

Mots et maux d'Occident

Antonio GUERCI (1) & Stefania CONSIGLIERE (2)

Département de Sciences Anthropologiques
Université de Gênes
via Balbi 4, 16126 Gênes (Italie)

(1)

tel. et fax: +39-010-2095987
email: aguerci@nous.unige.it

(2)

tel. +39-010-2095917
fax +39-010-2099517
email: stefania@disa.unige.it

1. Introduction

Le rapport entre les mots et les choses, entre le langage qui *dit* et le monde qui *est*, est un thème d'élection pour les philosophes et les linguistes, pour les sémiologues et les logiciens. De Platon à Derrida, les subtilités de l'analyse assument souvent un goût abstrait et technique, qui paraît très éloigné de l'expérience quotidienne. C'est ainsi que le chercheur « de terrain » observe parfois avec suspicion celui qui développe l'aspect théorique le plus abstrait et, vice versa, qui est habitué aux « méandres » de la théorie s'approche avec condescendance de l'étude empirique. Ce n'est pas seulement le cas du langage : la séparation entre le système théorique et celui de la recherche appliquée marque, dans de nombreuses disciplines académiques, une limite qui divise souvent un même domaine en deux camps très peu disposés à la collaboration¹.

Affronter ce genre de séparation au sein de la science et de la connaissance sera probablement la tâche la plus urgente des futures générations de chercheurs. De nombreux indices laissent entrevoir que la science se trouve aujourd'hui confrontée à un exercice conceptuel retranché sur des positions propres, comparable à ce qui traversa l'ancien système scientifique avant que la position galiléenne n'offrit un nouveau souffle et de nouveaux instruments à la recherche.

Au-delà (ou en delà) des séparations entre les disciplines et parmi les disciplines, nous voudrions ici essayer de mettre à jour certains courts circuits qui mettent en relation l'analyse théorique avec la pratique quotidienne. Nous chercherons en outre de montrer que les subtilités de la théorie se personnifient en réalité en de véritables modèles de faire les choses et de percevoir le monde, et que

¹ Non seulement donc, la séparation *entre* disciplines a depuis longtemps obligé de recourir à l'interdisciplinarité, mais cette même subdivision au sein d'une même discipline fragmente aujourd'hui les connaissances, en portant au cœur même de la recherche scientifique (ou plus simplement de la recherche tout court) une division du travail qui semblerait plus fonctionnelle au travail à l'usine qu'au progrès de la connaissance.

la *Weltanschauung* de la vie quotidienne se reflète ensuite – bien que sous une forme cachée – sur la manière dont on étudie et on lit le monde. Nous ne manquons pas aujourd’hui en Occident ni d’excellentes théories, ni de phénomènes à expliquer, ce qui manque parfois c’est la disponibilité à se mettre dans la position inconfortable de l’observateur, et souvent d’avoir la force de dégager les conclusions des données recueillies.

Aussi nous nous appuyerons sur des données issues de l’anthropologie médicale, c’est à dire d’un secteur disciplinaire qui est encore minoritaire en Italie sans toutefois être marginal. Le choix dépend évidemment de la spécialisation de qui écrit, mais aussi de deux autres facteurs qui méritent d’être cités. Le premier, spécifique à l’anthropologie médicale, concerne la potentialité de ce genre d’études, réalisées au croisement de plusieurs disciplines apparemment divergentes entre elles : de l’histoire à la clinique, de la biologie à l’ethnologie, de l’économie à la pharmacologie. Le second facteur, plus général et dépendant des politiques universitaires, concerne la possibilité d’organiser la recherche selon des critères qui, au lieu d’exclure sur base disciplinaire, tentent enfin d’inclure sur base scientifique et prospective. Si le système de la rationalité scientifique doit être défendu comme garant des formes d’ignorance et d’obscurantisme grossières, la rationalité au sein de la science mérite elle aussi aujourd’hui d’être revue et de retrouver ses lettres de noblesse.

Nous analyserons en premier le concept de *normalité* par le biais d’une analyse sémantique précise ; puis la relation qui unit *santé* et *salut* ; et enfin l’idée même de rationalité dans le domaine thérapeutique. Dans les trois cas le but est de mettre en évidence à quel point notre façon de penser influence ce que nous sentons (et, vice-versa, à quel point notre façon de sentir influence ce que nous pensons). C’est à dire, traduit en termes d’étude expérimentale : la recherche décrit ce qu’elle voit, ou voit ce qu’elle décrit ?

2. Sur la normalité

§ Un normal double sens

Rien n’est plus anormal que la normalité. Bien entendu il s’agit d’une provocation ; mais avant de l’abandonner comme une *boutade*, la proposition en objet devrait être questionnée plus à fond, jusqu’à lui faire révéler – comme il en convient aux provocations intellectuelles – le peu de vérité qu’elle recèle.

L’univers de la normalité engendre une grande confusion. Ce mot, clair et compréhensible, seulement en apparence, est en fait un véritable piège sémantique.

Des différentes acceptions de normalité, il y en a une seule couramment perçue : la normalité comme *aurea mediocritas* ou comme appartenance au groupe de ceux que ne sont ni stigmatisés ni stigmatisables. Tous les autres sens, qui cohabitent malgré eux ensemble, ne cessent de se disputer entre eux et de se cacher. Pour expliquer l’origine de cette cohabitation tumultueuse il faut empiéter brièvement dans la statistique.

Dans le vocabulaire statistique les *distributions normales* représentent une famille de distributions symétriques qui ont la même forme générale, celle de la cloche décrite par la courbe de Gauss. L’axe de la valeur moyenne croise le point le plus haut de la courbe, qui descend ensuite, plus ou

moins rapidement, vers les deux ailes. Le nivellement de la courbure majeure ou mineure de la cloche se mesure par l'*écart type*, qui indique les variations autour de la moyenne des valeurs de la population considérée. Les courbes normales expriment la règle dite « empirique » : 68 % de la population présente des valeurs qui s'éloignent de la moyenne d'un *écart type* ; 95% de la population présente des valeurs qui s'éloignent de la moyenne jusqu'à deux fois l'*écart type* ; et 99,7 % de la population présente des valeurs qui s'éloignent de la moyenne jusqu'à trois fois l'*écart type*. Autrement dit, dans une distribution normale presque toutes les valeurs se différencient de la moyenne de trois *écarts types* au maximum ; et dans la plupart des cas la « paramétrisation » se fait sur les deux premiers *écarts types*, c'est à dire sur 95 % de la population. Statistiquement, pour n'importe quel individu de la population en analyse pour le caractère C, la probabilité que la mesure de C se différencie de la moyenne pour une valeur égale au maximum à deux *écarts types*, est de 95 %.

Ici on trouve aussi l'articulation sémantique cachée. La normalité statistique concerne uniquement la fréquence : les valeurs qui se différencient de la moyenne de deux (ou de trois) *écarts types* sont dites *normales* parce qu'elles sont ainsi dénommées en statistique et certainement pas parce que les autres valeurs (celles qui se trouvent au-delà du premier, deuxième ou troisième *écart type*) sont *anormales*. Mais à force d'utiliser un mot technique dans des contextes ambigus, la normalité tend à devenir *norme*, c'est à dire à assumer la valeur normative : les valeurs éloignées de la moyenne de plus de deux *écarts types* deviennent *anomalies*².

Parmi les caractères médico-physiologiques et anthropométriques, nombreux sont ceux distribués normalement, c'est à dire qu'ils ont une distribution en forme de cloche : 95 % de la population présente des *valeurs normales* qui s'éloignent de la moyenne de deux *écarts types* seulement. Mais si au lieu de considérer un seul caractère on en considère deux, entre eux indépendants, alors la population qui présente des valeurs normales pour chacun des caractères n'est plus de 95 % mais de 90,25 %³. Ce pourcentage diminue rapidement avec l'augmentation des caractères considérés : 85,74 % de la population est normale pour trois caractères indépendants ; 60 % pour dix caractères ; et seulement 34 % pour vingt caractères ; quand on arrive à cent caractères indépendants, la population qui résulte normale pour ces cent caractères est d'environ 0,5%. Dès l'instant que les paramètres morpho-physiologiques statistiquement normaux et probablement indépendants sont des milliers, chaque individu est mutant pour quelques caractères par rapport à la distribution normale ; l'individu le plus normal en absolu, c'est à dire celui qui se trouverait toujours dans la distribution centrale de chaque caractère, serait en même temps celui qui, statistiquement, **serait** le plus anormal⁴.

² La confusion terminologique et conceptuelle sur la courbe statistique *normale* n'est en fait pas récente : la courbe a été même appelée ainsi parce qu'elle pouvait décrire la distribution « normale » (c'est à dire *commune*, dans cette signification) de caractères influencés par des facteurs multiples et difficilement contrôlables.

³ C'est la *règle des probabilités indépendantes* qui intervient ici : si la probabilité d'obtenir 6 en lançant un dé est de 1/6, la probabilité d'obtenir deux 6 en lançant deux dés, est de 1/6 x 1/6, c'est à dire 1/36. La probabilité que deux caractères indépendants présentent des valeurs normales est de 95/100 x 95/100, et donc de 90,25/100.

⁴ Simonson 1966.

§ Malades par définition

Dans le vaste champ des sciences humaines et de la vie il y a une certaine confusion entre la valeur statistiquement normale et la valeur non pathologique ; ou encore disons qu'il y a une superposition injustifiée entre la valeur non normale et la valeur pathologique, alors que les deux choses sont conceptuellement et réellement distinctes. On fait coïncider la normalité statistique avec la santé, alors que les valeurs qui s'éloignent de la moyenne de plus de deux *écarts types* sont réputées pathologiques, ou de toute façon anormales et donc préoccupantes. La recherche de la santé se trouve ainsi réduite à la reconduction des paramètres physiologiques au sein d'un « tranquille étang » statistique circonscrit par les deux *écarts types* normatifs.

Il s'agit d'une extension sémantique injustifiée : rien n'assure en effet qu'une valeur statistiquement normale soit aussi une valeur saine et, surtout, qu'une valeur qui ne tombe pas entre les premiers deux *écarts types* soit pathologique. Il pourrait s'agir de cas où la normalité physiologique de l'individu ne coïncide pas avec celle du reste de la population ou encore de cas où les valeurs normales de populations différentes sont entre elles substantiellement inégales – bien que rentrant toutes dans le cadre de la vie saine.

D'autre part, il est arrivé à beaucoup d'entre nous d'apprendre inopinément d'être malade quand une des valeurs de l'analyse du sang ne rentrait pas dans les limites de la normalité ; en outre bon nombre de politiques nationales et mondiales ont été mises en place sur la base d'une normalité parfois illusoire, déterminée souvent sur la base d'échantillons très peu représentatifs. Dans cette « course à la moyenne » une vision fortement téléologique de l'être humain est encore implicite, qui fait que n'importe qui devrait suivre la norme absolue du seul individu « idéal », dont toutes les valeurs sont égales à la moyenne statistique. Ainsi tout écart de la moyenne est considéré une *erreur*. Ceci a même permis au tout début du développement de la statistique, quand il s'agissait d'une discipline indépendante, de théoriser une véritable physique sociale basée sur l'adaptation de la population aux valeurs *normales*, discrètement définies *parfaites*⁵.

Mais la perfection, comme on le sait, ne trouve pas de place dans l'évolution des vivants qui résulte plutôt de la plasticité et de la variabilité. D'ailleurs la statistique, lorsqu'elle est interprétée, déconseille de poursuivre la normalité dans le vivant : justement pour des raisons de distribution statistique. En effet la course à la normalité ne peut se terminer que lorsque *toute* la population présente, pour chaque caractère, une seule valeur – hypothèse terrifiante tant pour les implications évolutives qu'encore plus pour celles qui touchent la vie de la société.

Il ne s'agit pas, donc, d'une lubie de philologues du vocabulaire scientifique : l'équivoque entre la normalité statistique et la santé *fait tomber malade* et influence directement les choix sociaux. La valeur « normale » tel un fétiche du bien-être et la recherche obsessionnelle de la santé en tant qu'adaptation au seuil des valeurs normales sont deux mythes bien visibles, et actifs, de l'Occident contemporain. La recherche du bonheur traverse aujourd'hui presque exclusivement l'état de santé du corps, qui en fait doit s'adapter à des paramètres fixes : il suffit de penser, à ce sujet, au tirage des journaux de « fitness et bien-être » et au nombre d'analyses médicales routinières effectuées chaque jour sur un nombre toujours plus vaste de la population.

⁵ Cfr. Quetelet 1835.

Réduire la santé à une série de paramètres biologiques mesurables n'est pas l'œuvre des médecins, mais est en premier lieu le résultat d'une stagnation générale de la discussion publique sur ce que représente vraiment la santé et quelle est la relation entre le bien-être et les maladies, entre le milieu biotique et la société, entre la situation de travail, domestique, familiale et sociale, et la prospective sur le futur et le degré d'instruction, entre la disponibilité de médicaments et de bibliothèques. En somme une idée commune fait encore défaut à la santé, pour que finalement des possibilités préventives réelles liées aux facteurs extra-médicaux puissent décoller.

Tout ceci est encore plus décourageant quand on pense que déjà en 1948 l'Organisation Mondiale de la Santé définissait la santé « non seulement l'absence de maladie et d'infirmité, mais le bien-être physique, psychique et social complet »⁶; et que, justement en critiquant la liaison entre normalité et pathologie, Canguilhem ait proposé en 1966 une conception de la santé qui, par rapport à aujourd'hui, est *encore* innovatrice.

3. Santé et salut

§ De l'âme au corps, et retour

La médicalisation intégrale de la société est un trait caractéristique de la période post-moderne et elle est un des instruments les plus puissants de ce contrôle de la vie qui a été appelé *bio-politique*⁷. Elle n'est pas imposée de l'extérieur à un groupe d'individus récalcitrants, mais elle répond à un besoin qui naît maintenant des individus même : sur le versant subjectif, aux politiques qui encouragent la médicalisation correspond une demande sans fin de santé⁸, et le recours au médecin et aux médicaments devient toujours plus fort, transformant la santé en norme éthique et en salut immanent.

Au fondement du processus réside aussi une connexion particulière entre le lien juridique, moral et religieux. Dans les textes médiévaux le salut de l'âme est appelé, avec un mot aujourd'hui très distant, *santé* : ce mot n'avait alors rien à voir avec la prestance ou l'état physique de l'individu mais, en projetant le sujet au-delà des problèmes matériels et corporels, il indiquait la possibilité pour l'âme (mais aussi pour le corps ressuscité et donc, si on y regarde bien, pour l'individu entier) de se sauver du mal éternel, c'est à dire de se libérer définitivement des misères du quotidien. Cela sous-entend l'idée que la santé du corps n'a aucune valeur particulière si elle est privée de la santé de l'âme ; en effet, la dyade santé-salut est encore très présente dans le vocabulaire de la théologie et continue, bien qu'en sourdine, à intervenir dans la réflexion des médecins catholiques. L'organe

⁶ WHO / OMS 1978

⁷ L'explication de la bio-politique contemporaine ressort clairement au travers de la mutation du paradigme d'ordre social étudié par Foucault (2001) : en partant d'une société antique qui *laissait vivre et faisait mourir*, représentée par le droit souverain de vie et de mort, pour arriver à une société moderne qui *fait vivre et laisse mourir*. Les interrogations soulevées actuellement par la bioéthique laissent présager que peut-être nous nous trouvons en delà de tout cela : faire vivre inclut aujourd'hui la mort et le *post-mortem*.

⁸ Dufour 2001.

de la santé n'était donc absolument pas le corps ; et la santé était quelque chose de différent au bon fonctionnement organique. Au contraire le sujet « en bonne santé » était l'âme, à laquelle, à la fin des temps, le corps ressuscité se serait uni, finalement privé des pesanteurs et des douleurs de la matière. *Corpus sano in anima sana*.

La modernité au contraire, sépare et distingue et aussi, pour de nombreux aspects, réduit. Santé et salut se laissent, ils suivent chacun leur propre destin, en étroite union avec différentes parties du vieux sujet unitaire. La santé appartient maintenant seulement au corps, alors qu'à l'âme est réservé le salut immatériel. Dans cette vision est implicite l'idée selon laquelle, après la mort, même si l'âme se sauve, le destin des corps est de se décomposer et de disparaître : il n'y aura aucune résurrection dans le temps et rien ne viendra rédimmer la pesanteur du monde. Léonard de Vinci fait dérober des cadavres un siècle avant que Descartes ne sépare définitivement *res extensa* et *res cogitans*.

Le passage suivant advient, entre le XVIII et le XIX siècle, avec l'oubli apparent d'une âme maintenant inutile. Mais avec l'âme, le salut ne disparaît pas. Il est renvoyé au seul pôle organique (et il ne s'agit pas de *corps* mais de *machine biologique*) et commence à obséder l'Occident. Le mouvement, propulsif à son lancement et désespérant dans le résultat, est ambigu dans les contenus : la seule santé possible ne peut être que celle terrestre, le salut est ici. Ce qui appartenait à l'âme transcendante est renvoyé, avec la perte de cette dernière, non plus au corps immanent mais à la machine biologique, qui néanmoins n'est pas immanente du tout. Cet horizon organique de la santé de la machine en tant que salut en ce bas monde est souvent présenté comme une des positions matérialistes les plus logiques et radicales, et comme unique objectif censé qu'un homme de science rationnel puisse espérer ; il s'agit en fait d'une position fortement métaphysique. Les attentes de salut, réelles même si pleinement implicites, que l'Occident reverse sur la santé sont confirmées par les récentes statistiques de l'OMS, selon lesquelles plus un pays est laïc, plus grands sont le taux de dépression et le recours aux médicaments antidépresseurs⁹. Jackie Pigeaud a écrit à ce propos «À la question de savoir si la mélancolie est une maladie de l'âme ou du corps, nous devons répondre qu'elle est maladie de la relation de l'âme et du corps»¹⁰.

Dans l'attente de santé / salut que l'Occident contemporain adresse à la médecine il y a un besoin indéniable : que la santé, en tant que faculté fondamentale des êtres humains, soit protégée et maintenue. Mais identifier la santé de la machine biologique au salut de l'individu rend en définitive un mauvais service. En premier lieu, si l'on suit encore Canguilhem, la santé est une faculté, et donc un *processus*, alors que le salut est un *état* ; le premier est dans le mouvement, le second dans l'immobilité. En outre, dès que les questions organiques sont réglées, le bien-être est loin d'être atteint et, surtout, n'est pas un bien inaliénable dont on peut disposer une fois pour toutes. D'autre part, il serait opportun aujourd'hui de reprendre, dans notre propre tradition philosophique, la distinction d'Aristote entre *zoé*, celle que nous appellerons aujourd'hui "vie nue" ou vie biologique, à savoir le simple fait d'être en vie, et *bíos*, le mode de vie propre d'un groupe, la « bonne vie » d'une communauté¹¹. La «bonne vie» se fonde sur la vie biologique mais ne s'arrête pas là, car elle fait partie non seulement de la santé du corps mais aussi elle intervient dans le développement (individuel, social, culturel, affectif, intellectuel ecc.) des individus.

⁹ WHO / OMS 2001a, 2001b.

¹⁰ Pigeaud 1981.

¹¹ Agamben 1995.

Rien de tout cela n'est maintenu dans l'interprétation du salut immanent, considéré purement et simplement comme bon fonctionnement organique ; d'autre part, la "santé parfaite" est seulement apparemment plus immanente du salut du christianisme : comme elle, celui-ci aussi est inaccessible.

§ La procuration

La médicalisation progressive de la société impose des contrôles médicaux toujours plus assidus sur une grande partie de la vie quotidienne. L'objectif noble et compréhensible est la prévention, et s'il faut croire que pour la plupart des thérapeutes elle demeure effectivement le but méticuleusement poursuivi, il ne faut pas oublier qu'autour de leur travail et bien au-delà de leurs intentions, des mécanismes sociaux et communicatifs d'un tout autre genre ont vu le jour.

Les variations intervenant dans les contrats d'assurances ; les *futures* qui offrent un rendement financier qui se base sur la mort présumée de qui a souscrit une assurance vie, revendue par la suite; les pressions des multinationales pharmaceutiques sur les systèmes d'assistance sanitaire nationaux ; le dumping de produits périmés dans les pays du tiers monde : voici certains des tributs payés à une certaine médicalisation et à ce que Beck a défini la « diffusion du risque »¹². On arrive enfin au paradoxe de la diffusion de la crainte parmi les occidentaux qui, forts de leur médecine et de leurs systèmes sanitaires nationaux, représentent la catégorie de la population mondiale la mieux garantie et qui devrait donc être aussi la catégorie la moins inquiète quant à l'apparition de maladies.

Qui habite en Occident, et en particulier en milieu urbain, est continuellement sollicité par une multitude de messages, qui sous le couvert de la prévention, véhiculent des craintes de tout genre : le bâton de la terreur paraît avoir beaucoup plus de force publicitaire que la carotte du plaisir¹³. Le pansement du monde est l'objectif d'un système médical qui a délégué à des économistes, des industriels et des juristes la gestion du bien-être et de la santé.

La médecine occidentale a joué un rôle fortement propulsif pour le bien-être global pendant la période allant du 19ème au 20ème siècle lorsque, à la suite de l'identification et de l'étude des pathogènes ambiants, de meilleures conditions hygiéniques ont permis d'améliorer sensiblement l'état de santé de la population dans son ensemble. En effet la diffusion des normes hygiéniques et la disponibilité de médicaments génériques à bon marché, ont été les principaux facteurs de l'allongement de la vie moyenne qui a caractérisé le siècle passé. La découverte d'un véritable *milieu pathogène* , sur lequel il fallait intervenir rapidement pour limiter la morbidité, a été le véritable « moteur » de cette période.

Mais une fois que le problème des germes, vecteurs de nombreuses maladies, fut affronté avec succès, la relation entre le milieu et les pathogènes n'a pas eu le suivi attendu. Si les succès du

¹² Beck 1986.

¹³ Skrabanek & McCormick 1989, p. 177: « Dans la théologie médicale contemporaine la santé a remplacé le paradis et le chemin pour la sainteté est pavé d'un « style de vie salubre », alors que la recherche du plaisir conduit à la punition inévitable et à la mort. Au lieu d'admettre l'ignorance des causes du cancer et des maladies cardio-vasculaires et l'incapacité de les soigner, les médecins tendent toujours plus à culpabiliser les patients. La maladie est le prix du péché. »

traitement du milieu physique pathogène mis en évidence au XIX siècle sont clairs et font partie maintenant des grandes pages de l'histoire de la biomédecine, l'intervention médicale demeure plus difficile quand le milieu pathogène à traiter touche à l'organisation sociale et aux effets de l'industrialisation, de l'exploitation, de l'urbanisation, des guerres et de la croissance démographique.

Le suivi de l'intervention sur les pathologies provoquées par le milieu physique devait amener à intervenir sur les pathologies provoquées par le milieu social ; mais ce passage (qui par ailleurs permettrait de lancer une recherche très prometteuse dans l'histoire de la médecine) doit encore se faire¹⁴. La médecine occidentale a préféré développer, au détriment de l'amélioration des conditions de santé, un projet de "personnalisation" intégrale des soins médicaux en s'appuyant sur les développements de la pharmaco-génomique, qui est présenté comme une révolution imminente. En fait, ce changement annoncé paraît encore très lointain et oblige les médecins à revoir leur façon de penser les soins. C'est une erreur que d'attendre du génome une source de prédictions et de certitudes : compte tenu du fonctionnement de l'évolution biologique, la nature humaine (ou mieux la nature du vivant en général) ne réside pas dans la stabilité et dans la norme, mais dans la diversité et dans les imperfections des systèmes physiologiques qui peuvent et doivent s'adapter aux changements des situations ambiantes.

4. La rationalité sous le crible de la rationalité

Pour parler en état de cause des systèmes de soins "traditionnels" il faut maîtriser l'art de l'équilibre et savoir maintenir solidement la barre. Deux dangers peuvent en effet se présenter : d'un côté il y a le gouffre du scepticisme à tout prix, qui aime prendre des allures de scientisme ; de l'autre il y a le précipice de la nuit de la raison. En somme, il faut savoir profiter de l'art sceptique – qui est en effet un art et non une pétition de principe – et savoir récolter et suivre ce qui est valable et prometteur, en laissant derrière soi l'intraduisible et l'injustifiable.

§ Critiques préliminaires

L'anthropologie médicale a produit au cours des deux dernières décennies d'excellentes analyses sur les systèmes de soins "non occidentaux", en précisant les points forts et les faiblesses et en montrant à l'Occident combien de rationalité se cachait dans les pratiques thérapeutiques traditionnelles. Mais même, après avoir analysé et décrit les pratiques médicales des « autres », l'anthropologie médicale s'est retournée sur elle-même et sur ses propres origines et elle a étudié la médecine occidentale en adoptant les mêmes critères qu'elle a employés pour les autres médecines¹⁵.

Ce mouvement réflexif a permis de mettre en place aussitôt la question théorique et politique du rapport existant entre la biomédecine et les autres systèmes de soins, en se transformant rapidement

¹⁴ Ongaro-Basaglia & Bignami 1979.

¹⁵ Guerri & Consigliere 2002.

en approche critique à la médecine occidentale à laquelle on a soulevé différentes critiques circonstanciées¹⁶.

En premier, l'anthropologie médicale a mis la biomédecine sur le même niveau que tous les autres systèmes thérapeutiques, en l'interprétant comme l'ensemble des soins d'une société particulière (celle industrialisée et du secteur tertiaire) à un moment précis de son histoire : la biomédecine comme système thérapeutique de la « tribu des aristotéliens ». Confrontés à une lecture aussi relativisante, les secteurs les plus sensibles de la biomédecine ont tenté de redéfinir les critères d'universalité et de scientificité et, surtout, ont ouvertement reconnu les racines historiques du propre système conceptuel¹⁷.

D'autres critiques ont été faites ensuite sur la base de l'analyse de la pratique biomédicale¹⁸. Certaines des catégories, apparemment **le plus propres** à la pensée de la médecine scientifique, parmi lesquelles les oppositions diagnostic / traitement, soin technologique/ soin non technologique, spécificité / généralité, ont été mises en discussion, de la même manière que la dépendance existant entre la recherche biomédicale et l'industrie pharmaceutique¹⁹.

Une vaste analyse a été ensuite centrée sur la prospective fortement réductionniste établie dans les études biomédicales²⁰ et c'est justement là que la question, la plus épineuse, a commencé à voir le jour, ainsi que celle plus complexe et risquée : la rationalité. Encore une fois nous nous sommes retrouvés à discuter de mots, et encore une fois un problème qui apparemment était seulement sémantique ou philosophique, a révélé des implications sûrement matérielles.

Partons donc de la définition même de médecine "occidentale", de la recherche du facteur spécifique qui la différencie de toutes les autres médecines. Un critère incontournable impose d'employer ou (si c'est le cas) de chercher des mots qui ne soient pas immédiatement évaluables ; mais aucune des définitions jusqu'à maintenant proposées supporte une analyse approfondie²¹. Une des premières solutions se basait sur le critère géographique, mais on a observé que la « médecine occidentale » n'est pas du tout l'unique forme de soin pratiquée en Occident et que le pluralisme médical est en train de se diffuser rapidement²². La définition temporelle de « médecine moderne »

¹⁶ Les relations de l'anthropologie médicale avec les deux « disciplines mères » ont été beaucoup plus faciles sur le versant de l'anthropologie que sur celui de la médecine. Ceci dépend d'une part de la position de frontière de l'anthropologie, qui la rend plus disponible pour des prospectives d'études atypiques – ou impures (Diasio 1999) ; et de l'autre, de manière encore plus incisive, de l'aspiration historique de la médecine occidentale de devenir une science "hard", au même titre que la physique et la chimie. Dans cette tentative de transmutation épistémologique, le regard médical, ainsi que nous l'a enseigné Foucault (1963), s'est fait progressivement plus rigide, et aujourd'hui elle est dans une position où toute médiation est difficile si elle n'est pas confiée à la bonne volonté (et à la bonne conscience) de chaque opérateur.

¹⁷ Hahn & Kleinmann 1983; Martin 1987.

¹⁸ Hahn & Kleinmann 1984; Rhodes 1990.

¹⁹ Csordas & Kleinmann 1990

²⁰ Good 1994.

²¹ Leslie 1975.

²² McGuire 1988.

rencontre les mêmes problèmes, dans la mesure où tous les systèmes de soins actuellement en vigueur sont en fait contemporains ; le critère « académique » ne vaut pas plus qu'un autre puisque d'autres systèmes médicaux sont enseignés au niveau universitaire (pensons à l'Ayurveda en Inde et aux systèmes médicaux chinois), et d'autres disciplines « de soin » disposent aujourd'hui de cours (para)universitaires dans le monde occidental même (ostéopathie, acuponcture, homéopathie, etc.). On a enfin proposé le critère « scientifique », selon lequel la biomédecine serait l'unique système thérapeutique qui utiliserait les principes de la méthode scientifique (expérimentation, vérification, réplication, etc.).

§ Sorciers aristotéliens et scientifiques indigènes

L'appel à la scientificité – de la médecine dont il est question, mais le discours vaut plus en général pour tout le système académico-disciplinaire – est parfois cité comme pur et simple principe d'autorité, un « ipse dixit » de la contemporanéité qui n'est pas toujours suffisamment argumenté ; l'appel à la rationalité, fondement même de la scientificité, est encore plus radical. Il est donc intéressant de voir de plus près ce que l'on entend par « scientificité » ou par la « rationalité » lorsqu'on les attribue à la biomédecine, alors que les médecines non occidentales n'y ont pas droit.

Le point n'est pas, et nous en convenons, de généraliser trop facilement, en hommage au relativisme et, à bien y voir, à l'indifférence ; nous sommes bien loin de soutenir que *chaque* pratique de *chaque* médecine est rationnelle ou scientifique, ou qu'elle représente toujours la meilleure solution. Mais c'est justement à ce point que se joue la crédibilité des analyses de l'anthropologie médicale et de l'ethnomédecine : c'est à dire d'avoir la capacité d'évaluer cas par cas, pour chaque pratique thérapeutique, l'*efficacité biologique*, l'*efficacité culturelle* et l'action spécifique au sein d'un contexte qui, étant humain, est toujours *historique*. Ces trois facteurs, comme de toute évidence, sont séparés exclusivement pour des facilités d'observations et d'expérimentation : l'action thérapeutique n'est pas tellement la conséquence de l'*interaction* de ces trois facteurs (ce qui renvoie à une séparation) mais elle est surtout le résultat de leur fusion dans un véritable environnement humain qui accueille, au moment du soin, la vie entière du patient et du thérapeute²³.

Par « rationalité » on définit la *capacité d'adapter les moyens aux fins*. L'adaptation des moyens dépend bien entendu des fins : c'est valable, même sans recourir à l'explication, pour les pratiques médicales tant dans le cas d'une efficacité principalement culturelle que d'une action principalement biologique. En général, la rationalité n'a rien à voir avec des procédures spécifiques ou avec un ensemble pré-ordonné d'instruments et de concepts : au contraire, est rationnel ce qui sait *produire* des instruments et des concepts adaptés au contexte, à l'époque et aux problèmes. Dire que seulement la science occidentale est rationnelle équivaut à soutenir grosso modo que seules les langues indo-européennes sont communicatives.

²³ Il peut être utile de rappeler à ce propos, la distinction introduite par l'anthropologie médicale anglo-saxonne entre *disease*, *illness* et *sickness*. *Illness* est la maladie présente dans la conscience individuelle : c'est le mal que j'ai en moi, celui que je sens, la douleur que je ressens ou le malaise qui me conditionne ; *sickness* est la manière dont la maladie de quelqu'un est perçue par les autres membres de la communauté et du milieu social du malade ; *disease*, enfin, indique la maladie en tant que syndrome déterminé par un ensemble de techniques et définie par un vocabulaire spécialisé (celui en fait de la médecine) ainsi que par une nosologie et par une nosographie spécifiques.

En revenant à la thérapeutique, l'anthropologie médicale et l'ethnomédecine ont produit d'excellentes analyses sur les rapports qui lient les stratégies thérapeutiques au plus vaste contexte culturel des populations qui les pratiquent ; et par l'intermédiaire de sciences corrélées elles ont relevé comment plusieurs remèdes présentent même, outre une valeur symbolique, une réelle efficacité pharmaco-chimique et clinique. (En effet, le meilleur indice d'efficacité thérapeutique des médecines traditionnelles réside dans l'intérêt manifeste que les industries pharmaceutiques ont envers les études ethnomédicales.) Il ne s'agit donc pas de comparer un système à un autre système, la bonne rationalité à la mauvaise irrationalité, mais d'analyser, cas par cas, ce qu'il y a de rationnel et ce qui ne l'est pas, et pourquoi. Présentée d'une autre manière, la rationalité n'est pas quelque chose qui s'acquiert une fois pour toutes telle une propriété qui se possède ou dont on est le seul dépositaire. C'est une façon de faire les choses, de résoudre des problèmes, d'esquiver les ennuis toujours nouveaux.

Si pour analyser les systèmes médicaux on emprunte la rationalité, il faut alors éviter de comprimer la multiplicité et la variété des raisons et des contextes « autres », aux raisons et au contexte occidentaux. Le critère, peut-être le plus important, pour évaluer la rationalité des thérapies, devient alors non pas la preuve de laboratoire ou l'expérimentation clinique, mais l'efficacité réelle et observable du remède utilisé dans le contexte où il est employé. Le résultat des confrontations croisées entre remèdes « de chez nous » et remèdes « des autres » n'est absolument pas garanti et le critère utilisé – lui alors scientifique et rationnel en tout – saurait finalement rendre raison des mérites et des torts de chaque solution.

Bibliographie

- Agamben G., 1995. *Homo sacer. Il potere sovrano e la muda vita*. Torino: Einaudi.
- Beck U., 1986 et 1999. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Aubier, 2001.
- Canguilhem G., 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Csordas T.J. & Kleinmann A., 1990. The therapeutic process. In: Johnson T.M. & Sargent C.F. (eds), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. New York, Westport, London: Greenwood Press, pp. 11-25.
- Diasio N., 1999. *La science impure*. Paris: PUF.
- Dufour D.-R., 2001. Les désarrois de l'individu-sujet. «Le Monde Diplomatique», février 2001: 22-23.
- Foucault M., 1963. *La naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- Foucault M., 2001. *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France (1981-1982)*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Good B.J., 1994. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guerci A. & Consigliere S., 2002. Anthropologie médicale. In: Suzanne C., Chiarelli B. & Rebato E. (éds), *Anthropologie biologique. Evolution et biologie humaine*. De Boeck Université (Belgique), pp. 625-630.
- Hahn R. & Kleinmann A., 1983. Belief as pathogen, belief as medicine. «Medical Anthropology Quarterly» 14 (4): 16-19
- Hahn R. & Kleinmann A., 1984. Biomedical practice and anthropological theory. «Annual Review of Anthropology» 12: 305-333.

- Leslie C.M., 1975. Pluralism and integration in the Indian and Chinese Medical Systems. In: Alexander E., Kleinman A. & Kunstadter P. (eds), *Medicine in Chinese cultures*. Washington D.C.: John E. Fogerty International Center, National Institute of Health.
- Martin E., 1987. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McGuire M., 1988. *Ritual healing in suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Ongaro-Basaglia F. & Bignami G., 1979. «Medicina / medicalizzazione». In: *Enciclopedia Einaudi*, vol. IIX. Torino: Einaudi.
- Pigeaud J., 1981. *La maladie de l'âme. Étude de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*. Paris: Les Belles Lettres.
- Quetelet A., 1835. *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou essai de physique sociale*. 2 voll. Bruxelles, 1836.
- Rhodes L.A., 1990. Studying biomedicine as a cultural system. In: Johnson T.M. & Sargent C.F. (eds), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. New York, Westport, London: Greenwood Press, pp. 159-173.
- Simonson E., 1966. The concept and definition of normality. In: Brozek J. (ed), 1966. *The biology of human variation*. Ann. New York Academy of Sciences, 134.
- Skrabaneck P. & McCormick J., 1989. *Idées folles, idées fausses en médecine*. Éd. Odile Jacob, Coll. " Médecine ", 1992.
- WHO / OMS, 1978. *Primary health care*. Genève: World Health Organization.
- WHO / OMS, 2001 a. *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization, 2001.
- WHO / OMS, 2001 b. Fact Sheet N° 265 (December 2001), «Mental and Neurological Disorders». World Health Organization, 2001.

Questo documento è pubblicato sotto licenza **Creative Commons Attribuzione-Non commerciale 2.5**; può pertanto essere liberamente riprodotto, distribuito, comunicato al pubblico e modificato; la paternità dell'opera dev'essere attribuita nei modi indicati; non può essere usata per fini commerciali. I dettagli legali della licenza sono consultabili alla pagina <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/deed.it>

