

## **La taxinomie des maladies en anthropologie : aperçu historique et critique**

Doris Bonnet \*

**Résumé.** Cet article vise à retracer un courant méthodologique et théorique de l'anthropologie de la maladie qui a débuté aux États-Unis à la fin des années soixante. Cette approche avait pour but la mise en forme classificatoire ou taxinomique des termes relatifs à la maladie dans les sociétés à tradition orale. Ce courant ethnolinguistique — appelé par des anthropologues américains « ethnosémantique » — a permis de faire valoir la grande richesse des termes vernaculaires utilisés pour désigner la douleur et décrire les maladies. Il a enrichi nos connaissances sur les représentations de la maladie des populations des pays en développement. Il a aussi été utilisé par le milieu médical pour mieux comprendre les plaintes des malades ainsi que les « ethno-théories » construites par les individus pour donner un sens à leur souffrance. À partir des années quatre-vingt, des critiques ont été formulées à l'égard de cette approche qui ne prenait pas suffisamment en compte, pour certains, le contexte « clinique » des pathologies décrites, ainsi que la variation des discours d'énonciation selon les milieux sociaux. Pourtant, ceux qui ont été à l'origine de ces critiques sont souvent les mêmes que ceux qui ont contribué à enrichir ce courant : apparaissent ainsi les notions de « réseaux sémantiques de la maladie », de « chaînes de représentations complexes », de

\* Doris Bonnet, anthropologue, ORSTOM-IRD, 213, rue Lafayette, 75010 Paris, France.

Fonds Documentaire ORSTOM



010018593

Fonds Documentaire ORSTOM  
Cote: ~~B~~X18593 Ex: 1

« modèles explicatifs ». D'autres critiques, plus virulentes, concernaient la dépolitisation et la « déshistorisation » de ces recherches. Aujourd'hui, certains ethnologues se réclament d'une approche dite « émique » de la maladie (c'est-à-dire qui émane du discours de l'interlocuteur) et peuvent être considérés comme les représentants actuels de ce courant, à cela près qu'ils prennent en compte la variation contextuelle des situations d'énonciation et qu'ils font valoir une pluralité de logiques de pensée (1).

*Mots clés : anthropologie de la maladie, taxinomie, ethno-linguistique, ethno-théorie, représentations de la maladie, approche émique.*

L'étude des représentations de la maladie s'est développée depuis une trentaine d'années au sein de plusieurs courants anthropologiques. Un des courants fondateurs s'est appuyé sur une approche essentiellement ethno-linguistique du sujet. Il s'est agi de l'étude de la taxinomie des maladies qui s'est développée, plus exactement, des années soixante à la fin des années quatre-vingt. Rattachée au courant de la « folk-science », la taxinomie des maladies s'est articulée, comme on le verra plus loin, autour d'une approche dite « émique » de la maladie. Les ethnologues des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix ont progressivement délaissé l'analyse classificatoire des représentations de la maladie, critiquant son image trop consensuelle des faits, l'insuffisante prise en compte des contextes sociaux, voire son apolitisme (Good, 1994).

Ils ont considéré que ces taxinomies ne rendaient pas compte de la variété des représentations de la maladie, des logiques de pensée et des situations sociales qui les sollicitent ; et aussi qu'elles s'appuyaient exclusivement sur des matériaux recueillis dans des sociétés uniquement rurales présentées comme des entités culturelles homogènes.

L'approche actuelle de l'anthropologie de la maladie, qui ne se satisfait donc plus d'une étude holiste des représentations, s'inscrit majoritairement dans une analyse des pluralités des interprétations et des pratiques sociales des individus et des groupes au sein d'un système de santé qui est devenu lui-même objet d'étude.

(1) Je remercie D. Buchillet, anthropologue à l'ORSTOM-IRD, de ses avis et commentaires et de l'aide qu'elle m'a accordée dans ma recherche bibliographique.

Certains ethnologues qui ont développé d'autres approches ont conservé, comme on le verra, quelques aspects méthodologiques et conceptuels de l'approche dite émique.

Notre intention est de rappeler, ici, dans un premier temps, l'originalité et la spécificité du courant de pensée qualifié d'« ethno-sémantique » ; puis, dans un deuxième temps, de présenter les difficultés qu'ont posées ces classifications ; enfin, dans un dernier temps, d'aborder les différents concepts (chaînes de représentations complexes, réseaux sémantiques, modèles explicatifs) que les anthropologues ont utilisés pour se démarquer des logiques classificatoires taxinomiques. Enfin, nous concluons sur des travaux d'anthropologie contemporaine où ce courant de pensée se renouvelle.

### Classification scientifique et classification populaire

La classification est un processus mental qui vise à une mise en ordre de l'univers et de l'expérience. Elle « représente le rabattement d'une multiplicité de dimensions sur un seul ordre classificateur » (Gil, 1985 : 88). Elle se fonde sur la spécificité (différencier des unités) et la ressemblance (l'homologie). Autrement dit, elle conceptualise ce qui est commun et différent afin de dresser des comparaisons, des typologies et des classes logiques.

La pratique ou la science de la classification se nomme la taxinomie (*taxonomy* en anglais) ou la systématique. Elle s'appuie sur un système de référence où se côtoient les concepts de classe, de système, de variété, de genre, de famille, d'ordre, d'espèce, etc. Selon les disciplines ou les théories, les définitions de chacun de ces termes peuvent avoir des contenus différents. Pour définir une classe ou ce qui unit des entités distinctes, là aussi, la terminologie diverge. On évoquera ainsi, selon les disciplines, les notions de caractères, d'attributs, de marqueurs, etc.

En Europe, les classifications scientifiques sont apparues au XVII<sup>e</sup> siècle « non seulement de la nécessité d'inventorier tous les êtres vivants que les grands voyages mettaient à la disposition des Européens, mais aussi d'un mouvement d'idées qui tendait à considérer les objets naturels en eux-mêmes et non plus par rapport à l'homme, comme c'est le cas dans les classifications populaires » (Friedberg, 1986 : 24).

Une grande partie de l'histoire de l'anthropologie repose sur l'étude des classifications : études de la parenté, du totémisme, de la représentation du monde. Ainsi, les notions de classes, clans, sous-clans, catégories, genres représentent la terminologie de base de nombreux travaux ethnographiques.

Les ethnologues, avant d'établir des classifications scientifiques, ont l'usage de recueillir des classifications populaires, c'est-à-dire celles qui sont formulées et élaborées par les populations locales. Ces classifications sont obtenues, soit auprès de spécialistes du sujet (devins, pêcheurs, chasseurs, etc.), soit dans la population en général. Les taxinomies de la maladie ont été généralement recueillies par les ethnologues auprès de guérisseurs, de devins, d'accoucheuses, de « spécialistes ». Même dans les sociétés qui n'ont pas de thérapeutes spécialisés (au sens de l'organisation en termes de corporations), les ethnologues s'adressent généralement à des personnes qui détiennent un discours heuristique sur leur société.

Ce recueil du discours pose donc la question du statut social du détenteur du savoir et du niveau de spécialisation des savoirs. Ainsi, à l'intérieur d'une société, certains ethnologues ont différencié le savoir ordinaire (celui du plus grand nombre) et le savoir savant des spécialistes (devins, grands hommes, etc.). Pour les uns, le savoir ordinaire (soit le sens commun) relèverait d'une logique empirique et le savoir savant d'une logique plutôt magico-religieuse. Cette opposition entre deux logiques de pensée (l'empirique et le magico-religieux) se retrouvera, on le verra plus loin, au niveau de la classification des maladies.

Pour d'autres, au contraire, le savoir « populaire » est à la fois profane et spécialisé. Par exemple, l'anthropologue américain Fabrega (1970) ne fait pas de distinction, à l'intérieur de la société, entre discours profane et discours savant qu'il nomme le « *folk medical knowledge* » (savoir médical populaire). Pour lui, les deux ressortissent aux mêmes conceptions de la santé, de la maladie et de la mort.

Aujourd'hui, en Afrique, la médecine populaire est assimilée à la médecine dite traditionnelle, c'est-à-dire une médecine non médicalisée par opposition à la médecine savante du corps médical. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'intéresse aux savoirs populaires de la médecine « traditionnelle » dans le but de les intégrer à la politique des soins de santé primaires ; cela, dans une perspective de restriction des coûts sanitaires. La médecine populaire ou traditionnelle avec ses « tradithérapeutes » est, pour l'OMS, une médecine d'herboristes et de rebouteux, une médecine de symptômes. En sont exclus les devins (appelés quelquefois par erreur « sorciers » ou selon un jargon colonial « charlatans »), les marabouts comme les membres des églises (par exemple, les Pentecôtistes, protestants soignant par la prière) ou même les forgerons sollicités, en zone rurale, pour leurs qualités d'hommes du pardon. Pour le personnel de santé, ces intervenants occupent une place qui est plus proche du domaine religieux que de la médecine populaire.

Le recueil des savoirs traditionnels réalisés par quelques États africains dans cette perspective d'intégration de la médecine traditionnelle au système de soins de santé primaires, a été vécu par certains guérisseurs comme une tentative d'expropriation, voire d'exploitation, de leur savoir. D'une part, parce qu'on les obligeait à révéler sur un marché contrôlé par l'État leurs connaissances phytothérapeutiques, d'autre part, parce qu'on les amenait à déclarer aux services fiscaux leurs rémunérations professionnelles. Néanmoins, les processus de valorisation de la médecine traditionnelle ont reçu un écho favorable chez certains hommes politiques africains dans les années quatre-vingt car ils y ont vu l'occasion de revendiquer une culture et une identité africaines au moment où les politiques de développement étaient vécues d'une manière exogène et néocoloniale. La définition de la médecine et des savoirs « populaires » dépend, donc, du point de vue sociologique, politique et analytique où l'on se situe.

Le recueil des savoirs et des pratiques, même s'il se veut populaire, n'est pas une simple reproduction du discours indigène. Le degré zéro de l'interprétation n'existe pas. Le discours ne peut être restitué tel qu'il est formulé par les locuteurs. Il en est de même des classifications populaires. Elles génèrent, de fait, des métaclassifications même si, dans de nombreuses études ethno-linguistiques, le chercheur, comme on va le voir, revendique d'être au plus près du discours des locuteurs et prétend transcrire une classification proprement indigène.

### Le courant ethno-linguistique

L'approche ethno-linguistique s'intègre au courant de la « *folk-science* » et a été à l'origine de nombreuses études sur la classification des maladies. Dans un premier temps, il s'agissait d'études sur les entités taxinomiques du langage (recherche des unités minimales de langage, des items lexicaux) et sur la mise en catégories (oppositions et hiérarchies des catégories). D'une manière générale, la *folk-science*, à ses débuts, s'est appliquée à l'étude des noms de plantes (Berlin *et al.*, 1968) ou d'animaux, puis des maladies. C'est ainsi qu'on a parlé d'ethno-médecine. Cette discipline a privilégié la façon dont les maux corporels sont désignés, nommés, différenciés et classés dans la langue locale (analyse des lexèmes). Les études des différents auteurs (Fabrega, 1970, 1977 ; Mallart-Guimera, 1977 ; Warren, 1979) s'appliquaient à dresser un inventaire lexical énumératif ou un vocabulaire médical de base, à identifier les termes généraux, puis les spécifiques, les primaires, les dérivés et les

synonymes, à étudier les champs sémantiques, à classer et structurer des énoncés selon un système de divisions et de subdivisions, avec des hiérarchies taxinomiques. Le langage utilisé par les ethnologues à propos des termes de maladie empruntait aussi à la linguistique sa terminologie : par exemple, Warren utilise le terme de *disease-lexeme* (1979 : 36), Mallart-Guimera celui d'« unités signifiantes » (1977). D'un point de vue méthodologique comme théorique, cette approche s'apparentait à l'analyse structurale et/ou componentielle du langage.

Une des études anglosaxonnes parmi les plus remarquables est celle de Frake (1961) sur les maladies de peau, réalisée chez les Subanun du sud-est des Philippines. Frake, dans un premier temps, compare des mots en les couplant à d'autres pour rechercher la différence minimale ; puis il identifie des « niveaux de contraste terminologique ». Par exemple, certains termes désignent le fait qu'il s'agit uniquement d'une maladie de peau et sont applicables à n'importe quelle autre maladie de peau (niveau de généralisation), d'autres expriment un état (comme une inflammation), d'autres, enfin, une catégorie diagnostique comme une éruption douce/sévère, profonde/proche, etc. Frake établit des niveaux du plus général au plus spécifique, le dernier représentant « une catégorie diagnostique » ou « une entité conceptuelle qui classe » (Frake, 1961 : 115). Il distingue, ainsi, un malaise, une plainte, une douleur, une maladie, bref ce qui est ou non une entité morbide.

Chez les anthropologues francophones, l'étude de Mallart-Guimera (1977) menée auprès des Evuzok du Cameroun est celle qui, à l'époque, a été la plus représentative de cette tendance. Avec une grande rigueur ethnographique, l'auteur inventorie les termes qui correspondent, pour chacun d'entre eux, à une entité pathologique qu'il articule à une unité signifiante. Certains termes constituent des catégories descriptives et/ou étiologiques. L'ensemble des « catégories descriptives dont les désignations sont des éléments lexicaux, simples ou composés, constitue, écrit-il, un système structuré hiérarchiquement sur plusieurs niveaux de différenciation » (Mallart-Guimera, 1977 : 10). Un exemple de « processus de différenciation » est un classement hiérarchique par emboîtement de ce type : le terme « maladie » inclut « maladie des vers » qui lui-même contient le « ver de la filaire », le « ver de l'urine », etc. ; les vers de la filaire comprennent le « filaire de l'œil », le « filaire du corps », etc. L'inventaire des catégories étiologiques est une « poupée russe » de même composition : les maladies simples incluent les maladies autochtones qui englobent les maladies diurnes qui contiennent les maladies de la poitrine, etc.

De fait, cette méthode comme celles de Frake et du structuralisme, appréhende des niveaux de différenciation du monde naturel à partir du langage. Son intérêt a été de faire valoir, d'une part, la richesse du voca-

bulaire vernaculaire appliqué ici à la santé et à la maladie, d'autre part, l'impossibilité de faire correspondre des pathologies du système occidental à des pathologies exprimées dans une autre langue, qui plus est, orale. Cette approche montre ainsi que les classifications populaires ne sont pas superposables aux classifications scientifiques.

La particularité et l'originalité de ce courant ethno-linguistique reposent sur la revendication d'une approche dite émique (en anglais : emic). Émique et étique (en anglais *emic* et *etic*) sont des néologismes inventés par Pike à partir des suffixes des mots phonétique (2) et phonémique (Pike, 1954). L'émique se réfère à une mise en système considérée comme appropriée par les acteurs eux-mêmes ; tandis que l'étique dépend de distinctions élaborées par la communauté scientifique (Harris, 1976 : 334). Par exemple, les structures de la parenté sont étiques. L'émique correspond à l'esprit des acteurs. Il révèle les conceptions subjectives, les sentiments, les motivations, le point de vue du locuteur. Une des questions qui se pose est en effet : « comment entrer dans la tête des gens ? Que pensent-ils ? Que ressentent-ils ? » (Harris, 1976). L'analyse émique, écrit Feleppa, cherche une forme de compréhension qui ressemble à celle que les sujets ont d'eux-mêmes et de leur monde (Feleppa, 1986 : 243). Cependant, le but n'est pas de convertir l'étique en émique ou inversement, mais plutôt de rendre compte des divergences et des convergences des structures étiques et émiques. L'approche émique n'inhibe donc pas le développement d'une théorie culturelle systématique : un des principaux objectifs de ce courant est, du reste, le comparatisme.

De plus, cette analyse se revendique comme étant un atout contre l'indétermination de la traduction car elle permet, selon les auteurs, de ne pas laisser libre cours à des spéculations intellectuelles qui ne se fondent pas sur une ethnographie approfondie.

Dans le débat épistémologique qui s'est organisé, dans les années soixante-dix/quatre-vingt, autour des notions d'émique et étique, des auteurs (Mascie-Taylor, 1993) ont associé l'approche étique au concept de *disease* et l'approche émique au concept d'*illness*. La distinction *disease/illness* a été décrite par Kleinman, Young et bien d'autres. Pour ces chercheurs, la notion de *disease* représente la maladie dans ses manifestations organiques, alors que celle d'*illness* englobe le vécu du sujet souffrant, autrement dit son expérience psychologique et individuelle ; enfin

(2) Rappelons que la phonétique étudie les sons du langage, indépendamment de leur fonction linguistique. La phonémique (synonyme de phonématique) désigne tout ce qui a trait au phonème qui est « la plus petite unité dépourvue de sens dans la chaîne parlée » (Ducrot et Schaeffer, 1995 : 372).

*sickness* est un troisième terme « couverture », pour reprendre l'expression de Kleinman, qui permet d'étiqueter des événements impliquant la maladie. Selon Young, le *sickness* est un processus à partir duquel les signes de perturbation biologique et/ou de comportement ont des significations socialement identifiables (Young, 1982). Les faits physiologiques, psychologiques et anatomiques « reconnaissables objectivement » sont donc du registre du *disease* tandis que les taxinomies médicales (recherches sur les corps de savoir médicaux) ressortissent à l'*illness* (3). Cette trilogie *disease/illness/sickness* a été largement étudiée et reprise par les anglophones et par les francophones (4). Elle est évoquée ici uniquement pour le parallélisme qu'elle a induit avec les taxinomies médicales qui se situent dans le registre de la maladie vécue.

### Critique de l'approche taxinomique

Les critiques relatives au courant ethno-linguistique sont de plusieurs ordres.

#### *Critique du tout empirique*

On a d'abord considéré que cette approche, au fil des ans, privilégiait une tradition empirique propre à l'ethno-science d'une manière générale. Appelée par Good « *la tradition du sens commun* » (Good, 1994 : 47), l'approche taxinomique a, en effet, dévié, aux États-Unis, vers un modèle appelé « *écologie bioculturelle* » plus ou moins normatif : l'objectif est de modifier les comportements irrationnels afin de réduire les facteurs de risque de la maladie.

#### « *Classer n'est pas expliquer* »

De nombreuses études des années quatre-vingt ont cherché à développer la construction de la signification culturelle de la maladie, car, comme l'explique Mascie-Taylor (1993 : 105), classer une maladie est

(3) Au *disease* est associé le *curing* (soit le traitement), et à l'*illness* le *healing* (soit la guérison).

(4) L'article de Zemleni (1985) est un des plus synthétiques et explicatifs sur ce sujet.

une démarche différente d'essayer de comprendre sa signification spécifique et de l'expliquer. Les auteurs de l'approche biomédicale veulent donc aller au-delà d'une démarche purement classificatoire, descriptive et énumérative. Bibeau, par exemple, revendique une « *véritable sémantique médicale* » qui ne « *peut se construire que sur des actes concrets de diagnostic* » (Bibeau, 1978 : 93). La référence à la clinique médicale est aussi prégnante. La terminologie adoptée emprunte au discours médical ses concepts : on parle de nosologie et d'étiologie sociale de la maladie. La méthode de travail et d'analyse s'effectue, dans beaucoup de ces recherches, à partir d'épisodes de maladie et non plus sur le simple recueil de termes linguistiques auprès de divers locuteurs comme les analyses classiques de l'ethno-linguistique. Beaucoup de recherches des années quatre-vingt continuent à dresser des terminologies et des corpus de termes et/ou de noms de maladies même si les chercheurs se réclament, comme Bibeau, d'une approche globale ou holiste de la maladie. Néanmoins, à la fin des années soixante-dix, on s'attache à mettre l'accent sur les notions de « *logique vague* » (en anglais « *fuzzy logic* ») ou de « *genre flou* » (Hamill, 1978 : 294) ou encore de système « *multisémiotique* » (Geertz, 1986 : 27) et à faire valoir la labilité des systèmes d'interprétation locaux de la maladie (Augé, 1984 ; Sindzingre, 1981 ; Zemleni, 1985).

### De nouveaux concepts

Les chercheurs qui n'ont pas suivi le courant ethno-sémantique pour l'ensemble de ces raisons ont orienté leurs analyses vers une anthropologie médicale « libérée » d'une approche exclusive de la linguistique, qui s'était elle-même affranchie de l'influence de l'anthropologie religieuse de Rivers, Turner et Evans-Pritchard.

Certaines notions du courant émique/étique vont être retenues par des chercheurs sans qu'ils inscrivent leurs méthodes dans la tradition de la linguistique structurale. Par exemple, Fabrega (1977) évoque le « *langage de la maladie* ». D'autres (Bibeau, 1978 : 109), appréhendent certaines pathologies comme un « *nœud de noms* » ou un « *réseau de représentations circulaires* » ou encore « *un réseau sémantique* », termes qui seront également utilisés par Good, Kleinman et Blumhagen. Cette approche fera valoir, là encore, que les termes vernaculaires ont des configurations sémantiques qui ne permettent pas de les associer d'une manière univoque à une maladie du système médical scientifique.

Les chercheurs anglophones qui délaissent les classifications structurales des ethno-sémanticiens adoptent, pour certains d'entre eux, les concepts de « modèles explicatifs de la maladie » (Kleinman, 1977).

Un *explanatory model* (EM) (5), selon Kleinman (1977), est un modèle culturel qui se réfère à une expérience clinique associée à des croyances, une causalité et des traitements. Un modèle explicatif se formalise comme un prototype contrairement aux « chaînes de représentations complexes » que l'on peut comparer à la notion de réseau sémantique de la maladie. L'interprétation de certains symptômes comme la diarrhée ou la malnutrition serait plutôt une chaîne de représentations complexes tandis que certains termes vernaculaires se présentent comme des modèles explicatifs comparables à des « ethno-théories » : par exemple, la maladie de l'oiseau, rencontrée dans nombre de sociétés d'Afrique subsaharienne serait un modèle explicatif de maladies (Bonnet, sous presse). Les médecins, pour Kleinman, ont aussi leurs modèles explicatifs. Ainsi, la relation entre les modèles des patients et ceux des médecins représente ce que l'auteur appelle une « distance cognitive » (Kleinman, 1980 : 113) qui favorise ou freine, dans certains cas, une « communication clinique ».

Un modèle explicatif est donc, dans ce dispositif théorique, une « proposition causale » (Young, 1982 : 273) applicable à une gamme étendue de situations que chaque individu puise dans sa culture et qu'il utilise pour organiser les événements de sa vie et expliquer les circonstances qui y sont liées (Young, 1982 : 267). Il a une valeur instrumentale et permet la communication des messages. Les modèles peuvent aussi transmettre une partie des représentations qu'ils contiennent à un autre modèle. Leurs éléments peuvent être simplifiés et/ou transformés au cours du processus de communication.

Les théories développées par Kleinman sur les modèles explicatifs se démarquent du courant taxinomique mais s'appuient encore souvent sur des analyses sémantiques : malgré cela, elles négligent, selon Good (1994), les dimensions performatives de la maladie (place du sujet, conditions d'énonciation).

La théorie des EM est aussi critiquée pour son aspect un peu trop « consensuel » (Good, 1994 : 51) car elle induit l'idée, d'après cet auteur, que tout le monde partage plus ou moins les mêmes modèles explicatifs. En effet, si l'usage de ces modèles a l'avantage d'établir une communication à grande complexité culturelle entre le médecin et le patient, elle implique néanmoins que la famille du malade se réfère obligatoirement à ce système de représentations — ce qui n'est pas forcément le cas — et

(5) Cette abréviation est donnée par Kleinman.

elle peut induire plus ou moins l'idée que cette famille n'est pas capable d'accéder au discours scientifique et d'intégrer une information médicale. Or, si la connaissance des systèmes d'interprétation de la maladie est précieuse, et même indispensable pour comprendre la perception du sujet souffrant, elle ne doit pas pour autant enfermer le malade dans un ghetto culturel qui ne prend plus en compte sa situation personnelle (statut socio-économique, niveau scolaire, conditions matérielles d'existence, etc.). La lame de fonds soulevée par l'épidémie de sida dans le milieu scientifique des années quatre-vingt-dix a permis de révéler la grande capacité qu'ont les malades et leurs familles à reproduire et/ou à reconstruire le discours médical et à le rendre populaire (Dozon, 1995 ; Hagenbucher-Sacripenti, 1994 ; Vidal, 1996). Le savoir est aujourd'hui du côté de l'analyse de l'expérience individuelle et des situations interactives.

La critique la plus virulente des modèles explicatifs de Kleinman est venue de Keesing (1987) pour qui cette théorie, comme les représentations des maladies d'une manière générale, occulte toute dimension politique des problèmes de santé. Les ethno-théories nous mystifient, écrit l'auteur, sur l'origine sociale des maladies, à partir d'une terminologie technique et métaphorique diffusée à travers un discours médical (6).

En fait, les ethno-théories et les modèles explicatifs sont soumis aux mêmes critiques que celles des ethno-sémanticiens : elles sont jugées, par certains, comme étant des objets « déshistoricisés » (Young, 1982 : 275), proposés au lecteur sans que celui-ci connaisse les relations sociales qui les sous-tendent. Là aussi on considère que les anthropologues médicaux livrent une réalité consensuelle ou quasiment externe à la société (Good, 1994 : 56), alors que celle-ci est conflictuelle, empreinte de tensions et de relations de pouvoir.

Les anthropologues américains qui ont considéré, d'une manière critique, les études des ethno-sémanticiens comme relevant d'une « tradition du sens commun » ont développé des recherches que Good appelle, sans une certaine ironie, celles du « sens au centre » (Good, 1994). Ces derniers se sont, en effet, spécifiquement attachés à l'étude de la classification causale des maladies, se désintéressant souvent de la spécificité « clinique » et de l'aspect quotidien des états morbides, en privilégiant l'interprétation symbolique de la maladie. De fait, les années soixante-dix/quatre-vingt ont connu une approche quelquefois bicéphale de la classification des maladies : d'un côté, une classification descriptive linguistique, de l'autre, une classification causale. Au sein de cette approche

(6) « Culture are webs of mystification as well as signifiante » (Keesing, 1987 : 161).

par la classification causale, le débat entre l'empirisme et le magico-religieux a, là aussi, pris place.

### Conclusion

L'étude des taxinomies de la maladie a fait valoir des catégories classificatoires, des invariants universels et des principes de cohérence inhérents à chaque culture, mais déjà révélés par l'anthropologie d'une manière plus générale : naturel/magico-religieux, empirique/spirituel, tradition/modernité, savoir populaire/savoir savant, etc.

Même si l'analyse des faits de maladie et des pratiques thérapeutiques révèle un usage pluriel des logiques qui les accompagnent, la taxinomie des maladies représente une grille de lecture qui peut s'appliquer à des finalités spécifiques d'analyse, en particulier du point de vue comparatif.

D'une manière plus particulière, les travaux du courant ethno-sémantique ont valorisé le vocabulaire local et montré sa grande richesse lexicale pour désigner les maux de la vie quotidienne. Ils ont permis de mieux comprendre certaines façons de décrire la douleur, soit le langage des plaintes, et ainsi d'améliorer, du point de vue de la santé publique, l'écoute médicale et la relation soignant/soigné.

Aujourd'hui encore, des ethnologues appuient leurs recherches sur une étude « émique » des conceptions locales de la maladie (Olivier de Sardan et Jaffré, sous presse). Certes, l'entrée par les sémiologies discursive et clinique induit une proximité ethno-linguistique ; elle implique, de fait, une visée descriptive mais qui n'est plus systématique et classificatoire. Ces travaux se réfèrent toujours à un discours commun (celui qui est le plus partagé), s'appuyant du reste sur la notion de « conceptions populaires de la maladie », mais ils explorent les variantes du discours et revendiquent la reconnaissance d'une logique contextuelle de la nomination (Olivier de Sardan, 1994).

De nos jours, les chercheurs prennent donc en compte les critiques formulées vis-à-vis de l'approche ethno-sémantique et n'envisagent plus de mener des enquêtes sans considérer les conditions sociales d'énonciation, le contexte médical des acteurs sociaux ainsi que divers autres facteurs (démographiques, écologiques, économiques, politiques) auxquels ils sont soumis (Fainzang, 1989).

Un bref regard rétrospectif sur ces recherches regroupées sous le terme de « ethno-sémantiques » a permis de constater l'évolution qu'elles ont suivie jusqu'à la mise en place d'une anthropologie plus « médicale ».

Ce parcours s'est inscrit dans un contexte politique où les pays en voie de développement étaient en pleine explosion socio-économique, et à une époque où les pays du Nord ont posé la question de l'applicabilité des résultats de la recherche en sciences sociales. En effet, nombre de recherches ont été consacrées à l'applicabilité des méthodes de lutte contre des maladies dont on connaissait les causes et les remèdes. Au-delà de la solution technique et ponctuelle, l'anthropologie s'est alors plutôt tournée vers une analyse des systèmes de santé publique des pays en voie de développement.

En fait, au-delà des critiques et de l'évolution des courants, il importe de se rappeler que ces mouvements fondateurs font partie de l'histoire de la discipline et qu'ils ont une influence qui se poursuit jusqu'aux recherches contemporaines.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Augé M., 1984, Ordre biologique, ordre social, la maladie forme élémentaire de l'événement, In : Augé M., Herzlich C., eds, *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives Contemporaines, 278 p.
- Berlin B., Breedlove D.E., Raven P.H., 1968, Covert categories and folk taxonomies, *American Anthropologist*, 70, 2, 290-299.
- Bibeau G., 1978, L'organisation ngbandi des noms de maladie, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 2, 3, 83-114.
- Bonnet D., sous presse, La maladie de l'oiseau : un modèle explicatif de maladie infantile en Afrique subsaharienne, In : Olivier de Sardan J.P., Jaffré Y., eds, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Blumhagen D.W., 1981, On the nature of explanatory models, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 337-377.
- Dozon J.P., 1995, *La cause des prophètes : politique et religion en Afrique contemporaine*, suivi de *La leçon des prophètes*, par M. Augé, Paris, Seuil, 300 p.
- Ducrot O., Schaeffer J.M., 1995, *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*, Paris, Seuil, 668 p.
- Fabrega H., 1970, On the specificity of folk illness, *Southwestern Journal of Anthropology*, 26, 304-314.
- Fabrega H., 1977, The scope of ethnomedical science, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 2, 201-228.

- Fainzang S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, EHESS, Paris.
- Feleppa R., 1986, Emics, etics, and social objectivity, *Current Anthropology*, vol. 27, 3, 243-245.
- Frake C.O., 1961, The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao, *American Anthropologist*, 63, 1, 113-132.
- Friedberg C., 1986, Classifications populaires des plantes et modes de connaissance, In : Tassy P., ed, *L'ordre et la diversité du vivant*, Paris, Fayard (Fondation Diderot), Nouvelle Encyclopédie des Sciences et des Techniques, 23-49.
- Geertz C., 1986, *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*, Paris, PUF (traduit de l'anglais par D. Paulme), version anglaise : Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology, Basic Books, Inc., New-York, 1983.
- Gil F., 1985, Catégories, *Encyclopaedia Universalis*, vol. 4, 88-91.
- Good B.J., 1977, The semantics of illness in Iran, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 1, 25-58.
- Good B.J., 1994, *Medecine, rationality, and experience. An anthropological experience*, Cambridge University Press, New-York, 242 p.
- Hagenbucher-Sacripenti F., 1994, *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*, Paris, ORSTOM, coll. Études et Thèses, 109 p.
- Hamill J.F., 1978, Transcultural logic: testing hypotheses in three languages, In : Loflin M.D., Silverberg J., eds, *Discourse and interference in cognitive anthropology*, The Hague, Mouton, 19-43.
- Harris M., 1976, History and signifiacnce of the emic/etic distinction, *Annual Review of Anthropology*, 5, 329-350.
- Keesing R.M., 1987, Models, « Folk » and « Cultural »: paradigms regained?, In : Holland D., Quinn N., eds, *Cultural models in langage and thought*, Cambridge University Press, 369-393.
- Kleiber G., 1990, *La sémantique du prototype. Catégories et sens lexical*, Paris, PUF, 199 p.
- Kleinman A., 1977, *Culture, medicine and psychiatry*, Dordrecht-Holland/Boston USA, D. Reidel Publishing Compagny, vol. 1, 2.
- Kleinman A., 1980, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderlan between anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 427 p.
- Mallart-Guimera L., 1977, La classification evuzok des maladies, *Journal des Africanistes*, première partie, vol. 1, 9-51, deuxième partie, vol. 2, 9-47.

- Mascie-Taylor C.G.N., 1993, *Diagnosis and the classification of illness, The anthropology of disease*, Oxford, Biosocial Society, Series 5, 99-106.
- Olivier de Sardan J.-P., 1994, La logique de nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 12, 3, 15-45.
- Olivier de Sardan J.-P., Jaffré Y., sous presse, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Pike K.L., 1954; *Language in relation to a unified theory of the structures of human behavior*, Glendale, Summer Institute of Linguistic, (2nd ed., 1967, The Hague, Mouton).
- Sindzingre N., Zempleni A., 1981, Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire, *Social Science and Medicine*, (Special Theories of Causation, classification and Thought), vol. 15B, 279-293.
- Vidal L., 1996, Le sida en Côte-d'Ivoire : situation et prise en charge des malades, *Afrique Contemporaine*, 178, 18-29.
- Warren D.M., 1979, The role of emic analyses in medical anthropology: the case of the Bono of Ghana, In : Yoder S., ed, *African therapeutic systems*, London, Crossroad Press, 36-42.
- Young A., 1982, The anthropologies of illness ans sickness, *Annual Review of Anthropology* 11, 257-285.
- Zempleni A., 1985, Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, *L'Ethnographie*, n° spécial, 96-97, 2 et 3, 216 p.

---

**ABSTRACT**

---

**Illnesses taxonomy in the field of anthropology:  
historical and critical general survey**

This paper is aimed at tracing a methodological and theoretical trend of illness anthropology which appeared around the late 60's. This approach was meant to classify or give a taxinomic form to terms relating to illness in societies with an oral tradition. This ethnolinguistic trend — which some north-american anthropologists called « ethnosemantic » — allowed to put forward the vast richness of vernacular terms used to refer to pain and describe illnesses. This trend has enriched our corpus of knowledge about representations of illness of populations in developing countries. It has also been used by the medical community in order to better understand patients' complaints as well as « ethno-theories » made up by individuals in order to give meaning to their suffering. As of the 80's, this approach was criticized since it did not take sufficiently into consideration, according to some persons, the « clinical » background of the described pathologies as well as the variation of the way things were stated according to the social circles. However, those who launched these criticisms are often the very same persons who enriched this trend: this is why the notions of « semantic networks of illness », « chains of complex representations », « explanatory models » do appear. Other more virulent criticisms related to depolitization and « dehistorization » of these researches. At the present time, some ethnologists claim to adhere to an « emic » approach of illness (that is to say which arises from the interlocutor's speech) and they can be considered as the current representatives, apart from the fact that they take into account the contextual variation of statement situations and that they highlight the plurality of thinking logics.

---

**RESUMEN**

---

**La taxonomía de las enfermedades en antropología :  
enfoque histórico y crítico**

Este artículo pretende trazar una corriente metodológica y teórica de la enfermedad, desarrollada en los Estados-Unidos hacia fines de los años 60, cuyo objetivo era la clasificación o taxonomía de los términos relativos a la enfermedad en las sociedades de tradición oral. Esta corriente etnolinguística — llamada por los antropólogos norteamericanos « etnosemántica » — permitió mostrar la gran riqueza de los términos utilizados para designar el dolor y describir las enfermedades. Enriqueció nuestros conocimientos sobre las representaciones que las poblaciones de los países en vías de desarrollo tienen de la enfermedad. Le fue sirvió al cuerpo médico para comprender las quejas de los enfermos, como también las « etno-teorías » elaboradas por los mismos individuos con el fin de darle un sentido a sus sufrimientos. A partir de los años 80, esta corriente sufrió ciertas críticas, siendo acusada de no atribuirle la suficiente importancia al contexto « clínico » de las patologías descritas, así como a la variación de los discursos de enunciación, en función del medio social. No obstante, muchos de los que formularon estas críticas, son los mismos que contribuyeron a enriquecer esta corriente: aparecen así nociones tales como « redes semánticas de la enfermedad », « cadenas de representaciones complejas », « modelos explicativos ». Otras críticas, mucho más virulentas, se referían al aspecto « despolitizado » y « deshistorizado » de las investigaciones. Hoy día, ciertos etnólogos reivindican un enfoque de la enfermedad llamado « émico » (es decir que emana del discurso del interlocutor) y pueden ser considerados como los representantes actuales de esta corriente ya que toman en cuenta la variación contextual de las situaciones de enunciación y que reconocen una pluralidad de lógicas de pensamiento.