regard occidental à relativiser la portée de la médecine scientifique, favorisant l'émergence d'une nouvelle approche qualitative de toute forme médicale axée sur la recherche consciente d'un meilleur état de santé.

La nécessité de conjuguer médecine scientifique et autres systèmes médicaux hétérodoxes n'a pas suffi à engendrer les solutions répondant à tous les problèmes; pourtant les résultats encourageants se multiplient[3] et permettent d'avancer sur cette voie en connaissance de cause. Mais, plus que la quête de complémentarités possibles, ce sont les difficultés concrètes nées de l'application d'un dialogue interculturel dans le monde des soins qui suscitent des interrogations. Car dans ce domaine, le corps, la santé et la maladie dévoilent toute l'ambiguïté de leurs représentations plurielles.

Le clivage séparant la médecine scientifique et les arts médicaux traditionnels tient à des différences fondamentales[4]. Du fait de leur

[3] Voir par exemple les modèles d'intégration et de collaboration entre médecine traditionnelle et médecine occidentale que proposent la Chine et le Vietnam.

[4] Nous tracerons ici des lignes indicatives générales concernant les médecines traditionnelles et complémentaires en nous appuyant sur les lectures de la bibliographie et sur les contenus du séminaire *Entre pendule et scanner. Approche d'une typologie des discours et des pratiques thérapeutiques*, Fondation Ling à Lausanne, 1991/92.

portée philosophique, religieuse et sociale, les médecines extra-occidentales ne constituent pas des disciplines autonomes, mais sont étroitement liées aux composantes de la vie collective et culturelle. Dans ce sens, la santé et la maladie présentent des étiologies multi-dimensionnelles, mettant en cause, dans le même registre qualitatif, l'ensemble du connu et du vécu; cette imbrication montre à quel point les cultures traditionnelles[5], très proches de leur écosystème et de ses cycles, développent une conscience aiguë de l'unité de la nature et de la société. Cette façon de penser le monde sous le signe de la totalité, de réduire ses aspect innombrables à quelques principes philosophiques fondamentaux, repose sur l'idée d'un système de relations constantes entre plusieurs éléments perçus comme indissociables, au sein duquel le rapport santé-maladie occupe une place centrale. Dans cette optique, la maladie n'existe pas à cause de symptômes spécifiques mais se définit elle-même comme le symptôme d'un rapport compromis avec le monde; l'existence étant conçue à travers «des éléments communs au monde matériel et aux êtres vivants» (Huard, Bossy et Mazars 1978: 9), le «continuum» qui en découle met en scène le monde des analogies, dans lequel les correspondances entre le macrocosme qu'est l'image du monde et le microcosme qu'est le corps humain font de celui-ci le «relieur» de toutes ces dimensions.

Ainsi le mécanisme de la respiration est relié à celui de la vie, comme le vent cosmique aux souffles corporels, le corps étant le réceptacle de toute manifestation de l'environnement; de fait, le refus de la dissection et de l'autopsie qui distingue ces cultures et qui entrave tout essor de l'anatomie normale et pathologique trouve son origine dans cette physiologie, indistincte de l'anatomie et de la psychologie. Dans ce sens, l'unité entre «l'âme et le corps», ou mieux l'impossibilité de les dissocier, devient le reflet de l'unité entre les hommes et le monde. Cette perception du monde s'exprime également dans des processus d'échange qui mettent en constante communication les vivants et les morts, et qui se manifestent à travers des typologies nosographiques, souvent marquées par l'empreinte d'une divinité ou d'un ancêtre.

[5] Dumont écrit à ce propos: «La tradition était un héritage; l'institutionnalisation est une production. La différence est immense. Elle concerne les conceptions les plus fondamentales de la vie. C'est une chose que de concevoir les paramètres de son existence comme des données de la nature ou de l'histoire; c'en est une autre de postuler que le sens même de la vie peut être produit» (1989: 4).

Toute pathologie engendre ainsi une modification du sens qui se répercute à plusieurs niveaux et influence les conduites individuelles et collectives. Les relations sociales, qui vont du noyau familial à toute la collectivité, font par conséquent partie intégrante du cadre de référence qui donne une logique à l'existence de la maladie et une solution en vue de sa disparition potentielle.

Cette *Weltanschauung* définit également «les fonctions autres que purement thérapeutiques qui sont attribuées aux soignants. La sacralisation de la vie, c'est-à-dire la reconnaissance de son unité sous les différentes formes qu'elle peut prendre, et donc également la reconnaissance de leur interdépendance sacralise à son tour le thérapeute» (Brelet-Rueff 1991: 303). Celui-ci devient alors le gardien respectueux de la vie perçue comme divine car comprise dans sa totalité. La dimension du sacré est précisément l'un des éléments moteurs communs à toutes les médecines traditionnelles[6]. Le respect de cette vision permet d'identifier ces pratiques thérapeutiques avec la recherche de tout ce qui peut concourir à renforcer l'harmonie du patient avec son espace intérieur et extérieur.

Dans ce sens, tous ces systèmes médicaux sont le plus souvent soucieux de cultiver l'interdépendance des choses ainsi que le potentiel du sujet en préservant cet état d'équilibre global, holistique, que nous nommons aujourd'hui la santé.

Les effets miroirs ou le retour qui questionne

Ces médecines ont contribué, en Occident, à la fortune du mot «holistique»[7]. Ce terme résume au fond le caractère ineffable d'unité qui existe au sein de tout ce qui vit et évolue dans l'univers; sa traduction dans les actes de soin engendre de nouvelles représentations de la maladie, de la santé et du corps, sous la forme de systèmes de

[6] Le Dr Malher, alors directeur de l'OMS, avait proposé en 1984 d'ajouter à la définition de la santé comme «état de bien-être physique, moral et social», la dimension spirituelle, suggestion qui n'a pas été retenue.

[7] Ce terme est certainement plus évocateur pour les anglophones; en effet *holy* (sacré) et *health* (santé) ont la même racine, du grec *holos*, terme qui renvoie au tout, à la totalité de la vie.

globalité et d'intégrité, qui font du soignant et du soigné les acteurs relationnels par excellence des interdépendances qui en découlent.

Les médecines hétérodoxes sont depuis quelques années l'objet d'un engouement considérable en Occident[8]. Si nombre de ces approches, qu'il est désormais convenu d'appeler «complémentaires», trouvent l'origine de leur succès actuel dans les dynamiques contemporaines de notre civilisation, elles ne sont au fond que «l'application moderne de principes qui sous-tendent les pratiques traditionnelles» (Boilard 1989: 155). Cette référence à des modèles «pré-scientifiques» relève directement de réactions «post-médicales», reflet de la crise que traverse actuellement la médecine scientifique en Occident et qui conduit à rechercher d'autres valeurs et sens possibles.

La pluralité actuelle des médecines exercées dans le champ social dépasse à peine celle des époques précédentes; ce qui change en revanche aujourd'hui, c'est le passage «de la clandestinité de nombre de pratiques à une sorte d'officialité» (Le Breton 1990: 183). Chacune de ces approches repose en effet sur des systèmes de formation spécialisés, distincts les uns des autres; le besoin de reconnaissance sociale, institutionnelle et juridique qui les anime, contribue à éroder le monopole du droit à soigner exercé par les médecins académiques[9]. Si le principe des chasses gardées avait jadis confiné les non-initiés du monde médical dans une compréhension parcellaire de leur être, la démocratisation du savoir provoque aujourd'hui non seulement l'ouverture des barrières de la science par le biais de sa vulgarisation mais pousse à répondre aux nouvelles exigences des gens dont «le souci de la santé et de la forme deviennent les clés de voûte des valeurs de la modernité» (Le Breton 1990: 184). Ces valeurs sont devenues synonymes de bien-être, de mieux-être général, ouvrant la voie, en termes économiques, à de nouvelles possibilités dans la conquête du marché des soins. A cet égard, le financement et le remboursement par les caisses maladies constituent un premier pas dans la reformulation de la logique de l'offre et de la demande sociale et économique en matière

[8] En ce qui concerne la Suisse, il suffit de rappeler le PNR 34 consacré aux «médecines complémentaires» (appellation recouvrant les médecines douces, naturelles, parallèles, populaires, traditionnelles, etc.), ainsi que l'intérêt que les facultés de médecine portent aux autres approches. Pour plus de renseignement, voir Uni Lausanne 1993.

[9] Selon des données récentes, un tiers de la population recourt aux médecines complémentaires. Près de 30% des généralistes suisses interrogés pratiquent une ou plusieurs de ces méthodes (*Revue médicale de la Suisse romande* 1993).

de santé et de maladie. De ce fait, les multiples voies qui conduisent à la santé deviennent les révélateurs du possible médical, capable quant à lui d'esquisser, dans les trajectoire des patients ou dans l'activité des médecins, un dialogue entre le sacré et le laïc, l'holistique et le scientifique.

Dans ce sens, ces formes médicales ont souvent été récupérées ou expliquées par le langage scientifique comme une régénération potentielle de certains de ses propres contenus. L'intégration de ces savoirs dans un ordre d'idées et de postulats préétablis donne encore une fois l'impression que toutes les médecines complémentaires ne représentent qu'un aspect circonscrit et ponctuel des ressources scientifiques. Ainsi les tenants de la médecine orthodoxe réduisent la contribution de la sophrologie et de l'hypnose aux indications qu'elles apportent sur la question soma-psyché; l'étiopathie, l'ostéopathie et la chiropraxie au domaine de la biodynamique; l'acupuncture, la naturopathie et ses différentes formes de réflexologie à la question des aspects électriques et de la vision énergétique de la personne; l'homéopathie, la phytothérapie et différentes approches nutritionnelles à leur efficacité biochimique. Pourtant, à ces réseaux «différenciés et complémentaires correspondent des disciplines anciennes et nouvelles dont la pratique combinée constitue le schéma de base d'une médecine holistique» (Boilard 1989: 158). En d'autres termes, les médecines complémentaires ne constituent pas des fragments de la science médicale mais bien leur antithèse paradigmatique (Capra 1985: 357-421); l'opposition entre une vision biomédicale, caractérisée par des présupposés propres à la biologie médicale et à son application clinique, et une perception holistique de l'intervention thérapeutique, conçue comme un processus global et dynamique, fait de celle-ci la cause de l'explosion des certitudes de celle-là.

Cependant, la résurgence des médecines populaires ne repose sur aucune stratégie préalable, ne véhicule aucune revendication de reconnaissance. Ces arts médicaux s'appuient essentiellement sur la croyance et la dévotion, ce qui leur vaut par ailleurs d'être qualifiés, souvent légèrement, de savoirs pré-médicaux. Guérisseurs, magnétiseurs, rebouteux, faiseurs de secret ou sorciers font de l'intention et de l'intuition les instruments privilégiés de leur action thérapeutique et présentent souvent avec force l'importance de l'acte de foi dans l'action de soin. Leur présence continue et leur succès dans des milieux socio-culturels déterminés ne font qu'alimenter et élargir le débat autour de la santé et de la maladie.

Cet état de fait conduit souvent à remettre en cause la médecine scientifique sans méconnaître toutefois ses réussites, sur la base de «ce qui peut apparaître comme ses carences anthropologiques, là où elle est aujourd'hui contestée, là aussi où les médecines "parallèles" puisent à l'inverse leur force et gagnent leur légitimité auprès des usagers» (Le Breton 1990: 186). Chaque soignant, médecin ou non, est en effet porteur d'un cadre de référence propre, ce qui influence son rôle, sa gestion de la relation, ses attitudes thérapeutiques. Le patient quant à lui, à travers sa demande, met en scène ses connaissances, sa compréhension des différents savoirs médicaux, sa relation au corps, ainsi que sa perception de la maladie et de la façon de recouvrer la santé; de même l'importance qu'il accorde au thérapeute et à la qualité de son attitude médicale devient prioritaire.

L'optique scientifique, reposant sur l'observable, le mesurable et le reproductible, exclut du champ médical conventionnel toute approche globale qui porterait sur l'homme un regard qui ne soit pas analytique; de là découlent les difficultés à développer des recherches comparatives entre des approches si différentes, pourtant seule solution possible aux problèmes d'incommunicabilité. «Il s'agit là d'un véritable cercle vicieux méthodologique qui ne peut trouver bien souvent que des issues de compromis peu satisfaisantes», tant pour un champ que pour l'autre (Laplantine et Rabeyron 1987: 85). En effet, cette problématique ne devrait pas s'inscrire dans une lutte entre deux assertions, voire deux paradigmes, dont l'un serait vrai et l'autre faux. Ces changements dans la perception des processus de guérison remettent en cause l'idée, véhiculée par le progrès, d'une seule et unique médecine. De fait, au-delà de tout parti-pris, la médecine scientifique se présente comme le produit historique et social d'un modèle culturel déterminé, avec ses qualités et ses défauts; aussi perd-elle, dans cette optique, sa valeur de référence universelle, dont toutes les autres formes médicales dépendraient ou constitueraient des avatars imparfaits. Dès lors sa légitimité sociale et sa crédibilité scientifique se trouvent ouvertement confrontées à la pluralité des approches médicales. Ce qui explique, en toute logique, que la loi de l'offre et de la demande des soins obéisse moins à l'affirmation d'un modèle qu'à la multiplicité de ses expressions potentielles[10].

[10] Celles-ci dépendent étroitement des expressions des différents contextes socio-culturels, notamment de leurs modes d'organisation et d'insertion sociale.

Cette constatation ouvre la voie à la comparaison des discours et des pratiques thérapeutiques ainsi qu'aux implications que chaque représentation du corps, de la santé et de la maladie comporte. En d'autres termes, il s'agit de saisir dans leur particularité et dans leur interaction diverses visions de la vie, de la mort et du monde, ainsi que leurs prémisses médicales, leurs niveaux d'analyse et les finalités poursuivies. Bref, de se concentrer sur les qualités d'une appropriation spécifique de l'Homme.

Le corps-sujet ou le patient retrouvé

Le hiatus existant entre la médecine académique et les autres formes médicales replace ainsi le patient et son choix au centre de toute problématique liée à la santé et à la maladie; plus particulièrement, ce sont les enjeux qui découlent des relations entre soignants et soignés dans la médecine scientifique et biomédicale qui nous intéressent ici. La nécessité de comprendre ce qui, entre l'acte médical et le vécu individuel, donne lieu à la guérison ou au soulagement de la souffrance corporelle, amène à réfléchir sur les contenus de cette relation; en effet, loin d'être neutres, les conduites du médecin comme celles du malade relèvent de deux champs d'expériences et de connaissances différents qui, la plupart du temps, se prêtent difficilement à une harmonisation.

Or la maladie doit être mise en relation avec le bouleversement qu'elle entraîne dans le mode de vie des malades; elle constitue en effet une cassure dans le quotidien, étant perçue et vécue surtout en «référence à l'inactivité et à la rupture qu'elle occasionne dans le mode de vie et non par rapport aux dysfonctionnements du corps» (Pierret 1976: 279). Les images véhiculées et le sens donné à la maladie ne se réduisent pas à un discours sur le corps, bien qu'on ne puisse nier que le malade soit marqué d'une manière ou d'une autre par une «acculturation à la sémiologie médicale» (Pierret 1976: 279). L'utilisation d'une évocation du corps répond en effet à la nécessité pour les patients d'intégrer le langage des sensations morbides, «le seul possible quand le discours médical domine cet espace corporel» (Pierret 1976: 279). Mais cette capacité à s'approprier les manifestations immédiatement saisissables que sont les symptômes ne devrait pas faire oublier que les contenus de l'expérience et de la connaissance du malade vont au-delà d'un corps «instrumental»; dans ce sens, tout malade construit des

représentations corporelles unifiées, qui soulignent l'interdépendance entre l'organique et le psychique, entre ceux-ci et les modes de vie.

Dans l'acte de guérison, le malade se voit néanmoins souvent dépossédé de son temps, de ses espaces, de ses réseaux relationnels, de son travail, de son corps. Dans ce sens, le fonctionnement de la biomédecine repose surtout sur l'appropriation médicale du corps des malades, qui fait de celui-ci la matière première nécessaire à son exercice. Cette démarche prend naissance dans le cadre de la formation universitaire, qui repose sur la «séparation de "l'esprit et du corps" et la description de la physiologie humaine, pathologique et normale, selon les lois de la machine» (Moriau 1986: 136), ainsi que sur la négation de celui-ci, qui devient par essence porteur d'une histoire biologique et non plus d'une histoire individuelle et sociale; l'individu malade est ainsi conçu «in abstracto comme le fantôme régnant sur un archipel d'organes, isolés méthodologiquement les uns des autres» (Le Breton 1990: 187). L'orientation de la médecine, dans son enseignement et dans son exercice, produit ainsi chez les médecins «une conception du monde dont le principal défaut réside précisément dans le fait que l'objet de son activité – l'homme – est considéré exclusivement comme objet et non comme sujet» (Couet 1991: 99). C'est dans cet ordre d'idées que la négation implicite des émois, de la souffrance et de la dignité du malade qui marque le langage médical font du médecin le détenteur d'une mort exorcisée, de la même manière qu'il contrôle un corps réifié. L'acte médical scientifique véhicule ainsi une contradiction majeure: en exorcisant la subjectivité du corps, elle exorcise la présence de la mort et en combattant celle-ci à tout prix, elle reproduit dans sa formation et dans sa démarche un tabou social clé, celui de «maintenir l'interdiction qui frappe la mort» (Moriau 1986: 144). On peut voir là, au fond, la confirmation que, dans chaque société, l'idée dominante que l'on se fait de la mort détermine l'idée qui prévaut sur la santé.

L'écart qui sépare le médecin des patients peut être franchi lorsqu'on «substitue à la notion d'individu, être séparé, monobloc, vidé de tout ce qui pourrait ressembler à une instance psychique et pur produit de l'utilitarisme, le concept de sujet, être relié à ses semblables, divisé, soumis à des conflits inconscients issus d'une histoire singulière» (Couet 1991: 99).

Les médecines complémentaires, en valorisant la portée du sujet, répondent, chacune avec ses spécificités, aux changements et aux mutations en cours sur notre planète. Elles mettent en relief les

dissonances cognitives et existentielles qui touchent le pouvoir des sciences, notamment biomédicales, les valeurs et les normes sociales, le sens des trajectoire quotidiennes, des qualités éducatives et professionnelles que notre société impose de plus en plus massivement aux individus qui la composent (Laplantine et Rabeyron 1987: 31-34). Le décryptage du statut social du corps dévoile ainsi l'opération majeure qui le transforme en instrument de production, outil de labeur, moyen de performance; cet effet de miroir amplifie les contenus latents de la crise et entraîne l'institution médicale dans des interactions beaucoup plus complexes. La signification de cette crise ne peut se comprendre qu'à travers les attitudes contradictoires qui l'alimentent.

Si la science biomédicale a le droit de réduire la personne à un corps-machine pour essayer d'en comprendre les mécanismes et agir en conséquence, elle ne peut en revanche prétendre que son langage tient compte de la totalité de la personne. Parler de santé et de maladie ne signifie plus désormais avancer des connaissances exclusivement biomédicales; il est en effet impératif de s'ouvrir à des considérations d'ordre beaucoup plus vaste qui doivent être mises en relation avec le vécu subjectif des patients, leurs nouveaux besoins d'autonomie et leur intégration dans le tissu des relations quotidiennes. Dans ce sens, le social intervient dans la totalité des processus pathologiques et inversement. Médecines traditionnelles extra-occidentales et médecines complémentaires interprètent toute pathologie comme un processus d'adaptation développé par le corps-sujet. Ce pluralisme médical dans un contexte multiculturel ne fait que donner lieu à des perceptions multicorporelles. A travers leurs trajectoires, les patients[11] mettent ainsi en œuvre une réappropriation de leurs propres significations ontologiques. L'émergence des médecines complémentaires en Occident est une réponse sociale spontanée que la population fait sienne.

Les différents miroirs culturels médicaux font ainsi de la santé et de la maladie de nouveaux concepts élargis de prise en charge professionnelle et individuelle, en revalorisant la portée du corps-sujets dans son unité anthropologique.

[11] Les trajectoires thérapeutiques des patients constituent un terrain idéal pour analyser l'importance des médecines complémentaires. A l'heure actuelle, en Suisse, il n'existe pas de travaux sur ce thème; pourtant, il semble bien que de nombreux malades aient recours à des modes de soin multiples.

La diagonale et son aboutissement: la pluralité des points de vue

A ce point de la réflexion se dessine un problème essentiel: comment la science peut-elle répondre aux bouleversements déclenchés par les hétérodoxies médicales? Il faut bien admettre que la recherche permettant de les évaluer est encore insuffisante quand elle ne brille pas par son absence. Souvent les catégories d'appréhension demeurent partielles et, autant du fait de la médecine que des sciences sociales et humaines, contribuent à reproduire un discours morcelé, dépourvu de toute vue d'ensemble et masquant la complexité des véritables enjeux. Le manque de relations pertinentes établies entre les représentations du corps, de la santé et de la maladie, ne fait que montrer le clivage existant entre les différentes spécialisation médicales et renforcer l'imperméabilité entre les différentes disciplines; il empêche ainsi la construction d'une réflexion prenant en compte la pluralité des points de vue pour créer un terrain de compétences croisées et communes.

Or le développement d'un dialogue interdisciplinaire se révèle éminemment nécessaire: ce genre de recherche semble être le seul qui permette «de situer le débat actuel se tenant autour des différents systèmes de soins dans leur globalité socio-culturelle» en faisant œuvre d'une scientificité «complémentaire aux expérimentations et aux querelles épistémologiques» (Laplantine et Rabeyron 1987: 88).

La comparaison entre les médecines complémentaires et les connaissances académiques met en lumière des différences substantielles, autour desquelles il est urgent de réfléchir. Les médecines complémentaires présentent en effet des invariants qui sont totalement opposés aux fondements de la médecine biomédicale (Choffat 1993: 318-319). Le premier consiste en l'indissociabilité entre soma et psyché, et relève d'une vision qui fait de l'être humain un tout non réductible à des données objectives. De ce fait, la relation thérapeutique entre soignant et soigné ne se base plus sur un rapport de dépendance mais naît d'une influence réciproque. Le deuxième est lié à l'appréhension complexe de tout événement, saisi à travers les interdépendances qui le constituent. Dans ce sens, un phénomène ne peut trouver son intelligibilité que par la mise en relation de plusieurs niveaux; cette multidimensionalité, selon une causalité circulaire, peut ainsi parvenir à modifier les éléments qui le provoquent. Le troisième est le dépassement, menant au-delà des standards cliniques de la normalité, de l'opposition entre santé et maladie, et leur définition en tant que principes étroitement imbriqués appartenant à une même dynamique.

Ces points ne constituent pas une réponse aux problèmes mais plutôt une reformulation de ceux-ci. Ils peuvent en effet aboutir à la transformation des demandes et des réponses à travers lesquelles se définit et s'amorce la recherche scientifique. A la lumière de cette considération, la ré-union entre la science spécialisée et l'holisme englobant, entre le corps réprimé et le corps en devenir, s'inscrit dans une dynamique qui dépasse les deux parties, dans un processus incessant qui envahit tous les espaces du quotidien et détermine de nouvelles visions et de nouvelles gestions du monde des soins. En d'autres termes, la santé et la maladie présentent, à travers le regard que propose l'anthropologie, une dimension paradoxale constituée de deux niveaux d'analyse différents et pourtant complémentaires: d'une part l'approche intensive et circonscrite d'un fragment limité de l'ensemble – des systèmes médicaux spécifiques, des prestations sanitaires séparées les unes des autres, des consommations individuelles – et d'autre part une analyse extensive et généralisée des enjeux et des implications du monde des soins et de ses métamorphoses actuelles. Dans ce sens, la santé et la maladie sont des faits d'ensemble non réductibles à des parties. Elles participent d'une «construction sociale» (Ingrosso 1992) caractérisée par une forte réorientation des actions et des structures sociales; elles sont ainsi liées à une mutation profonde de significations et de descriptions corrélatives.

Le passage d'un ensemble de parties à un système global les dépassant implique une transformation épistémologique aussi bien dans le domaine scientifique que dans le domaine de la pratique. Ce changement peut «converger et interagir avec la formation d'un paradigme écosystémique [...], qui est en train d'intéresser et de traverser diagonalement les sciences de la vie et celles des systèmes sociaux» (Ingrosso 1992: 143). Ce paradigme, qui tente de dépasser les positions figées de la médecine scientifique comme de l'holisme triomphant, prône une perspective relationnelle qui se donne comme finalité de focaliser «le lien fondateur inscrit dans chaque être vivant entre l'autonomie des sujets et leur socialité ou, plus généralement, l'ouverture au milieu» (Ingrosso 1992: 144). Ce lien fondateur n'est pas la prérogative de l'homme culturel et social mais s'inscrit aussi dans des modalités auto-organisationnelles générales, qui constituent l'être vivant déjà à partir de sa propre biologie. L'approche des problématiques liées au corps, à la santé et à la maladie trouve ici un lieu idéal pour développer les contenus d'une nouvelle réflexion, basée sur un processus existentiel reflétant une trajectoire subjective. Dans ce sens,

la santé et la maladie deviennent des concepts positifs, capables de valoriser la dignité du sujet, d'augmenter le contrôle de ses ressources personnelles, d'appréhender les modalités utiles à ses besoins et à ses aspirations et de contribuer ainsi à une construction collective et partagée de ces deux états existentiels.

A l'instar des médecines traditionnelles et complémentaires, qui abordent les composantes de la vie dans leurs interdépendances, le dialogue scientifique qui traite de ces thèmes devrait opérer une mutation épistémologique et méthodologique conduisant de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité[12]. Le développement d'une médecine psycho-sociale, les récentes élaborations biomédicales qui déterminent l'individualité des sujets par le biais des systèmes immunitaires, endocriniens et nerveux, les découvertes de la neurophysiologie et de la biologie, les conceptions du temps et de l'espace relevant de la physique contemporaine, l'apport substantiel des sciences sociales et humaines, ouvrent la voie à de nouvelles perspectives. La naissance d'une «pensée complexe» dessine de plus en plus ses voies de développement, et d'importants travaux d'épistémologie sont en passe d'élaboration, contribuant à la construction de scénarios favorisant la communication entre différentes disciplines.

Le corps ouvre un niveau d'interprétation de la santé et de la maladie plus complexe, permettant l'abandon d'une perspective représentative de la réalité, pour promouvoir une méthodologie de recherche et d'intervention de type constructiviste et relationnel (Ceruti 1986).

Cette diagonale, ainsi que la pluralité des points de vue, font du corps, de la santé et de la maladie les prétextes théoriques et pratiques pour un changement qualitatif de leur approche. L'objectif de ce changement est d'aller à la rencontre de l'Homme, dans ses potentialités et dans son unité anthropologique, à travers une nouvelle construction et un nouveau discours de son appropriation sanitaire. L'interdisciplinarité qui en est la base place le regard de l'anthropologie au centre de ce dialogue et appelle à une modification de ses perspectives et de ses outils, par le passage d'une anthropologie de l'observation à une anthropologie de l'implication, d'une épistémologie de la représentation à une épistémologie de la construction.

[12] La pluridisciplinarité se présente comme une addition de savoirs tandis que l'interdisciplinarité constitue une seule élaboration à partir de plusieurs savoirs.

Résumé

La création de nouvelles dynamiques d'interaction entre les hommes et les sociétés se traduit par une circulation de plus en plus intense des expériences et des savoirs au niveau planétaire. Cet état de fait a conduit à de profonds changements dans le domaine de la santé et de la maladie; la présence d'un pluralisme médical en Occident se caractérise en effet par la présence d'une multitude de connaissances ayant chacune ses logiques et ses justifications. Les enjeux qui en découlent placent les patients au centre de toutes les démarches thérapeutiques et font de la santé et de la maladie les termes privilégiés de comparaisons théoriques et de confrontations pratiques. Dans ce contexte, l'anthropologie ouvre la voie à des réflexions nouvelles, censées réorienter, problématiser et complexifier les apports de l'anthropologie classique.

Zusammenfassung

Die modernen technischen Kontaktmöglichkeiten zwischen Menschen und Kulturen haben den Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen weltweit gefördert und dadurch im Bereich von Krankheit und Gesundheit zu tiefgreifenden Veränderungen geführt. Der heute im Westen feststellbare medizinische Pluralismus zeichnet sich durch eine Vielzahl nebeneinander bestehender Lehren aus, wobei jede ihre eigene Logik und Berechtigung hat. Diese Situation lässt den Patienten ins Zentrum jeglicher therapeutischer Massnahmen rücken und Krankheit und Gesundheit zum bevorzugten Feld theoretischer Vergleiche und praktischer Auseinandersetzungen werden. Für die Ethnologie eröffnen sich hier neue Perspektiven, die eine Neuorientierung, Problematisierung und Differenzierung der klassischen ethnologischen Ansätze bewirken könnten.

Bibliographie

BOILARD Jean

1989. «Les approches complémentaires en médecine», in: Jacques DUFRESNE, Fernand DUMONT et Yves MARTIN, *Traité d'anthropologie médicale*, p. 151-175. Québec: PUQ

BRELET-RUEFF Claudine
1991. *Les médecines sacrées*. Paris: Albin Michel

BRISSET Claire et STOUFFLET Jacques
1989. *Santé et médecine: l'état des connaissances et des recherches*. Paris: La Découverte et INSERM/ORSTOM. (L'état du monde)

CAPRA Fritjof
1985. *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona: Integral

CERUTI Massimo
1986. *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli

CHOFFAT François
1993. *L'homéopathie au chevet de la médecine? Essai pour un nouveau débat*. Paris: Cerf

COUET Denis
1991. «Le bouclage du sujet». *Sciences sociales et santé* (Paris) 9: 95-101

DUMONT Fernand
1989. «Le projet d'une anthropologie médicale», in: Jacques DUFRESNE, Fernand DUMONT et Yves MARTIN, *Traité d'anthropologie médicale,* p. 1-39. Québec: PUQ

FOSTER George M.
1984. «Introduzione all'etnomedicina», in: OMS (coord.), *Il ruolo delle medicine tradizionali*, p. 23-39. Como: RED

HERZLICH Claudine
1969. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton

HUARD Pierre, Jean BOSSY et Guy MAZARS
1978. *Les médecines de l'Asie*. Paris: Seuil

INGROSSO Marco
1992. *La costruzione sociale della salute: scenari, attori, politiche*. Parma: Istituto di sociologia

LAPLANTINE François et Paul-Louis RABEYRON
1987. *Les médecines parallèles*. Paris: PUF. (Que sais-je?; 2395)

LE BRETON David
1990. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF

MEYER Fernand
1987. «Essai d'analyse schématique d'un système médical: la médecine savante du Tibet», in: Anne RETEL-LAURENTIN (éd.), *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, p. 227-249. Paris: L'Harmattan

MORIAU Didier
1986. «Le corps médicalisé», in: *Quel corps?*, p. 129-145. Paris: Ed. de la Passion

PIERRET Janine
1976. «Relations au corps et conduites de maladie». *Ethnologie française* (Paris) 6: 279-284

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
1993. «Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion Ogay et consorts demandant d'étudier la création d'une chaire traitant des médecines et techniques naturelles et complémentaires à l'Université de Lausanne». *Revue médicale de la Suisse romande* (Lausanne) 113: 331-335

SZASZ Thomas
1980. *La théologie de la médecine*. Paris: Payot

UNI LAUSANNE
1993. Les médecines à cœur ouvert. *Uni Lausanne* (Lausanne) 74: 11-64