

ETHNOMÉDECINE ET ANTHROPOLOGIE MÉDICALE :

bilan et perspectives

Annie WALTER

RÉSUMÉ

On admet conventionnellement que l'ethnomédecine est une branche de l'anthropologie médicale, discipline qui n'est pas encore réellement reconnue en France, bien qu'elle soit très développée dans les pays Anglo-Saxons. Après avoir dressé un bilan des recherches publiées ces cinq dernières années en ethnomédecine, l'article montre que la discipline occupa successivement plusieurs places selon l'intérêt théorique ou pratique qui lui était reconnu. Au-delà des problèmes de définition qui sont évoqués, et au terme d'une évolution théorique qui est retracée, l'ethnomédecine se propose aujourd'hui d'analyser le sens de la maladie et d'étudier les différents discours produits, dans le temps et dans l'espace, sur le corps humain, sur la santé et sur la maladie, sur la naissance et sur la mort.

ABSTRACT

It is universally accepted that ethnomedicine is a branch of medical anthropology which is not recognized yet in France, although it is widespread in the English-speaking countries. After surveying the researches published in ethnomedicine over the last five years, this paper shows that ethnomedicine held several successive positions related to its theoretic and practical value. Apart from the problems of definition and following a theoretic evolution, ethnomedicine intends nowadays to analyse the meaning of illness and to study the different works made in time and space about body, health and illness, childbirth and death.

Conventionnellement l'ethnomédecine se rattache à l'anthropologie médicale dont elle est l'une des subdivisions. Mais elle peut être considérée, institutionnellement, comme une branche de l'anthropologie générale puisque les travaux que l'on regroupe sous cette étiquette appartiennent tous à une longue tradition ethnologique. Le terme lui-même (ethnomédecine) fut créé par les chercheurs en ethnoscience, dans les années soixante, par analogie avec d'autres termes comme « ethnobotanique » ou « ethnozoologie ».

Il nous semble difficile de parler de la même façon des travaux réellement produits par l'ethnomédecine (travaux qui soulèvent des problèmes d'ordre théorique) et des analyses publiées sur la discipline elle-même (analyses qui posent des problèmes d'ordre stratégique). Les premiers témoignent de la fécondité d'un champ d'étude multidisciplinaire que les seconds s'efforcent d'organiser en discipline. Cet article distinguera donc ces deux séries de travaux.

* * *

Nous ne définirons pas l'anthropologie médicale qui n'est pas encore reconnue en France bien qu'elle soit très développée dans les pays Anglo-Saxons. Elle adopte dans ces pays une orientation écologique comme en témoigne l'ouvrage récent de A. McELROY (1979). Cet auteur reconnaissant quatre sous-disciplines dans l'anthropologie (anthropologie physique, archéologie, anthropologie culturelle et linguistique) affirme que :

[« *L'anthropologie médicale (...)* est l'un des rares champs d'étude à jeter des ponts entre ces sous-disciplines ».] (1)
Faisant de la santé une mesure de l'adaptation d'une population à son environnement, A. McELROY en vient à définir le concept de « systèmes ethnomédicaux » (ethnomedical systems) dont elle donne la définition suivante :

[« *Les systèmes ethnomédicaux comprennent toutes les croyances et la connaissance des spécialistes et des non-spécialistes, à propos de la maladie, de la santé, de la naissance, de la nutrition et de la mort* ».] (2)

L'étude de ces systèmes permet d'établir la façon dont un groupe humain s'est lui-même organisé, culturellement, socialement, et politiquement afin d'assurer à l'ensemble de la société le meilleur niveau de santé possible, compte tenu de son environnement.

Ce concept (système ethnomédical) correspond en fait à ce que nous appellerons par commodité « ethnomédecine » que S. GENEST a défini comme :

« *L'ensemble des croyances et des pratiques relatives à la maladie dans chaque société* » (S. GENEST, 1978 : 24)
Ces deux définitions permettent de circonscrire un champ d'étude très vaste qui peut être structuré en plusieurs thèmes et dans lequel on distingue quelques grands axes de recherche comme nous le verrons dans un bilan des travaux publiés.

Nous montrerons dans la deuxième partie de cet article, comment l'ethnomédecine (considérée comme champ d'étude et non comme discipline) a successivement occupé plusieurs places, de l'anthropologie à l'anthropologie médicale, en passant, sans s'y arrêter, par la médecine. Et nous verrons par là-même les ambiguïtés qui peuvent apparaître lorsque l'on confond les préoccupations théoriques et pragmatiques, lorsque l'on mêle les méthodologies (ici médicales et anthropologiques) et lorsque l'on veut faire d'un champ pluridisciplinaire une discipline à part entière.

Quant à nous il nous semble actuellement plus important de réunir des chercheurs autour d'un thème particulier que de les grouper au sein d'une discipline arbitrairement définie et constituée, qu'elle s'appelle ethnomédecine ou anthropologie médicale. Le terme « ethnomédecine » est incorrect car il n'a pas de référent pratique comme « ethnobotanique » ou « ethnozoologie ». Le terme « anthropologie médicale » (traduction de « medical anthropology ») nous semble inapproprié. Nous en reparlerons ultérieurement.

1

Lignes de recherche actuelles en ethnomédecine

Un bilan des travaux publiés ces cinq dernières années sous l'étiquette d'ethnomédecine (3) permet de dégager quelques directions de recherches. Encore faut-il distinguer entre thèmes de recherche et orientation théorique ou méthodologique.

LES THÈMES DE RECHERCHE

Sans différencier les études de cas et les études théoriques, les thèmes de recherche en ethnomédecine se rangent schématiquement dans les catégories suivantes : connaissance médicale, santé, maladie, thérapeute et thérapeutique. A peine énoncée, cette énumération soulève un problème d'importance : comment définir et circonscrire ces catégories ? Pour mener à bien cette tâche il serait nécessaire de mettre à jour deux séries de définition : la première établie selon les critères de l'enquêteur, la seconde selon les critères de la société considérée. Dans ce dernier cas, le découpage même en catégories d'études est sujet à caution. Ces problèmes n'ayant jamais été clairement résolus, les études, souvent de qualité, restent sélectives et chaque thème de recherche est appréhendé selon un aspect privilégié.

En général les informations recueillies par les ethnologues sur la *connaissance médicale* d'une population donnée concernent presque exclusivement la connaissance d'un spécialiste local (érudit indigène ou guérisseur

(1) A. McELROY (1979, p. 7), « Medical anthropology (...) is one of the few fields that bridges the subdisciplines ».

(2) A. McELROY, *op. cit.*, p. 106, « Ethnomedical systems include all the beliefs and knowledge held both by health specialists and by nonspecialists about sickness and health, childbirth, nutrition and death ».

(3) Afin de donner un meilleur aperçu de la recherche Française, nous avons principalement utilisé des références en langue Française pour rédiger la première partie de cet article. Une table ronde organisée par le Dr Anne RETEL-LAURENTIN (maître de recherche au C.N.R.S.) s'est tenue à Paris les 19 et 20 mai 1980. Intitulée « *Santé et Sciences humaines* » elle a permis de faire le point sur les études actuelles dans ce domaine (les actes devraient être publiés prochainement).

renommé). Le corpus de données ainsi réunies est malheureusement le plus souvent coupé du contexte concret dans lequel s'est déroulé l'événement maladie. Il se trouve aussi coupé d'un corpus de mythes qui pourrait, éventuellement, servir de cadre de référence. On trouve ainsi d'abondantes études sur les classifications des maladies et sur les taxonomies de termes anatomiques.

Pour H. FABREGA (1977) un *système de soins* (medical care system) comprend le savoir émis par les membres spécialisés d'une société donnée (medical taxonomy) et le savoir émis par les membres non spécialisés de cette société (folk medical knowledge). L'un et l'autre doivent être étudiés de manière égale. Dans cette ligne citons deux monographies ethnomédicales : celle de G. LEWIS chez les Gnau de Nouvelle-Guinée (1975) et celle de J. M. JANZEN chez les Bakongo du Bas Zaïre (1978). Ces deux ouvrages présentent par ailleurs une double série de données : une carte sanitaire établie selon les critères habituels à la médecine occidentale (G. LEWIS et W. ARKINSTALL, collaborateur de M. JANZEN, sont tous les deux docteurs en médecine); et une analyse de la façon dont les sociétés considérées (Gnau et Bakongo) expliquent, classent et traitent les maladies.

Ce que H. FABREGA appelle : « folk medical knowledge » a souvent été étudié sous le terme de « savoir populaire ». Ces études, lorsqu'elles concernent nos sociétés, regroupent trop souvent sans les distinguer, les savoirs des non-spécialistes (savoirs familiaux et savoirs de compétence) et les savoirs des spécialistes « illégaux » ou non reconnus (rebouteux, barreaux...). Cette confusion pose tout le problème de la constitution et du maintien d'un discours dominant dans une société. Cette question est bien posée pour notre société par M. C. POUCHELLE (1981).

La *connaissance médicale*, enfin, peut être appréhendée de façon globale : on étudie alors ses modes de production, de transmission, de diffusion et d'utilisation. Ces études se placent très souvent dans un contexte de changement culturel (A. YOUNG, 1978; S. GENEST, 1978; P. HUARD, 1969; A. KLEINMAN, 1977).

A côté de ces recherches sur les savoirs populaires et sur les systèmes cognitifs médicaux, certains auteurs (A. BOURGUIGNON, 1978; P. M. BRUNETTI, 1978) s'interrogent sur la *notion de santé*. Le couple santé/vie s'oppose au couple maladie/mort et remplace celui de santé/maladie. L'ethnomédecine recueille les pratiques et les savoirs concernant le corps humain sous tous ses aspects et non sous celui, unique, de la maladie, notion de plus en plus difficile à cerner (F. LOUX, 1978; PETER et LOUX, 1976; J. REVEL et J. P. PETER, 1974; A. PEETERS, 1979; A. RETEL-LAURENTIN, 1969).

La *maladie* fut trop souvent abordée par son aspect étiologique, au dépend d'autres critères classificatoires. L'étiologie des maladies apparaît exclusivement comme le point d'articulation entre l'organisation sociale et le système médical. La maladie joue alors le rôle d'un régulateur social. Mais, d'une part il existe d'autres points d'articulation de la maladie avec l'organisation sociale; d'autre part l'étiologie des maladies permet de relier le système médical à d'autres systèmes que le système social.

Pour d'autres auteurs, la *maladie* devient métaphore, discours d'une culture sur le symptôme (J. BENOIT, 1979), langage en soi dont il faut décrypter la syntaxe et la sémantique (H. FABREGA, 1978), variable dépendante du savoir médical (A. YOUNG, 1978). Mais surtout, et nous rejoignons-là un certain aspect de la thérapeutique, il y a remise en question de la dichotomie entre réel et symbolique. Le réel n'est-il pas la façon symbolique dont une collectivité appréhende un phénomène à un moment donné (M. C. POUCHELLE, 1981)? L'explication de la maladie en terme de germe reste recevable mais elle doit être complétée, au niveau individuel, d'une explication autre qui prend ses sources dans un imaginaire individuel ou collectif. La représentation des maladies est aussi importante que sa nomination en termes biologiques (C. FRIEDBERG, 1979). G. BIBEAU, (1978) repose tout le problème de la constitution du langage scientifique dans ce domaine. Partant de la nosologie il traite de l'acte diagnostique dans son déroulement et sa durée. La maladie nommée se situe au carrefour de plusieurs axes classificatoires (le corps, les symptômes, les causes, les valeurs socio-culturelles...).

L'étude des *thérapeutiques* peut être abordée de différentes façons : description de cure, présentation des ressources thérapeutiques d'une société (G. L. MALLART, 1977) ou bien réflexion sur l'efficacité d'un système thérapeutique. Cette efficacité peut être symbolique (étudiée à travers des analyses de rituel : F. LAPLANTINE, 1981) ou médicamenteuse (étudiée à travers les analyses chimiques de plantes médicinales).

Les *thérapeutes*, enfin, sont surtout étudiés sous l'angle de leur formation, de leur initiation (M. E. MOTTE, 1980). La relation médecin/patient et la fonction sociale du thérapeute ont été moins étudiées (J. POUILLON, 1975).

D'autres thèmes de recherche pourraient s'ajouter à ceux-ci, qui intéressent d'une façon ou d'une autre l'ethnomédecine. Citons en particulier le chamanisme, la sorcellerie (J. FAVRET-SAADA, 1977), la mort (M. VOVELLE, 1974), l'alimentation dans certains de ces aspects (A. PEETERS, 1979), le corps (*Nouvelle revue de psychanalyse*, 1971), la procréation (A. RETEL-LAURENTIN, 1979).

LES VOIES D'APPROCHE

Les orientations théoriques et méthodologiques sont actuellement rares en ethnomédecine. Certaines existent pourtant qu'il est utile de connaître.

M. AUGÉ, par *ses recherches sur l'anthropologie des maladies*, s'intéresse à différentes dimensions sociales de la maladie sans se limiter au seul aspect étiologique de celle-ci. A partir de là, cet auteur entreprend une analyse qui traite à la fois de la maladie exprimée en terme de symbole et de la maladie exprimée en terme de rôle social. Cette approche très nouvelle est celle de nombreuses recherches actuellement en cours.

Les chercheurs travaillant sur *les traditions populaires Françaises* se sont également intéressés aux pratiques de médecine populaire, c'est-à-dire, le plus souvent, paysannes.

L'ethnographie médicale, autre ligne de recherche, se distingue essentiellement par sa méthodologie. En effet, la méthode ethnoscientifique, basée sur une analyse du champ sémantique d'un terme, est largement utilisée dans ces travaux. En ce sens l'ethnographie médicale pourrait correspondre à l'ethnomédecine proprement dite, telle que la définissent actuellement certains auteurs (1). Une de ses spécificités est de prendre en compte les savoirs non spécialisés (utilisateurs de la médecine) et de ce fait les savoirs de santé.

D'autres approches méritent d'être notées qui articulent l'ethnomédecine à d'autres champs de recherche.

L'approche historique relie l'ethnomédecine à l'histoire de la médecine (et il est parfois difficile de distinguer l'une de l'autre) et à l'anthropologie des maladies. Elle nous paraît fructueuse pour toutes les réflexions menées soit sur les médecines écrites (médecine hippocratique ou médecine ayurvédique, etc.), soit sur les problèmes de transformation des systèmes médicaux. Le thème de recherche est variable : J. M. BIRABEN a produit un important travail sur la peste (1975-1976), A. VELTER et M. J. LAMOTHE se sont plutôt intéressés à la technologie médicale (1978). D'autres ont étudié l'homme face à la maladie ou à la mort (M. C. POUCHELLE, 1976).

La méthode historique peut être utilisée également dans *l'analyse des rituels* mais nous abordons là une autre voie d'approche qui relève à la fois de l'ethnomédecine et de l'histoire des religions. Que l'on parte de l'étude d'un rite (E. CORIN, 1978), d'un culte (A. BENSA, 1978; J. C. SCHMITT, 1979) ou d'un événement biologique (N. BELMONT, 1971) cette approche oblige à prendre en compte la maladie et la thérapeutique dans leurs aspects symboliques.

La majorité des essais menés sur les systèmes de représentation suivent cette ligne de recherche. En dehors de la méthode historique certains auteurs comme N. BELMONT utilisent également une méthode structuraliste. F. LAPLANTINE, 1981, lui, part de modèles étiologico-thérapeutiques dont il suit les transformations en fonction de différents critères.

Signalons enfin une dernière approche méthodologique. Elle ne part plus exclusivement, de l'étude des professionnels de la santé mais des discours émis par les malades eux-mêmes *décrivant leur itinéraire diagnostique et thérapeutique* (A. EPELBOIN et S. EPELBOIN, 1977). Aux États-Unis, A. M. KLEINMAN (1977), utilise dans ses travaux une approche non pas identique mais du moins similaire.

Voici données, en un schéma rapide, les grandes lignes de recherche en ethnomédecine. Beaucoup d'aspects ont été omis, en particulier ceux qui sont aux franges de l'ethnomédecine (problèmes d'ethnopsychiatrie, d'efficacité des plantes médicinales, etc.). Mais il est impossible d'être exhaustif.

Actuellement le champ de recherche que nous venons de présenter se caractérise par plusieurs points :

— il est le lieu de réflexion et d'interrogation sur la maladie (et par là-même la mort) en permettant une étude transculturelle et comparative de différents systèmes ethnomédicaux (le système occidental n'étant pas pris, systématiquement, comme référence);

— il replace la maladie au sein d'un ensemble plus vaste : celui des savoirs sur le corps et sur la santé;

— il prend en compte tous les savoirs (ceux des spécialistes et des non-spécialistes).

En ce sens il devrait permettre de mener une réflexion sur l'organisation médicale d'une société (qui serait une anthropologie de la médecine) ou sur les savoirs et pratiques de santé (qui serait une anthropologie de la santé).

(1) Nous renvoyons à l'article rédigé par A. EPELBOIN et les chercheurs du séminaire mensuel d'ethnomédecine, de l'E.R.A. 773, du L.P. 3 121, du Laboratoire d'Ethnobotanique et d'ethnozoologie. « *Plaidoyer pour l'ethnomédecine : défense corporatiste d'un créneau potentiel ou défense d'une discipline étouffée?* » (à paraître).

2

Ethnomédecine : évolution des définitions

L'ethnomédecine a été soumise à différents changements, non pas dans son contenu mais dans ses appellations : thème de l'anthropologie, elle devint subdivision d'une anthropologie médicale. C'est ce cheminement que nous nous efforcerons de retracer.

LES MÉDECINES PRIMITIVES COMME THÈME DE L'ANTHROPOLOGIE

Au début du xx^e siècle, on ne parlait pas d'ethnomédecine, ni d'anthropologie médicale, mais de médecine primitive, de médecine archaïque ou de médecine traditionnelle. On les opposait globalement à la médecine occidentale. Les anthropologues s'intéressèrent à ce domaine pour rentabiliser les informations recueillies dans trois sortes d'ouvrages : les relations de voyages des explorateurs des xvii^e et xviii^e siècles, les récits des missionnaires implantés dans des régions données, les monographies ethnographiques. Ces informations variaient selon l'intérêt personnel de l'observateur.

Les grands navigateurs, et avec eux les naturalistes qui les accompagnaient, appréhendaient l'homme comme un objet de science naturelle. Ils décrivent l'aspect physique des indigènes et leurs maladies visibles qu'ils nommèrent avec les termes médicaux de l'époque (scrofule, écrouelle, phthisie, lèpre). Certains relevèrent des recettes phytothérapeutiques locales et des pratiques spectaculaires qui les étonnaient (circoncision, scarifications cutanées).

Des sociétés missionnaires furent créées à la fin du xviii^e siècle pour évangéliser les peuples découverts. Comprendre les sociétés autochtones leur était nécessaire pour les christianiser. Ils s'intéressèrent tout naturellement aux dialectes et aux systèmes magico-religieux. Ils réunirent ainsi de nombreux renseignements sur les causes surnaturelles des maladies mais donnèrent peu d'informations sur la symptomatologie ou sur les connaissances médicales autochtones. Ils assimilaient ces dernières à des superstitions et ne les reliaient pas aux pratiques médicales qu'ils jugeaient d'ailleurs inefficaces.

Les monographies ethnologiques anciennes renferment presque toutes des paragraphes consacrés à la maladie et à la médecine indigène. Les pratiques et croyances médicales sont présentées comme un amalgame incohérent de superstitions, jugement qui n'est pas sans rappeler celui des missionnaires sur le sujet.

W. RIVERS (1924) et F. CLEMENTS (1932) furent les premiers à réunir et synthétiser toutes les données disponibles.

Le mérite de W. RIVERS est d'avoir *relié les croyances et les pratiques médicales* en un système cohérent. Son erreur est d'avoir voulu distinguer au sein de chacune de ces pratiques ce qui relève de la magie, de la religion ou de la science. Il obtint ainsi trois systèmes cohérents mais isolés les uns des autres, et dépendant chacun d'une vision particulière du monde : magique, religieuse ou empirique.

F. CLEMENTS répertoria les différentes causes de maladie que l'on pouvait trouver de par le monde. Il individualisa cinq classes étiologiques (incorporation d'un objet maléfique, perte de l'âme, intrusion corporelle d'un esprit, violation d'un tabou, sorcellerie) et en étudia la répartition mondiale et la diffusion. Cette approche présente deux défauts : celui d'isoler les causes des maladies les unes des autres, du contexte médical et du contexte culturel et celui de mettre sur le même plan des catégories causales qui fonctionnent en fait dans une relation de cause à effet (perte de l'âme et violation d'un tabou par exemple).

Les historiens, comme SIGERIST (1951), s'intéressaient aussi aux médecines primitives. Ils cherchaient à comprendre comment la connaissance scientifique peut émerger d'un ensemble de croyances et de pratiques magiques. Ils rejoignaient en cela les intérêts de quelques anthropologues, tel ACKERKNECHT (1942). Celui-ci fut le premier à démontrer la *diversité des médecines primitives*, à prouver l'efficacité indéniable de certaines pratiques médicales et à ordonner croyances et pratiques d'une façon cohérente. Le système médical ne dépendait plus, comme chez W. RIVERS, d'une vision du monde magique, religieuse ou empirique, mais mêlait ces différents éléments en un *réseau complexe lié à l'organisation sociale*.

Les médecins jusque-là n'avaient presque totalement l'existence d'une médecine autochtone tout en s'intéressant aux plantes médicinales susceptibles de renfermer quelques principes pharmacologiques actifs.

ANTHROPOLOGIE ET MÉDECINE

Vers 1940/1950, les préoccupations des ethnologues et des médecins étaient apparemment fort différentes, et les énoncés théoriques des premiers relevaient directement des problématiques anthropologiques de l'époque.

Notons à ce propos l'influence du mouvement « Culture et Personnalité » qui, analysant les problèmes posés par la personnalité de base, fut amené à s'intéresser aux phénomènes déviants et marginaux et par là même au problème de la maladie mentale et de l'adaptation psychologique à l'environnement.

Dorénavant, les intérêts de la médecine vont rejoindre les intérêts de l'anthropologie. A cette époque, des problèmes d'ordre pratique se posaient aux administrations sanitaires américaines et des problèmes d'ordre théorique se posaient aux sciences médicales.

Après la deuxième guerre mondiale les organisations sanitaires américaines s'efforçaient en effet de rénover et d'humaniser leurs institutions médicales. On étudia donc les aspects psychologiques de la vie hospitalière, qu'elle fût vécue par le malade ou le personnel soignant.

Par ailleurs, les programmes de développement proposés aux pays du Tiers Monde se soldaient presque tous par des échecs, dont le plus évident était sans doute le refus de ces programmes par les populations concernées. Attribuant ces difficultés à une incompréhension des systèmes socio-culturels rencontrés, on décida alors, dans un souci de rentabilité, de faire appel à des anthropologues. Ils furent chargés d'étudier les dimensions culturelles dans le cadre du développement.

La médecine, poussée par son idéal de bonheur et de santé, cherchait en somme à comprendre l'homme faible, qu'il soit malade ou « sous-développé ».

L'intérêt de la médecine pour les sciences humaines jouait également à un niveau plus théorique. Il fut l'aboutissement d'une longue évolution dont nous tracerons une esquisse résolument caricaturale, sachant qu'un résumé de l'histoire de la médecine ne peut être qu'inexact (et nous renvoyons à des ouvrages tels que ceux de M. FOUCAULT (1978), F. JACOB (1970) ou à A. VELTER et M. J. LAMOTHE (1978)).

Depuis la fin du XVIII^e siècle, la médecine se voulait science objective, science d'organe et de fonction. La méthode anatomo-clinique de Laennec avait mis en rapport les symptômes observés sur le vivant et les lésions organiques observées sur le malade. Claude Bernard, par sa méthode expérimentale, étudiait le fonctionnement normal et le dysfonctionnement des organes et des systèmes métaboliques. Avec Pasteur, la plupart des maladies furent rapportées aux germes. Au milieu de ce siècle (sans vouloir parler des chromosomes, des gènes et des molécules d'acide nucléiques) la médecine, s'éloignant pour un temps de son pôle biologique, découvrit l'importance des facteurs sociaux dans l'étiologie des maladies. Les causes sociales s'ajoutèrent aux causes infectieuses ou, plus exactement, si l'agent pathogène resta biologique, le terrain, lui, devint social. On s'attacha désormais à analyser les facteurs de risque, c'est-à-dire les facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'une affection. C'est ainsi que l'on a montré le rôle du tabac et de la pollution dans la fréquence du cancer pulmonaire; celui du stress dans les maladies cardio-vasculaires, des habitudes alimentaires dans les maladies infectieuses.

Là aussi l'anthropologie peut apporter des matériaux utiles à la médecine en repérant les facteurs socio-culturels responsables de la maladie, de sa diffusion ou de sa pérennité.

Les préoccupations des médecins rejoignent désormais celles de certains anthropologues. Il devient difficile de distinguer clairement entre les intérêts théoriques des uns et les préoccupations pratiques des autres.

Les premiers étudient les médecines traditionnelles dans une perspective purement ethnologique; les seconds, au service d'une administration, participent à l'amélioration sanitaire des peuples primitifs. Tous produisent en abondance des travaux de qualité. Ceci poussa N. CAUDILL (1953) à réunir toutes ces recherches dans un bilan (publié en 1953 par A. KROEBER) qu'il intitula « Rôle de l'anthropologie appliquée dans la médecine » (*Applied anthropology in medicine*). L'article se présente comme un essai typologique.

Le premier chapitre, intitulé « Médecine primitive dans les sociétés à traditions orales » s'intéresse exclusivement aux travaux qui traitent des médecines traditionnelles en soi. Le deuxième chapitre, « Médecine dans les sociétés occidentales actuelles » présente les recherches des anthropologues engagés dans les institutions hospitalières américaines. Le troisième chapitre, fort ambigu, traite, en principe, de toutes les études menées sur les causes sociales, culturelles ou psychologiques des maladies. Mais les auteurs de ces articles viennent d'horizons différents et posent des problématiques différentes. Conscient de certaines contradictions, W. CAUDILL décide alors de diviser les travaux en quatre groupes, selon l'appartenance professionnelle de leurs auteurs : épidémiologie, santé publique, médecine interne et psychiatrie. Le dernier chapitre est consacré aux différents types de maladie.

Ce bilan va contribuer à créer une nouvelle discipline : l'anthropologie médicale. Selon son propre aveu, W. CAUDILL n'a fait que juxtaposer des textes très éloignés les uns des autres, dont le seul lien était une méthodologie commune (tous utilisent en effet les méthodes ou les concepts des sciences sociales). [*« Le domaine lui-même existe plus dans l'imagination et l'espérance de l'auteur que dans la réalité actuelle. »*] (1)

(1) « Field that itself exists more in the writer's imaginative hopes than in present reality » (W. CAUDILL, 1953 : 772).

L'ETHNOMÉDECINE COMME SUBDIVISION DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

Le principal espoir de cet auteur était de stimuler l'intérêt des chercheurs pour les problèmes de santé et de créer ainsi un groupe de recherche dynamique et fonctionnel. Ses espoirs ne furent pas déçus.

Dix ans plus tard N. SCOTCH (1963), au sein d'un bilan équivalent à celui de W. CAUDILL, note que : [« le nombre d'anthropologues travaillant dans des structures médicales ou sur des problèmes de santé et de maladie est de plus en plus important »] (1). Il crée lui-même le terme d'Anthropologie Médicale (Medical Anthropology) qu'il ne définit pas réellement. La nature du travail fourni par les anthropologues est le seul critère qui permet de les rattacher ou non à cette nouvelle discipline.

Dans un essai typologique il divise le champ d'étude en trois catégories principales : ethnomédecine, épidémiologie et santé publique.

Une place particulière est réservée à l'ethnomédecine. SCOTCH reconnaît que c'est le seul domaine à présenter un certain intérêt théorique. Il réunit sous le terme d'ethnomédecine les travaux publiés sur la médecine populaire et sur la médecine primitive, soulevant à cette occasion quelques problèmes de définition. Cet auteur sépare pleinement la médecine occidentale des autres médecines qui deviennent ainsi l'objet d'étude de l'ethnomédecine dont la tâche principale serait de recueillir les traditions et les vieilles croyances.

Une contradiction apparaît donc entre le contenu de la discipline (les articles ont un intérêt théorique réel, mais on ignore lequel) et la façon dont on la présente dans le cadre de l'anthropologie médicale (elle étudie les systèmes médicaux non occidentaux que la médecine moderne veut en fait modifier).

H. FABREGA (1971) renforça et institutionalisa cette ambiguïté en voulant, le premier, donner une logique interne et une spécificité à une discipline (l'anthropologie médicale) dont le statut était avant tout conventionnel et dont l'existence était surtout pragmatique.

Il appliqua pour cela à l'anthropologie médicale le principe de la division EMIC/ETIC, utilisé depuis une dizaine d'années par les chercheurs en ethnoscience.

L'approche EMIC consiste à analyser le champ sémantique de certains termes afin de mettre en évidence la façon dont les indigènes pensent et conçoivent eux-mêmes un certain domaine. La difficulté majeure de cette approche est de délimiter précisément les frontières du domaine à l'étude, telles qu'elles sont établies par la société considérée. L'approche ETIC, quant à elle et selon PIKE, devrait analyser la distribution des catégories culturelles dans l'espace et dans le temps (2).

Partant de ce principe, H. FABREGA distingua deux axes de recherche en anthropologie médicale, selon que la maladie est vue :

— soit comme une catégorie culturelle (c'est l'approche EMIC). On parlera alors de « illness » en anglais et de « maladie » en français (S. GENEST, 1978);

— soit comme une catégorie biologique (c'est l'approche ETIC). On parlera alors de « disease » en anglais et de « affection » en français (S. GENEST, 1978).

Le premier axe correspond à l'ethnomédecine, le second à l'épidémiologie et à l'écologie.

Sans remettre en question la pertinence même de cette division EMIC/ETIC (qui pour notre part nous paraît contestable), l'application qu'en fait H. FABREGA soulève plusieurs problèmes.

Au paragraphe « épidémiologie », H. FABREGA ne retient que les articles traitant des facteurs sociologiques de la maladie, éliminant tous ceux qui analysent la prévalence des maladies ou l'adaptation à l'environnement. Pour construire l'anthropologie médicale, il est ainsi obligé de tronquer une discipline reconnue des sciences médicales : l'épidémiologie.

Au paragraphe « ethnomédecine » il met l'accent sur les études de classification et de taxonomie, dans lesquelles la maladie est vue comme une catégorie équivalente à celle des couleurs ou des plantes. C'est là, nous semble-t-il, reproduire à tort un schéma spécifique à la médecine occidentale. Celle-ci traite effectivement des maladies, définies et repérables dans toutes les sociétés. Les médecines traditionnelles, elles, traitent plutôt des malades dans leur individualité et leur unicité. Vouloir à tout pris retrouver ailleurs des catégories pathologiques

(1) « The number of anthropologist working in medical settings or on problems of health and illness has continued to increase » (N. C. SCOTCH, 1963 : 31).

(2) Les termes « EMIC/ETIC » sont créés à partir des mots anglais « phonemic » et « phonetic ».

opérantes nous semble relever d'une attitude ethnocentrique. L'étude des classifications des maladies, bien qu'étant un problème intéressant en anthropologie, ne devrait pas à notre avis, prendre ici une place abusive.

En fait la majorité des recherches anthropologiques (celles qui étudient le vécu de la maladie, les choix et les trajets thérapeutiques des malades, les modifications des systèmes médicaux dans un contexte acculturatif) sont regroupées par H. FABREGA au paragraphe « Travaux généraux ».

L'article de H. FABREGA a l'avantage d'annoncer l'orientation écologique prise par l'anthropologie médicale, orientation qui est celle de presque tous les travaux produits aujourd'hui dans cette discipline. Il a aussi le mérite de faire la distinction entre les recherches qui utilisent des méthodes ethnologiques et celles qui s'appuient sur des méthodes exclusivement médicales.

Il a l'inconvénient de vouloir les réunir dans une même logique théorique. L'ethnologie et la médecine, si elles partagent des intérêts communs, possèdent, nous l'avons souligné, des méthodes propres, susceptibles de résoudre, l'une ou l'autre, des problèmes donnés. Il nous semble donc inutile, voire dangereux, de vouloir définir une discipline « anthropologie médicale ». Une telle définition peut être un frein au développement de la recherche dans ce domaine.

Gardons à ce champ de recherche son cadre pragmatique et ses perspectives écologiques, grâce auxquelles les recherches actuelles se montrent fécondes.

Le problème n'est plus de relier le savoir scientifique au savoir empirique, mais d'analyser le sens de la maladie et de relever les différents discours produits, dans l'espace et dans le temps, sur la santé, sur le corps humain, sur la maladie et sur la mort.

Ainsi libéré d'un cadre conventionnel qui prenait la médecine occidentale comme seule référence, et qui conduisait l'ethnomédecine et l'anthropologie médicale dans une impasse, un champ d'études particulièrement intéressant demeure, pour lequel nous préférons renoncer à toute étiquette disciplinaire. Un thème général pourrait être proposé pour le circonscrire : celui de la santé. Sur ce thème des anthropologues, des médecins, des épidémiologistes, des démographes..., pourraient s'interroger, affiner leur méthodologie et dépasser peut-être le cadre restreint du discours universitaire. N'était-ce pas là, d'ailleurs, l'espoir de W. CAUDILL lorsqu'il fit pour la première fois un bilan des travaux publiés dans ce domaine ?

Plus qu'une discipline nouvelle nous voulons défendre un volet particulier de la recherche, celui de « Santé et sciences humaines ».

BIBLIOGRAPHIE.

1. *Pour une bibliographie détaillée des ouvrages en ethnomédecine, nous renvoyons aux synthèses suivantes :*
 - AUGÉ (M.), 1980. — « Maladie, Anthropologie ». *Encyclopedia Universalis* : 902-904.
 - COLSON (A. C.), SELBY (K. E.), 1974. — « Medical Anthropology ». *Annual Review of Anthropology*, ed. Siegel, B.J. Palo alto : annual review : 245-262.
 - GENEST (S.), 1978. — « Introduction à l'ethnomédecine. Essais de Synthèse ». *Anthropologie et sociétés*, 2,3 : 5-28.
 - EPELBOIN (A.), RETEL-LAURENTIN (A.), 1980. — Bilan et perspectives des recherches médicales en sciences humaines. *La recherche en sciences humaines*, Sciences sociales 1979/1980, Paris, C.N.R.S. : 127-132.
2. *Références bibliographiques dans le texte :*
 - ACKERKNECHT (E. H.), 1942. — « Problems of primitive medicine ». *Bulletin of the history of medicine*, 11 : 503-521.
 - ACKERKNECHT (E. H.), 1971. — *Medicine and Ethnology* : selected essays, Baltimore : Johns Hopkins Press, 195 p.
 - BELMONT (N.), 1971. — *Les signes de la naissance : étude des représentations symboliques associées aux naissances singulières*, Paris — Plon (recherche en sciences humaines, n° 29, 224 p.
 - BENOIST (J.), 1975. — « Médecine, maladies et guérisseurs dans une société polyethnique ». *Environnement africain*, 1,4 : 43-69.
 - BENOIST (J.), 1979. — Discussion de Moerman, D. : « Anthropology of Symbolic healing ». *Current anthropology*, 20,1 : 59-80.
 - BENSA (A.), 1978. — *Les saints guérisseurs du Perche Gouët*, Paris : Institut d'ethnologie, 301 p.
 - BIBEAU (G.), 1978. — « L'organisation Ngbandi des noms de maladie ». *Anthropologie et sociétés*, 2,3 : 83-116.
 - BIRABEN (J. M.), 1975/76. — *Les hommes et la peste en France et dans les pays méditerranéens*. Tome I : La peste dans l'histoire. Tome II : Les hommes face à la peste, Paris-La Haye : Mouton, 452 p. et 416 p.

- BOGHEN (D. & M.), 1972. — « Notes sur la médecine populaire à la Martinique » : 233-248, in: *L'archipel inachevé: culture et société aux Antilles françaises*, Benoist J., Ed., Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 354 p.
- BOUGEROL (C.), 1978. — « Données de médecine populaire à la Guadeloupe », J.A.T.B.A. XXV, 3 : 163-183.
- BOURGUIGNON (A.), 1978. — « Fluctuations historiques de la notion de Santé », *Revue d'anthropologie médicale*, 1.1 : 3-24.
- BRUNETTI (P. M.), 1978. — « Pour une notion évolutive de la santé », *Revue d'Anthropologie Médicale*, 1.1. : 61-68.
- CANGUILHEM (G.), 1972. — *Le normal et le pathologique*, Paris-P.U.F. (1^{re} édition : 1966), 227 p.
- CAUDILL (W.), 1953. — « Applied Anthropology in Medicine », in: *Anthropology today*. Ed. Kroeber (A. L.) : 771-805, Chicago : University of Chicago Press.
- CLEMENTS (F.), 1932. — « Primitive concepts of disease », *Publications in American Archeology and Ethnology*, 32.2 : 185-252. Berkeley : University of California.
- CORIN (E.), 1978. — « La possession comme langage dans un contexte de changement socio-culturel : le rite Zebola », in: *Anthropologie et société*, 2.3. : 53-82.
- EPELBOIN (A.), EPELBOIN (S.). — « Introduction méthodologique », in: G. M. C. THOMAS, S. BAHUCHET (eds.), *Encyclopédie des pygmées AKA : technique, langages et société des chasseurs cueilleurs de la société centre-africaine*, Paris : S.E.L.A.F., Tradition orale 45, études pygmées IV, volume 1 (*à paraitre*).
- FABREGA (H. jr.), 1971. — « Medical anthropology », in: *Biennial Review of Anthropology*, ed. Siegel B. J. : 167-229, California : Stanford University Press.
- FABREGA (H. jr.), 1977. — « The scope of ethnomedical Science », *Culture, medicine and psychiatry*, 1.2 : 201-228.
- FABREGA (H. jr.), 1978. — « Ethnomedicine and medical science », *Medical Anthropology*, 2.2 : 11-24.
- FAVRET-SAADA (J.), 1977. — *Les mots, la mort, les sorts: la sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard, 332 p.
- FOUCAULT (M.), 1978. — *Naissance de la clinique*, Paris, P.U.F. (1^{re} édition : 1963), 214 p.
- FRIEDBERG (C.), 1979. — L'imaginaire dans les thérapeutiques populaires : proposition de quelques thèmes de réflexion à travers l'exemple du complexe thérapeutique huancabambin (sierra de piva : nord Pérou). Communication faite au 42^e Congrès des Américanistes, II : 427-433.
- HUARD (P.), 1969. — « Western medicine and Afro-Asian ethnic medicine », in: Poynter F. *Medicine and Culture*, London : Wellcome institute of the history of Medicine.
- JACOB (F.), 1970. — *La logique du vivant: une histoire de l'hérédité*, Paris, Tel, Gallimard, 354 p.
- JANZEN (J. M.), 1978. — *The quest for therapy in lower Zaire*, Berkeley : University of California Press, 266 p.
- KLEINMAN (A. M.), 1977. — « Lessons from a clinical approach to medical anthropological research », *Medical anthropological newsletter*, 8.4 : 11-15.
- LAPLANTINE (F.), 1978. — *La médecine populaire des campagnes françaises d'aujourd'hui*, Paris : J. P. Delarge, 234 p.
- LAPLANTINE (F.), 1981. — « Quelques réflexions pour une anthropologie des systèmes de représentation de la maladie et de la guérison à partir de l'exemple du culte de Saint Sabin » (Loire). Séminaire mensuel d'anthropologie médicale. Bulletin de liaison n° 6.
- LEWIS (G.), 1975. — *Knowledge of illness in a Sepik society. A study of the Gnau New-Guinea*, London : the athlone press University of London, 379 p.
- LOUX (F.), 1978. — *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion, 278 p.
- MC ELROY (A.), TOWNSEND (P.), 1979. — *Medical Anthropology North Scituate* : Duxbury Press, 482 p.
- MALLART (G. L.), 1977. — *Médecine et pharmacopée Evusok*, Nanterre : Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative, 261 p.
- MOTTE (E.), 1980. — « A propos des thérapeutes AKA de la région de la lobaye » (Centre Afrique) J.A.T.B.A., 27, 2 : 113-132.
- NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE, 1971. — *Lieux du corps*, n° 3, Printemps, Paris : Gallimard.
- PEETERS (A.), 1979. — « La pocaution cé manman félicité ». Communication n° 31 : 130-144 (Alimentation et santé aux Antilles XVII^e et XVIII^e siècles).
- PETER (J. P.), LOUX (F.), 1976. — « Présentation », in: *Langages et images du corps, Ethnologie française*, 6, 3/4, Paris, Berger-Levrault : 215-218.
- POUCHELLE (M. C.), 1976. — La prise en charge de la mort : médecine, médecins et chirurgiens devant les problèmes liés à la mort à la fin du moyen âge (XIII-XV^e siècles). *Archives Européennes de sociologie* XVII, 2 : 249-278.
- POUCHELLE (M. C.), 1981. — « Sur les rapports entre le « savant » et le « populaire » en matière de thérapeutique dans la France médiévale ». Séminaire mensuel d'anthropologie médicale. Bulletin de liaison n° 4.
- POUILLON (J.), 1975. — « Malade et médecin : le même et/ou l'autre? (Remarques ethnologiques) », in: J. Pouillon. *Fétiches sans fétichisme*, Paris : F. Maspero : 77-103.
- RETEL-LAURENTIN (A.), 1969. — *Oracles et ordales chez les Nzakara*, Paris, Mouton, 419 p.

- RETEL-LAURENTIN (A.), 1979. — *Un pays à la dérive: Une société en régression démographique. Les Nzakara de l'est Africain. Centrafricain*, Paris : J. P. Delarge, 277 p. : 105-136.
- REVEL (J.), PETER (J. P.), 1974. — « Le corps : l'homme malade et son histoire » in *Faire l'histoire* (J. Le Goff et P. Nora ed.), t. 3 : 169-191, Paris, Gallimard.
- RIVERS (W. H. R.), 1924. — *Medicine, magic and religion*, London : Kegan Paul, 147 p.
- SCHMITT (J. C.), 1979. — Le Saint levrier : guinefort, guérisseur d'enfants depuis le XIII^e siècle, Paris, Flammarion, 273 p.
- SCOTCH (N. C.), 1963. — « A medical anthropology » in : *Biennial Review of Anthropology*. Ed. Siegel J. B.) : 30-68. Stanford : Stanford University Press.
- SIGERIST (H. E.), 1951. — *A history of medicine*. Vol. 1 : primitive and archaic medicine New York : Oxford University Press, 564 p.
- STURTEVANT (C. W.), 1964. — « Studies in ethnoscience ». *American Anthropology*, 66, 3 : 2 : 99-130.
- VELTER (A.), LAMOTHE (M. J.), 1978. — *Les outils du corps : soigner les hommes*, Paris : Denoël/Gonthier.
- VOVELLE (M.), 1974. — *Mourir autrefois. Attitude collective devant la mort aux XVII^e et XVIII^e s.*, Paris : Julliard, Gallimard, 256 p.
- YOUNG (A.), 1978. — « Mode of production of medical knowledge ». *Medical anthropology*, 2.2 : 97-122.
- ZEMPLENI (A.), 1968. — *L'interprétation et la thérapie du désordre mental chez les Wolof et les Lebou*. Thèse 3^e cycle, Paris.