

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES EN MEDECINE

PUBLIC :

ETUDIANTS EN PCEM1, 2EME ET 3EME CYCLE MEDICAL
INITIATION DES PROFESSIONS DE SANTE, SANTE PUBLIQUE
SPECIALISATION DES 2EME-3EME CYCLE DE SOCIOLOGIE,
ETHNOLOGIE, ANTHROPOLOGIE, HISTOIRE...

TIRE-A-PART STRICTEMENT RESERVE A UN USAGE PRIVE

Anne BARGÈS

**« Anthropologie et Sociologie associées
au domaine de la maladie et de la médecine »**

***In Introduction aux sciences humaines en médecine -
Nouvelle édition (Ouvrage collectif)***

Paris, Ellipses, 2001, pp 131 à 205

ISBN : 2-7298-0872-8

Anthropologie et Sociologie associées au domaine de la maladie et de la médecine

Anne BARGÈS¹

Le but de cet article est de montrer quelques liens existant entre les idées anthropologiques, les connaissances sociologiques et les faits liés à la maladie et aux soins : agencements entre concepts et approches scientifiques qui se font à travers le temps et à travers l'espace.

Cet article sera volontairement limité pour ne pas répéter et paraphraser ce qui est par ailleurs écrit dans de nombreux ouvrages pédagogiques sur les démarches sociologique et anthropologique, ouvrages adaptés aux étudiants sortant du lycée (entrant en DEUG) et donc également tout à fait adaptés aux médecins non formés et aux étudiants en médecine : la première année de premier cycle médical (PCEM1) étant une année-pallier qui n'ouvre pas en principe qu'aux études médicales². Il s'organisera autour d'extraits de textes qui sont des exemples de quelques grands thèmes propres aux enseignements concernés³, exemples aussi de textes pouvant servir de support d'analyse aux enseignements dirigés (ED) et aux examens de premier cycle médical.

Quant aux données en anthropologie de la maladie, sociologie de la santé, « anthropologie médicale » ou « ethnomédecine »⁴, elles ne peuvent se

-
1. Anthropologue, DSU-VST, UMS CNRS 1835, Maison des Sciences de l'Homme, Tours.
 2. Rappelons la situation du concours et les reçus-collés c'est-à-dire ceux qui, ayant la moyenne, sont autorisés à s'inscrire directement en deuxième année de Deug Sciences de la vie et pour certains à L'UFR Sciences et Techniques (Tours). D'autre part, soulignons le fait que cette première expérience universitaire — malgré la pression scotomisant du concours — peut être à l'origine de découvertes d'autres savoirs et autres cursus, de prises de distance par rapport à des conditionnements sociaux et/ou familiaux.
 3. La présentation de cet article est inhérente aux thèmes et disciplines traités. Le morcellement en sous-chapitres est inadapté à son contenu. Les lectures requises pour les étudiants de Pcem 1 sont précisées à la fin.
 4. Pour un exposé concis de ces différences dans les intitulés et les démarches, cf. B. HOURS, « vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France », *Socio-anthropologie*, n°5, 1999, p. 35-43 ; de manière développée et historique, cf. N. DIASIO, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*, Paris, PUF. 1999. Ce terme « ethnomédecine », aspects sociaux et culturels des soins, est maintenant connu des médecins bien que souvent usité dans un sens folklorique et exotisant.

comprendre sans le traitement de thèmes sociologiques et anthropologiques apparemment hors du champ médical mais qui n'en sont pas moins incontournables pour l'aborder (la perception de l'autre, la notion de maladie comme fait social...). Elles sont les premiers éléments de décodage de la réalité sociale et culturelle nécessaire aux étudiants pour éclairer, comprendre et conduire leur formation et leur expérience professionnelle.

Ces champs d'étude sont déjà spécialisés au sein des différentes disciplines anthropologiques et sociologiques. Elles font l'objet de séminaires convenant à des personnes plutôt expérimentées soit dans les sciences humaines et sociales soit dans les milieux professionnels de santé. S'adressant à des étudiants de dix huit ans ayant généralement comme références les cours d'histoire, de français et de philosophie, et même si les médias actuels rendent plus visibles ethnologues et sociologues, il faut néanmoins régulièrement rappeler la démarche en sociologie-anthropologie, basée sur l'observation méthodique des personnes, des pratiques et des faits dans la réalité et le quotidien (ce qu'on appelle « le terrain ») associée à l'analyse théorique¹. Quant à la forme obligée d'examen pour le Pcem1 (à Tours : question rédactionnelle, sur la base d'un texte), si l'on veut donner des repères par rapport à ce que les étudiants ont eu au lycée, son analyse se rapprocherait le plus de celle d'un commentaire de texte en histoire.

Dans cet enseignement adapté à un profil médical, il ne s'agit pas pour l'enseignant-chercheur d'exposer un vécu et des sentiments personnels mais de montrer comment les connaissances anthropologiques et sociologiques s'affirment par la présence d'une méthodologie d'enquête, d'observation, d'analyse. Cela englobe les recherches, travaux et réflexions scientifiques produits par les anthropologues et sociologues passés et actuels, associés, discutés, cités au regard de ceux propres à l'intervenant, replacés dans le champ des savoirs. Ces données seront néanmoins transmises sous une forme la plus attrayante possible pour le public concerné, avec illustrations, témoignages... L'affirmation à travers les cours magistraux et les textes d'enseignements dirigés d'un discours référencé² est nécessaire pour comprendre des enseignements qui, a priori, sont renvoyés, par les étudiants (via leur environnement social) et par une part du milieu médical, à de « l'illégitime » et de l'« irrationnel », du non expérimental (au sens « paillasse » du terme). On voit donc là que nous sommes au centre même du cours en tenant compte des différences de représentations qui existent au

-
1. Ceci concerne bien entendu l'orientation que j'ai donné à mes enseignements qui ne présume en rien être un modèle, consciente de la variété pédagogique des enseignements de sociologie et d'anthropologie heureusement existante dans les différentes UFR de médecine françaises.
 2. Discuter et citer ses sources et ressources écrites et orales (associées à celles du terrain) indépendamment des phénomènes d'école : livres, publications spécialisées, communications, thèses de sciences humaines, travaux, notes et enquêtes de chercheurs ; replacer l'évolution des savoirs dans une histoire/sociologie des sciences de l'homme et de la société... Le cadre de cet article oblige à limiter les références et à un certain éclectisme dans leur choix.

sein du champ très large et diversifié des sciences, ici des sciences de la vie, et du médical. Ces représentations sont propres à une « culture » et une histoire —bio-médicale— dont les référents immédiats restent mécanistes, techniques, positivistes, à un secteur professionnel qui méconnaît très largement la construction de ses savoirs et pratiques, et les paradigmes qui les sous-tendent, et qui, du fait de l'histoire des structures et des savoirs proprement française, se sont trouvés séparés des disciplines et institutions en Sciences de l'Homme et de la Société. Hiatus qui s'estompe en partie depuis une vingtaine d'années dans les secteurs surtout de recherche¹, et pour l'enseignement en médecine —essentiellement en DU (diplôme d'université), en DEA (diplôme d'études approfondies), depuis peu en MSBM (maîtrise de sciences biologiques et médicales)², au sein de formations en santé publique³ et/ou psychiatrie— et encore ponctuellement pour la pratique médicale publique et privée, spécialiste et maintenant généraliste, selon des questionnements particuliers à certaines pathologies (chroniques, handicapantes, graves, à fort impact social) et des contextes de santé (développement, notion de risque, crise du système de soins, alimentation, génétique, médecine prédictive...) de plus en plus complexes. D'autres professionnels de santé, comme les infirmières, ont depuis longtemps précédé les médecins dans cette démarche. Les extraits suivants (ENCADRÉ 1) de certains thèmes de recherche actuels posés par la communauté scientifique au regard des questionnements de santé du public et du monde soignant en sont des exemples. On remarque que ce qui a trait par exemple aux dépendances dépasse largement le cadre du soin et du bien-être pour concerner —entre autres choses— l'ordre social et l'analyse des institutions.

1. D. FASSIN, dans son article « Anthropologie et Santé, deux approches » publié dans *Le Concours Médical* du 26-10-1985, p. 3624-3626, faisait une première synthèse à partir de deux colloques internationaux tenus à Paris en 1982 : l'un au Musée de l'Homme intitulé « anthropologie biologique et santé publique », l'autre au CNRS intitulé « anthropologie médicale ». Il rappelait que l'anthropologie offrait au médecin un regard original et nécessaire ; je rajoute après ces quinze années que cette approche doit toujours, pour rester « utile » aux secteurs professionnels qui la sollicitent, sauvegarder son extériorité et son intégrité de travail, d'observation et d'analyse, que cela soit pour l'enseignement ou pour la recherche. A ce propos, cf. JP. CASTELAIN, F. LOUX ET MC. POUCHELLE, « Ethnologie et demande médicale : de l'académisme à la désobéissance » in : *L'autre et le semblable* (M. Segalen coord.), Paris, CNRS Editions, 1989, p. 193-205.
2. Touchant logiquement des étudiants plus jeunes, moins professionnalisés mais de ce fait plus ouverts. Certificat d'une centaine d'heures de « formation à la recherche », existant depuis 1999-2000 dans la classique filière dite de « biologie humaine » (devenue Sciences Biologiques et Médicales) intégrée aux études médicales, pharmaceutiques et odontologiques ; il est organisé dans une douzaine d'UFR de médecine. Les thèmes abordés se retrouvent ensuite en DU et DEA de santé publique/santé communautaire, et sont de plus en plus demandés pour des carrières sanitaires et sociales, de santé publique, dans le développement, l'humanitaire, ou l'éducation pour la santé.
3. « L'apport des sciences sociales à la santé publique, c'est une méthode d'observation et d'analyse des faits, c'est un regard critique sur les sociétés et leurs institutions, c'est plus de connaissance pour décider d'une action ». D. FASSIN, « Sciences Sociales », in : *Santé Publique*, G. Brücker et D. Fassin (ss la dir.), Paris, Ellipses, 1989, p. 123.

Encadré 1
Extraits d'Appels d'offres de recherche portés
par des Institutions de recherche nationales

a) Recherches épidémiologiques, économiques, psychologiques et sociologiques sur les pathologies cancéreuses

« La Fondation de France encourage la recherche en Santé Publique dans le domaine des pathologies cancéreuses. Elle souhaite soutenir le développement d'une approche multidisciplinaire qui contribuera au progrès des connaissances et à l'évolution des pratiques professionnelles et des politiques sanitaires [...] »

Une attention particulière sera accordée aux projets de recherche portant sur :

- l'identification des facteurs de risque des pathologies cancéreuses et l'amélioration de leur connaissance épidémiologique ;
- les facteurs individuels ou collectifs d'exposition aux risques de pathologies cancéreuses ;
- l'analyse des actions de prévention et de dépistage, au niveau individuel ou collectif ;
- la manière dont les personnes atteintes de cancer et leur entourage vivent avec la maladie ;
- les variations des modalités de prise en charge et leurs éventuels facteurs explicatifs ».

FDF (Fondation de France), 2000, <http://www.fdf.org>

b) Drogue et Toxicomanie

« Dans le cadre de la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999 à 2001) adopté par le gouvernement en juin 1999, et qui fait de la progression et de la diffusion des connaissances disponibles dans ces domaines un objectif prioritaire, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) lance un appel d'offres pour des projets de recherche et d'étude.

Cet appel à projets vise, dans la continuité des actions incitatives précédentes, à promouvoir des travaux scientifiques sur l'usage et/ou la dépendance aux substances psychoactives illicites et licites, incluant l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes ainsi que les produits psychoactifs dans un usage visant à améliorer les performances des individus (psychotropes, produits de synthèse, produits dopants).

Compte tenu du caractère multi-dimensionnel et multi-factoriel des phénomènes de dépendance aux substances psychoactives, le présent appel d'offres s'adresse à toutes les disciplines scientifiques susceptibles d'apporter un éclairage sur ces questions particulièrement complexes.

Dans cette perspective, si des propositions de recherche en neurobiologie, en physiopathologie et dans les différentes disciplines cliniques sont naturellement attendues, la MILDT souhaite également encourager et susciter des projets de recherche en Sciences de l'Homme et de la Société et en Santé Publique, en particulier dans les disciplines suivantes (liste non limitative) : biostatistiques, épidémiologie (descriptive, analytique, pharmaco-épidémiologie), économie (de la santé, de la consommation, du développement), géographie, géopolitique, sociologie (de la santé, de la famille, du travail, des professions, des organisations, de l'innovation, du sport), sociologie politique, sociologie du droit, sociologie pénale, anthropologie, ethnographie, ethnologie, psychologie, psychologie sociale, psychopathologie, sciences de l'éducation, sciences juridiques (droit sanitaire et social, droit pénal, droit douanier et fiscal, droit comparé), criminologie, sciences politiques, histoire... »

MILDT, 2000, <http://www.drogues.gouv.fr/fr/>

L'expérience développée au contact des étudiants et des médecins, montre également l'importance de plus en plus soulignée d'un enseignement en sociologie et histoire des sciences, intégrant une histoire de la médecine et des soignants — au sens large — ne se plaçant pas que dans un lointain passé : enseignement basique mais nécessaire pour ceux qui vont participer à des enjeux biomédicaux et sociaux complexes. Il leur donnerait les bases de

savoir, d'évaluation, pour mieux saisir l'émergence des connaissances et des pratiques qu'ils utilisent et les replacer dans l'actualité scientifique, médicale socioculturelle et éthique à laquelle ils participeront comme tout un chacun et avec laquelle, en tant que professionnels, ils auront à composer.

I. Les axes disciplinaires des savoirs enseignés

Présentons ces disciplines dont le fait même de décrire leur émergence et leur place actuelle participe de l'exposé sur l'évolution des idées sur l'homme¹. Cela permet aussi :

- de replacer ces savoirs dans leur réalité scientifique, sens et fonction et de sortir d'une vision inexacte des sciences sociales les confondant avec le travail social, des dites « sciences humaines » qui seraient des « sciences rendant humain » et de l'anthropologue qui serait une personne capable de porter un regard transcendant sur tout.
- et en outre de faire comprendre que, même si on parle usuellement de société et de culture, il s'agit de sujets et de compétences d'analyse que tout le monde ne peut traiter et avoir à partir de sa seule vie quotidienne ou de quelques lectures.

Indépendamment des discussions propres aux spécialistes, on décrit classiquement dans les « Sciences de l'Homme » :

- L'étude de l'homme sous l'angle de la société et de la culture : *anthropologie, ethnologie*, enseignées en UFR de Sciences Humaines. Ces disciplines appartiennent aux « sciences humaines » (avec la linguistique, l'histoire, la psychologie, en partie la philosophie qui se partage avec les études littéraires). Les universités sont nombreuses maintenant à proposer un enseignement d'ethnologie, dans un éventail allant du cursus complet à l'offre de quelques

1. Il est également utile pour les étudiants de replacer leurs enseignements au sein de la grande diversité des formations universitaires afin qu'ils puissent mieux assurer (et assumer) leur orientation sociale et professionnelle. Les études de médecine, études longues, donnent encore — pour une majorité — l'impression d'une « sécurité » professionnelle a priori, ceci est néanmoins à relativiser du fait des changements sociaux de ces quinze dernières années. En troisième cycle de médecine, le jeune médecin est souvent placé devant des prises de décision, des choix auxquels il n'a pas réfléchi, il peut aussi envisager des revirements au regard du recul qu'il prend. Comme praticien généraliste ou spécialiste tout comme hospitalo-universitaire ou scientifique, il devra de toute manière montrer d'autres qualités et compétences que celles strictement techniques, cliniques et qu'il n'a pas forcément « appris » à remarquer ou à valoriser : en évaluation (domaine culturel, social et professionnel), en relationnel-communication, en organisation, en management...

cycles, voire de quelques matières, insérés dans un programme pluridisciplinaire¹.

Dans ce sens humaniste, la *sociologie* ne se placerait pas dans la catégorie « sciences de l'homme ». Avec son projet d'étudier les rapports entre individu et groupe social, elle appartient aux « sciences sociales » comme la démographie, les sciences économiques et politiques, la géographie. Pour éviter des séparations arbitraires entre disciplines se complétant et utilisant des méthodes semblables, aussi parle-t-on maintenant de « sciences humaines et sociales ».

- L'étude de l'homme dans sa dimension physique, biologique, enseignée en UFR de Médecine et en UFR de Sciences. On distingue la *paléo-anthropologie* qui étudie les origines de l'homme, les processus de l'évolution humaine depuis la séparation des autres groupes de primates au moyen de l'analyse des hommes fossiles (*paléontologie*) et l'anthropologie du vivant, de l'homme actuel, comprenant la classique « anthropologie physique » spécifique aux facultés de médecine françaises (ostéométrie, crâniométrie) et associée de nos jours à la médecine légale (biométrie, thanatologie, criminologie), *l'anthropologie biologique*² ou « anthropo-biologie », «biologie des populations humaines», «écologie humaine». Là, on étudie l'homme sous l'angle de la variabilité (différences et ressemblances), sous tous ses aspects : physiologiques, biologiques (génétiques, immunologiques), pathologiques ; l'écologie humaine étudie l'homme et ses comportements en interaction avec son environnement naturel et ses différents milieux de vie (évolution de certaines maladies/écosystèmes). Ces disciplines ont tendance à voir leur enseignement institutionnel diminuer et n'exister que dans des cycles avancés, alors même que l'attente du public pour la paléontologie, par exemple, se développe —plus opérationnels face à cette demande, certaines plates-formes médiatiques (émissions de télévision, sites internet) s'expriment dans les hiatus laissés par l'enseignement classique. Nous ne les aborderons pas.

En France, on a longtemps utilisé le terme « anthropologie » uniquement pour parler d'anthropologie physique et on parlait d'« ethnologie » pour tout ce qui était du domaine culturel, qui concernait en général les peuples « autres », exotiques ou folkloriques, là où les Britanniques utilisaient le terme d'« anthropologie sociale », les Américains celui d'« anthropologie

-
1. Source APRAS (Association Pour la Recherche en Anthropologie Sociale) et enquête AFA (Association Française des Anthropologues) sur les pratiques et enseignements de l'anthropologie en France.
 2. De nombreuses lectures existent ; comme ouvrages de base à l'adresse des étudiants intéressés, retenons entre autres : B. PELLEGRINI, *L'ève imaginaire, les origines de l'homme, de la biologie à la paléontologie*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1995 ; CAVALLI-SFORZA, *Qui sommes-nous ?* Paris, Flammarion, 1994.

culturelle ». Du fait de l'évolution des sciences dans la deuxième moitié du XX^e siècle, on utilise en France le terme « anthropologie » à la place d'ethnologie, ou on utilise indifféremment l'un ou l'autre. La dénomination de la discipline s'est recentrée sur *l'anthropologie sociale et culturelle* (à l'exclusion de l'anthropologie biologique et de la préhistoire). Selon le Département des Sciences de l'Homme et de la Société (SHS) du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), l'anthropologie s'efforce de remplir différentes missions : « l'établissement et l'enrichissement continu d'un inventaire raisonné de la diversité culturelle au moyen des enquêtes de terrain : *l'ethnographie* ; l'archivage et la synthèse des connaissances ethnographiques soit à l'échelle d'une région du globe (aire culturelle ou de "civilisation"), soit en fonction des grands domaines d'études traditionnellement distingués (la parenté, le politique, le religieux, etc.) : *l'ethnologie* ; l'élaboration d'un savoir critique, comparatif et théorique portant tout à la fois, et de manière logiquement inséparable, sur la *diversité* culturelle et sur les facteurs *d'unité* du genre humain »¹.

Unité et diversité de l'être humain, on peut en souligner les ressemblances (rapports d'identité) et les différences (rapports d'altérité) à l'intérieur d'un même pays comme entre différentes populations du monde. Il reste que, souvent encore en France, le désir de se définir (ou de désigner) comme ethnologue renvoie plus au souci de l'observation de la différence sociale et culturelle humaine alors que celui de se dire anthropologue procède d'une approche relativiste et uniformisante de l'humain (ENCADRÉ 2). C'est parfois le regard que portent, sur les ethnologues, les chercheurs travaillant dans/sur leur propre société, culture et pays ; ils ne restent pour eux que les observateurs d'un exotique cumulant l'Ailleurs et l'Autre, les « peuples », les « ethnè » (pluriel d'*ethnos*) au sens « hérodoteux » du terme (Cf. plus loin). Dans cette démarche superposant l'autre à l'ailleurs, assez française et liée au passé colonial, la sociologie est, elle, plutôt référencée du côté de l'étude des sociétés industrielles, des sociétés auxquelles appartiendraient les observateurs occidentaux donc l'étude du même, chez soi, ici. Les recherches actuelles de la sociologie sont très variées, adaptées aux secteurs où il y a une forte demande sociale : travail (en cela l'hôpital et les professions de santé inspirent de nombreuses études), emploi, santé et dépendances, vieillissement des populations, flux migratoires et intégration, vie urbaine, lien social, inégalités sociales, rapports sociaux de sexe, éducation, famille, réseaux sociaux...

1. Cf. Annuaire du CNRS, le département des SHS réunit 3834 chercheurs et ingénieurs de recherche (site officiel : <http://www.cnrs.fr/SHS>)

Encadré 2

Diversité et invariance de/dans l'humanité

« "Comment peut-on être Persan ?" L'ironie de la question appelle l'évidence de la réponse : "vous êtes un autre !" Comme dans les comédies classiques, la surprise réciproque conduit à la reconnaissance : l'homme, c'est celui que je suis, celui qui vit avec et comme moi, et pourtant c'est également l'autre, aussi différent de moi puisse-t-il être. [...] La découverte de l'altérité est celle d'un rapport, non d'une barrière. Elle peut brouiller les perspectives, mais elle élargit les horizons. Si elle remet en question l'idée qu'on se fait de soi et de sa propre culture, c'est précisément parce qu'elle nous fait sortir du cercle restreint de nos semblables. L'objection, qu'on pourrait tirer du fait que certains "primitifs" se réservent à eux seuls le nom d'homme et le refusent aux autres, n'a pas grande portée. D'abord parce que ce refus manifeste plus leur isolement qu'une véritable contestation de l'humanité de l'autre ; ensuite, parce que, de toutes façons, il confère malgré tout un statut particulier à celui qui en est l'objet et ne le range pas purement et simplement parmi les animaux ou les choses [...] l'autre est celui dont je sais que j'ai à le comprendre dans une relation dont je sais aussi qu'elle est réciproque, ce qui, bien entendu, ne veut pas dire qu'elle sera réussie. L'altérité, n'empêche donc pas la compréhension, bien au contraire.

C'est de là qu'il faut partir. C'est là aussi que commencent les malentendus. Qu'est-ce en effet que comprendre ? La conception digestive, qu'on s'en fait souvent et dont il n'est pas si facile de se déprendre, place sa réussite dans ce qui est en réalité son échec. Comprendre serait assimiler — au sens propre de ce verbe : rendre semblable à soi — ce qui pourtant se présente d'abord comme différent, transformer la différence en identité. Quand par exemple, Montesquieu fait venir son Persan imaginaire à Paris, c'est moins pour l'opposer au Français que pour suggérer entre eux une équivalence qui affadisse leurs dissemblances : l'un et l'autre sont hommes non en ce par quoi ils diffèrent, mais parce qu'ils se ressemblent, ou du moins se valent. Sans doute le but de Montesquieu n'est-il pas tant de comprendre le Persan que de contester l'image que la société parisienne se fait d'elle-même, mais c'est bien la preuve qu'il s'agit de la critique d'une certaine culture par elle-même — critique dont il n'est pas question de sous-estimer la portée toujours actuelle — et non d'une véritable confrontation interhumaine. Une telle confrontation est, à vrai dire, exclue par l'humanisme classique, qu'il s'agisse de l'humanisme biologique — "l'homme est un bipède sans plumes..." — ou spiritualiste — "... et qui a une âme". Dans la perspective humaniste, en effet, c'est la similitude qui est essentielle, elle serait prouvée par le fait même de la compréhension conçue comme un processus d'identification ; les différences, au contraire, sont sinon illusoire, du moins secondaires. L'autre est aussi un homme, non pas *dans*, mais malgré sa différence. On est ainsi conduit à un curieux paradoxe : l'humanité est placée en dehors et comme au-dessus des cultures, dont on ne sait plus trop ce que signifie la diversité. Si d'ordinaire on ne prend pas garde à cette bizarrerie, c'est ou bien parce qu'on la fonde, implicitement ou non, sur une métaphysique d'origine religieuse, ou bien parce qu'on valorise sans s'en apercevoir la culture à laquelle on appartient et qu'on soustrait ainsi la diversité accidentelle des autres systèmes culturels [...]

Ce qui intéresse l'ethnologue, ce n'est pas l'universalité de la fonction, qui est loin d'être certaine, et qui ne saurait être affirmée sans une étude attentive de toutes les coutumes de cet ordre et de leur développement historique, mais bien le fait que les coutumes soient si variables....

Toutefois, le souci de Malinowski est clair et Lévi-Strauss n'est pas sans le partager. Il craint ce qu'il a appelé "l'hérodoteage", la curiosité pour les "excentricités primitives de l'homme", l'exotisme facile, dont Lévi-Strauss se moque au début de ses *Tristes Tropiques*. Pour l'un comme pour l'autre, le problème purement scientifique — c'est-à-dire celui qu'une simple expérience vécue ne peut, malgré son importance, résoudre — reste d'atteindre l'universel »

J. Pouillon « L'œuvre de Claude Lévi-Strauss »,
2^e partie de *Race et Histoire*, Paris, Denoël/poche, 1987, p. 89-127

Les liens avec l'anthropologie sont anciens et leurs frontières se sont assouplies. Pour ne citer qu'un exemple, Georges Balandier, sociologue, a étudié après la deuxième guerre mondiale, les changements sociaux et culturels s'opérant dans les grandes villes africaines et ses travaux ont été fondateurs pour de nombreux chercheurs travaillant dans les sociétés européennes. Quant à l'ethnologue-anthropologue, il travaille également dans sa société, sur des réalités de son pays, des populations partageant sa culture, sur les représentations/réponses sociales et culturelles, populaires et savantes, en relation, par exemple, avec les développements bio-technologiques actuels¹...

On peut aussi schématiser en disant que l'anthropologie-ethnologie s'occuperait de la *culture*, de l'étude de *l'humain*: langue, perceptions, connaissances, constructions intellectuelles, symboliques et artistiques, croyances et religions, valeurs, usages et règles de comportement, organisation sociale et politique, techniques et réalisations matérielles. La sociologie, quant à elle, s'occuperait de la *société*² c'est-à-dire de l'étude *des* hommes, de leurs rapports (organisation et fonctionnement), des relations entre l'individu et le groupe.. Il y a donc complémentarité et de plus en plus imbrication, du fait de la complexité des changements sociaux et culturels et de l'évolution des regards; d'ailleurs, on parle maintenant de *socio-anthropologie*...

II Construction et évolution des idées sur l'homme

L'émergence des idées anthropologiques est spécifiquement liée à l'histoire occidentale et arabo-européenne, associée à trois conditions : l'idée d'une unité du genre humain qui dépasse le reste ; la volonté de produire une connaissance organisée de la diversité culturelle de l'humanité ; la capacité de réduire l'humanité à un objet d'observation, c'est-à-dire à «transformer le sujet humain en objet»³. Ainsi se mêlent, à travers les questionnements sur l'homme, ceux sur les frontières entre «culture» et «nature» (la première évidence de la présence de cette nature dans l'homme étant son corps), inné et acquis (ce qui irait de soi, «le naturel», et ce qui serait créé, de l'ordre de l'art et de la technique, impliquant ainsi un «génie» humain), universel et singulier, identité et altérité.

La représentation d'une unité du genre humain provient largement des religions monothéistes⁴. Avant, seules des puissances supérieures organisaient la vie et les êtres : les dieux étaient le monde, l'homme ne pouvait vivre que dans un monde sacré, réglé par des interdits. Avec les religions du

1. Cf. P. RABINOW, *Le déchiffrement du génome. L'aventure française*, Paris, Odile Jacob, 2000 (*French DNA*, Université of Chicago, 1999).
2. Terme amené par Auguste Comte (1798-1857) pour baptiser la Science de la Société.
3. M. ADAM, *Présentation d'une discipline*, Document de travail à l'adresse des Pcem1, Université de Tours, 1995-96.
4. Ce paragraphe renvoie à *Sciences Humaines*, n°64, 1996.

Livre (judaïsme, christianisme et islam), l'homme acquiert une place centrale au sein du monde vivant, il devient «à part», dans une relation personnelle au divin. Cette vision de l'homme est également construite par les réflexions philosophiques successives. Les conceptions de l'être humain sont multiples: l'homme bâti par la raison —de la Grèce antique aux philosophes des Lumières en passant par Descartes—; l'homme au centre des choses d'Erasmus (Renaissance) ; l'homme duel, contradictoire (raison et passions) de Pascal ; l'homme dé-naturé, qui a perdu sa perfection (J.J.Rousseau) faisant ressortir à l'inverse l'idée de l'homme originel, «naturellement bon» ; le surhomme de Schopenhauer qui doit s'arracher à sa condition, se dépasser ; l'homme agissant de Marx, qui se différencie de l'animal par le travail et par cette dynamique prométhéenne, devient un être social forcément aliéné. Ainsi s'établit depuis le XIX^e siècle, cette image d'un homme indivisible et inaltérable, mû par un progrès irréversible, par une technique qui libère l'homme de la Nature, qui le mène à penser une entière maîtrise (voire une domination) de l'élément de nature en lui —son corps organique— mais en même temps un homme prisonnier de sa condition et des autres auxquels, pourtant, il est ontologiquement lié.

A La découverte de l'Autre

Les développements de l'anthropologie commencent surtout avec la curiosité du monde et sont clairement associés à l'entreprise coloniale. Elle prend naissance chez les peuples en général expansionnistes, conquérants et missionnaires (Grecs, Romains, Arabes, Européens de la Renaissance et des Lumières). Dans le monde grec classique, alors que les intellectuels comme Aristote se penchent sur l'observation de leur monde, Hérodote (V^e siècle avant l'ère chrétienne), historien voyageur, va initier un regard de l'extérieur d'us et coutumes non partagés, une démarche ethno-graphique : les « ethne » étant les peuples autres, moins civilisés, les «barbares», les païens (qui n'ont pas les « bonnes » croyances). Sa démarche reste cependant très ethnocentrique : ces autres sont limitrophes, proches et il faut les connaître pour pouvoir les conquérir, les gérer, les contrôler. L'ethnocentrisme¹ est le fait de porter (de manière généralement inconsciente) sur la culture et les comportements d'autrui un regard déformé par le filtre de sa propre culture, avec projection de ses propres normes et conventions ; la description et l'interprétation se fera de manière fautive en passant par des jugements de valeurs. Réaction universelle —certes— permettant de se situer dans le monde, mais qui a pris des expressions diverses dans l'histoire allant du meurtre, de l'élimination pure et simple de l'Autre (génocide) à des catégorisations savantes qui le place dans de l'inférieur, de l'archaïque, du sauvage (issu de la « nature », instinctif), du primitif (Cf. les ethnologues/évolutionnistes au XIX^e siècle), du sous-développé, via la négation par l'assimilation. Selon Pierre André Taguieff, l'ethnocentrisme ne se confond pas au racisme, particulier à l'histoire occidentale, mais il y contribue par différents facteurs.

1. Cf. Cl. LEVI-STRAUSS, *Race et histoire*, Paris, Denoël, 1987.

Regards sur une société, compréhension par l'intérieur ou par l'extérieur : deux démarches que l'on retrouvera régulièrement dans cette observation de l'humain et la manière de percevoir sa variété. Ainsi, le monde arabe participe de cette dynamique, comme le montre l'exemple de deux grands hommes du XIV^e siècle : Ibn Battuta qui va traverser l'Afrique de l'Ouest, l'Espagne, l'Inde et l'Extrême-Orient, observer et replacer ces notes dans une histoire large ; et Ibn Khaldûn qui étudiera avec minutie et méthode les divers facteurs qui rentrent en jeu dans l'organisation des sociétés arabomusulmanes, orientales et occidentales (Machrek et Maghreb), il est en cela un sociologue et un anthropologue de type moderne.

La capacité à réduire l'humanité à un objet d'observation est elle aussi historiquement déterminée. L'homme pensait sur lui-même mais il ne s'était pas observé lui-même. Pour se poser comme objet, il fallait qu'une séparation se fasse entre observé et observateur, principe fondateur de toute démarche scientifique. Cette mise à distance va progressivement s'organiser sur trois niveaux, à partir de la Renaissance :

- par rapport à la dimension sacrée, à la morale, à l'ordre religieux en place, c'est l'émergence des hérésies, de la pensée critique qui annonce l'athéisme ;
- par rapport à son territoire, c'est la prise de conscience que la terre, le globe terrestre, est une planète parmi tant d'autres, un univers fermé — donc explorable — et qu'il existe d'autres terres que l'Europe et l'Asie, c'est la « découverte » des Amériques ;
- par rapport à son corps, son exploration mécanique va être permise par la libération des esprits, ce sont les premiers pas d'une médecine positiviste, technique.

Ainsi, les explorations à des fins commerciales déterminent la rencontre avec d'autres populations dont l'humanité sera l'objet de controverses intellectuelles, comme celle de Valladolid (1550)¹, extrêmement marquantes pour les histoires africaine, américaine et européenne. Le contact estompe les fantasmagories anciennes mais apporte d'autres inquiétudes et questionnements: l'Indien est-il un homme ? c'est-à-dire —dans la pensée dominante et normative de l'époque— a-t-il une âme qui lui permette d'accéder au salut chrétien, le seul qui soit ? Choc culturel et révolution intellectuelle. Comme le souligne Claude Lévi-Strauss, l'homme américain « n'était pas prévu », il était pour l'homme chrétien, dominant, une bouleversante révélation, « l'homme privé de grâce et de la révélation du Christ » et en même temps l'image «qui évoquait aussitôt des souvenirs antiques et bibliques: celle d'un âge d'or et d'une vie primitive...simultanément dans le péché et hors du péché»². L'ambiguïté de ses représentations se trouve déclinée depuis plu-

1. Cf. l'adaptation cinématographique de J.D. VERHAEGHE, *La controverse de Valladolid*, scénario de JC Carrière, Bakti productions/FR3/La Sept vidéo, 1991.
2. Cl. LEVI-STRAUSS, «Les trois sources de la réflexion ethnologique», *Gradhiva*, n°2, 1987, p. 37-41.

sieurs siècles dans les figures du « bon sauvage » et du « mauvais sauvage » en fonction des positionnements idéologiques et surtout des intérêts du moment, territoriaux et économiques, stipulant néanmoins les deux pendants d'une même image, celle d'un être situé « dans » la nature.

Nous sommes cependant en pleine inquisition, l'émergence et l'expression de pensées religieuses différentes (mouvements cathares, protestantisme...), et un plus grand contact avec d'autres peuples, entraînent aussi un regain de protection, de rigueur de l'ordre moral en place. Les enjeux ne sont pas que religieux, ils sont sociaux, politiques et, pour les pays conquis, économiques. L'hérésie, c'est avant tout contredire la pensée en place. Les accusations d'hérésie se superposent à celles de sorcellerie, c'est-à-dire de position de malveillance envers les individus d'un groupe social, ainsi que le note déjà Marcel Mauss dans *Sociologie et anthropologie*¹:

« L'hérésie fait la magie [à prendre ici dans le sens de « sorcellerie »] : les Cathares, les Vaudois... ont été traités comme des sorciers. Mais comme, pour le catholicisme, l'idée de magie enveloppe l'idée de fausse religion, nous touchons ici à un phénomène nouveau dont nous réservons pour plus tard l'étude. Le fait en question nous intéresse pourtant dès maintenant en ce que nous y voyons la magie attribuée collectivement à des groupes entiers. Tandis que, jusqu'à présent, nous avons vu les magiciens se recruter dans des classes qui n'avaient, par elles-mêmes qu'une vague vocation magique, ici, tous les membres d'une secte sont les magiciens. Tous les Juifs furent des magiciens soit pour les Alexandrins, soit pour l'Eglise du Moyen-Age [...] de même les étrangers sont, par le fait, en tant que groupe, un groupe de sorciers. Pour les tribus australiennes, toute mort naturelle, qui se produit à l'intérieur de la tribu, est l'œuvre des incantations de la tribu voisine. C'est là-dessus que repose tout le système de la vendetta ».

Les hérétiques représentent l'étrangeté, la discontinuité par leur paganisme (les « gentils »), par leur religion non-chrétienne (juifs, musulmans), par leurs réflexions critiques (intellectuels, savants²), par leur activité sociale singulière (guérisseur, matrone), par leur sexe (femme), par leur origine géographique (qui vient d'ailleurs) ou encore par leur physique (marques, handicaps, maladies). En effet, la présence d'épidémies (peste, choléra) et de maladies stigmatisantes (lèpre) vient régulièrement s'associer au contexte historique pour venir légitimer et renforcer l'accusation³ et asseoir l'ordre social en place. En France comme en Suisse (et très largement en Europe) durant les années 1320-21, les accusations et persécutions des lépreux s'intensifient : citons en Aquitaine, les méseaux (lépreux) conduits au bûcher

1. M. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, Paris, Quadrige, /PUF, 1993 (1950), p.22-23. Bien qu'il y ait une différence entre ce qui procède de la magie et ce qui procède de la sorcellerie, les deux mots ont longtemps été confondus dans une même dynamique malveillante, construite socialement.
2. On pense à Giordano Bruno, humaniste, kabbaliste, alchimiste qui fut brûlé à Rome en 1600.
3. Cf. aussi les représentations du sida, en France, au XXe siècle (ENCADRÉ 22)

accusés d'avoir empoisonné les chrétiens avec la complicité des Juifs et des musulmans ; idem dans le Poitou où le bruit court que les lépreux empoisonnent les puits et conspirent contre la France, avec les Turcs. Ainsi, «Les procès en sorcellerie qui se multiplient à partir de la fin du Moyen Age révèlent-ils la volonté de l'Eglise catholique de consolider ses positions et s'assurer le monopole du pouvoir symbolique; les éléments concurrents sont accusés d'hérésie et rejetés du côté du malin; l'autorité royale s'associe d'ailleurs à son entreprise. Mais le contrôle social des populations passe aussi par la normalisation des pratiques médicales. En particulier, l'officialisation du métier de sage-femme dans le cadre des charges municipales, dès le XVI^e siècle, a d'abord pour finalité la distinction entre accoucheuses et avorteuses ; les trois certificats qui sont d'ailleurs demandés à l'aspirante à cette activité servent à prouver qu'elle a bien reçu une formation, qu'elle est de bonnes mœurs, enfin qu'elle est bien catholique»¹.

Cette altérité, combattue, a participé de la transformation de la médecine ; sans omettre, bien sûr, le monde méditerranéen et oriental qui, par ses échanges culturels, les contacts construits depuis le IX^e siècle par des individus innovants —savants arabo-musulmans (Ali Ibn Abbas, Ibn Sina dit Avicenne, Abu Bakr al-Razi dit Rhazès, Aboul Cassis, Avenzoar...), savants juifs (Isaac Israeli, Rabbi Moses ben Maimon dit Maïmonide...) et convertis au christianisme (Constantin l'Africain traduisant les traités arabes)— et leur position d'intellectuels souvent exilés, a révélé les classiques gréco-latins à la médecine européenne et l'a nourrie de nouvelles réflexions et expériences (ENCADRES 3 & 4). L'Ecole de Salerne (Italie), à son âge d'or (de la fin du XI^e siècle au XIII^e siècle), sera une des rares interfaces académiques entre monde arabe et monde byzantin (l'Orient chrétien).

Encadré 3 Début des facultés

« —*Dans ce premier Moyen âge, on ne distinguerait aucun pouvoir médical ?*

S'il existe alors un pouvoir médical, c'est celui des instances religieuses, pour les raisons exposées plus haut [guérison des corps-conversion des âmes ; est hérétique toute pratique profane et non chrétienne : savoir-faire des femmes, médecine juive rabbinique...] et parce que c'est grâce aux milieux monastiques que l'Occident a hérité du savoir contenu dans les manuscrits antiques. Le pouvoir médical à proprement parler, ne commence à émerger qu'avec la fondation des facultés de médecine, dont l'une des premières préoccupations fut de conquérir le monopole du savoir et de la pratique thérapeutiques. En ceci, elles se comportaient comme n'importe quelle association de métier, ou corporation [...]

La création des facultés de médecine n'est pas à mettre au compte d'une évolution interne de la médecine, mais en relation avec le mouvement général qui, au XIII^e siècle, dans un contexte de croissance urbaine, aboutit à la cristallisation institutionnelle des métiers en corporations.

Au même moment, l'activité intellectuelle devient, comme l'a montré Jacques Le Goff, un vrai métier et plus seulement l'affaire des religieux [...] on peut s'interroger sur les raisons qui font que l'Occident médiéval ait fait une telle place à la médecine au sein des institutions universitaires. J'y

1. D. FASSIN, «Un autre regard: médecins et guérisseurs en Afrique», *Panoramiques* (Le pouvoir médical), n°17, 1994, p. 34-39.

vois pour ma part, compte tenu des enjeux que représente la guérison des personnes, l'expression d'une volonté consciente ou inconsciente de contrôle social.

— *On peut désormais parler de médecin au sens actuel du terme ?*

Si l'on veut. Ce qui est sûr, c'est qu'on assiste à l'émergence d'un groupe professionnel décidé à s'arroger un monopole, soucieux d'intégrer ses connaissances dans un ensemble rationalisé, et qui se laïcise à partir du XV^e siècle. Lorsque la faculté apparaît, elle met en place des interdits destinés à réserver l'exercice de la médecine aux personnes gradées par ses soins. Ainsi, dès 1322, on assiste au premier procès intenté par la faculté à une thérapeute illégale, et il est étonnant de voir, en lisant les pièces d'archives, que les accusations formulées par les maîtres régents de la faculté sont très semblables aux arguments employés de nos jours par l'Ordre des médecins lorsqu'il s'agit de faire condamner de supposés charlatans. L'argument principal de l'accusation, c'est que "*l'ignorante*" fait courir des risques graves à ses patients, mais lorsqu'il s'avère que les traitements qu'elle a prescrits ont été efficaces, on la condamne parce que c'est illégalement qu'elle exerce, et pour cause, puisque les bancs de la faculté, institution réservée aux clercs, sont, par définition, interdits aux femmes. On notera d'ailleurs, qu'à partir de ce moment, a été exclue de l'exercice thérapeutique légal, toute une population féminine largement engagée dans le soin, et dont une large proportion devait alimenter un peu plus tard, les bûchers de la Renaissance »

Entretien avec Marie Christine Pouchelle
in « Le pouvoir médical », *Panoramiques*, n°17, 1994, p. 14-21.

Ordre moral, ordre social, ordonnancement également professionnel qui va inscrire une formation (médicale) dans l'institution non religieuse et la laïcité, sortir le jeune soignant « officialisé », diplômé (Docteur), d'un destin monastique ou d'un apprentissage personnalisé pour l'inscrire dans une pratique de soins corporative et représentative. Tous ne pourront y accéder : les femmes, les personnes non chrétiennes ; malgré la discrimination, les protestants et les marranes¹ s'intègrent aux écoles de médecine du Sud de la France plus accueillantes. L'écart va également se faire entre une médecine savante (passant par les livres), apprise sur les bancs de l'école et une pratique populaire des soins, de tradition orale qui va progressivement être occultée par la médecine officielle. Les pratiques des guérisseurs ne s'effaceront pas pour autant, car inscrites dans le social. Ce n'est qu'à l'apogée de la médecine « scientifique » et à l'accession d'un statut social, législatif et d'une place institutionnelle forte du médecin, au XIX^e siècle, que l'exercice d'une médecine populaire baisse. Souvent quand on retrace une histoire des pratiques médicales, les savoirs de tradition populaire sont replacés du côté de l'archaïsme, du passé et ceux scolastiques sont mis du côté éclairé, « évolué », moderne : le magicien ou le sorcier devenant l'ancêtre du médecin, signe « d'un premier âge » de la médecine. La démarche intellectuelle, bien dans l'idée prégnante de progrès, est identique à celle des ethnologues-évolutionnistes du XIX^e siècle qui voyaient dans l'homme non-européen, l'ancêtre vestige de l'humanité, un fossile vivant mais appelé à s'éteindre. Magicien ou médecin, ce sont deux modes d'expression d'une même fonction sociale, celle de la prise en charge de la personne, de son corps ou de

1. Espagnols et portugais, d'origine juive sépharade, dont les familles furent converties par la force de l'Inquisition.

son être, dans un but de guérison, d'amélioration ou de prévision du mal, donc en relation avec des attentes pratiques et des questionnements ontologiques qui traversent depuis toujours l'humanité. Cette fonction place la personne qui la porte dans une position de singularité, d'élection (savoirs rares, difficilement acquis, peu ou pas partagés, secrets donc mystérieux et enviés) et d'acquisition de pouvoirs¹ importants (vérifiés ou en puissance) et aussi de désignation, d'imputation et de défiance du fait de ces mêmes potentialités. Elle dépend de savoirs et de savoir-faire, de techniques et d'apprentissages, d'histoires et donc de traditions différenciées.

Ainsi, « la faculté » (de médecine) porte en elle une médecine monastique, religieuse, s'appuyant certes sur l'écrit (les références gréco-latines) mais aussi sur les connaissances botaniques venant du paganisme, de l'oralité et de l'apprentissage ; manipulation et culture des essences (et des symboles) augurent celles de substances plus chimiques, dans les pratiques alchimiques, apothicaires puis pharmaciennes. La Faculté intègre également une pratique d'origine « populaire » — l'approche instrumentalisée du corps, chirurgienne, venant du métier de barbier — associée à une connaissance livresque, intellectualisée. Cette association a fait l'originalité de l'école montpellierienne soulignent Y. Ferroul *et al.*². L'ENCADRÉ 4 montre de manière romanesque les controverses et évolutions intellectuelles qui ont marqué la construction de l'enseignement universitaire entre Classiques, représentants d'un savoir écrit et monastique, et Modernes issus de l'actualité et du pragmatisme de terrain, populaire et profane. Enfin, la Faculté fonctionne sur les principes de sa légitimation professionnelle et institutionnelle, ceux d'un ordre moral, académique, gestionnaire, hiérarchisé et strict.

Encadré 4

Opposition Médecins-Chirurgiens ; Anciens-Modernes

Deux frères huguenots se forment à l'École de Médecine (1563-1567) de Montpellier, hébergés et initiés par un grand maître apothicaire marrane.

« — Voici l'*ordo lecturarum* dit le Doyen Bazin [...]

— Premièrement, Hippocrate : *les Aphorismes*... Au nom du maître vénéré de la médecine grecque, les professeurs royaux et les docteurs ordinaires se découvrirent à leur tour et ne remirent leurs bonnets carrés que lorsque le Doyen, poursuivant son énumération, passa au livre suivant :

— Deuxièmement, Galien : *Libri morburum et symptomatum* (livre des maladies et symptômes)[...]

— Troisièmement et quatrièmement, poursuivit Bazin, nous passons à la médecine arabe, fidèles en cela à la tradition vénérée de notre école :

Avicenne : *le canon de la nature*

Razès : *traité de la petite vérole et de la rougeole*

1. Cf. plus bas la question du pouvoir (médical) ; la maladie et son traitement ont toujours été objets de savoirs et de pouvoirs, voir D. FASSIN, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 1992.
2. Y. FERROUL, Y. DRIZENKO, D. BOURY, *Médecin et médecine : manuel d'introduction à l'étude de l'histoire de la médecine*, Paris, Honoré Champion, 1997.

Le doyen Bazin fit ici une petite pause, comme conscient du scandale qu'il fallait provoquer.

— Cinquièmement, Vésale : *de corporis humani fabrica* (de la composition du corps humain)

— Sixièmement, Ambroise Paré : *la méthode de traiter les plaies faites par les arquebuses et autres bâtons à feu*.

Il y eût ici une telle commotion sur le banc des docteurs ordinaires que je ne pus manquer de l'appréhender [...]

—Monsieur le Doyen, s'écria alors un des docteurs ordinaires, je ne saurais taire plus outre mon indignation : Vésale et Paré sont des MODERNES et c'est une abomination que de les placer dans notre *ordo lecturarum* aux cotés des maîtres vénérés de l'ancienne médecine [...]

—[Un autre] Il ne me paraît convenable d'admettre Vésale dans notre *ordo lecturarum* pour ce qu'il a osé insulter Galien.

— Il ne l'a pas insulté, dit d'Assas, la voix douce, le geste caressant. Il l'a respectueusement critiqué.

— C'est tout un ! Dit Pinarelle. Critiquer Galien ! Galien, un des maîtres de la médecine grecque ! Et Vésale a osé !

—Si Galien est infallible, il serait Dieu lui-même, dit alors d'Assas avec son désarmant sourire. Et il faut bien avouer que la méthode de Galien était fort étrange : il disséquait des animaux et appliquait aux hommes, sans les vérifier, les observations qu'il avaient faites. C'est ainsi qu'il affirma que l'utérus de la femme était bifide parce que celui de la lapine l'était. Vésale a corrigé cette erreur.

— Il importe fort peu ! S'écria Pinarelle d'un ton furieux. Je préfère me tromper avec Galien qu'avoir raison avec Vésale ! [...]

—Docteur Pinarelle, si par malheur vous soignez l'utérus d'une malade, il ne serait pas de petite conséquence pour elle que vous vous trompiez avec Galien

A cette saillie, un rire énorme secoua l'Assemblée [...]

—Passe encore pour Vésale, il est docteur et il a étudié à notre école. Mais Ambroise Paré ! A peu que les mots me manquent pour dire le scandale où je suis à voir un livre de ce chi-rur-gien (il prononça le mot avec un déprisement infini) admis dans notre *ordo lecturarum*. Pouvons-nous, Monsieur le Chancelier, penser que des docteurs en médecine - je dis bien docteurs - ouvrent le livre d'Ambroise Paré lequel d'ailleurs, dit-il avec dédain, est écrit en Français, et le lisent et le commentent. De vergogne et de confusion, j'en ai déjà le rouge aux joues ! Est-ce là, je le demande, une lecture digne de notre école ! Un docteur lire en français le livre d'un chirurgien qui est maître, et non point docteur ! Allons nous ravalier notre titre au niveau de la boue ? [...]

—Si boue il y a, je demande à être plongé. Je suis docteur mais j'accepterais d'un cœur égal d'être rétrogradé au rang de maître, si j'avais le génie d'Ambroise Paré. Car je le tiens, et pour un très grand médecin et pour un chirurgien hors pair. Il a sur les champs de bataille sauvé la vie d'innombrables amputés, en substituant la ligature des artères à la cruelle cautérisation par le feu. Et quant à son traité sur les plaies faites par les arquebuses, il est à ce jour inégalé tant par l'exactitude de ses descriptions que par les curations qu'il propose »

Robert Merle, *En nos vertes années, Fortune de France* (tome 2), Paris, Editions de Fallois (Poche), 1992, p. 268-274.

La médecine occidentale est donc fabriquée, pétrie de représentations, de logiques sociales, de modes d'acquisition de savoir-faire qu'elle réfute voire condamne par ailleurs. Cette ambivalence —proximité et en même temps distance entre médecines¹— est là, à admettre, tantôt limitante tantôt stimulante, et elle s'entretient en interrelation d'un public-patient, de ses perceptions, usages, choix ou besoins.

1. Dans la partie consacrée au pluralisme médical, cf. L'ENCADRÉ 22.

Avec la pratique de la dissection, qui se généralise dès le XV^e siècle, c'est l'engagement du savoir organisé dans le visible que nous mettons en exergue. Avec l'anatomie externe et interne, ce sont aussi, dans un enchaînement logique, les développements de la chimie — et la iatro-chimie¹, de la physiologie, de l'optique et de l'histologie, de l'anatomie pathologique... Court-circuitons l'histoire ; c'est au début du XVIII^e siècle que la thèse de Winslow et à sa suite, les travaux de Bruhier, son traducteur et commentateur, se préoccupent de « définir la mort » et, par ce biais, répondent à des besoins de la pratique professionnelle (incertitudes de diagnostic, crise de confiance) et à des attentes du public (craintes d'être enterré vivant)². En effet la partition vie-mort ne va pas de soi, ce sont deux principes interdépendants qui ont été construits au long des religions, philosophies, savoirs et techniques. Selon la pensée classique, la vie et la mort étaient vues comme deux évidences séparées (d'où l'idée d'un « passage » souvent codifié, géré par des personnes choisies, régulateur des rapports morts-vivants et apaisant pour ces derniers); avec la connaissance du vivant et les théories vitalistes, l'idée d'une « mort-processus » va s'affirmer ; mais, avec des limites floues, comment discerner les signes de mort pour agir ? Se posent les questions de « ce qui fait signe », on revient sur l'idée de « mise en évidence » en soulignant :

- la nécessité de « prouver », donner des preuves —avoir à argumenter et définir pour repérer et décider (réanimer ou enterrer);
- et, par une démarche expérimentale, le besoin de trouver des règles théoriques de base pour enseigner, reproduire une méthode et finalement convaincre.

Cela passera par une démarche de compilation de données assez disparates, de synthèse de type statistique et de classification des causes de mort apparente, classification d'ordre nosologique. Nous voyons là déjà l'exigence perpétuelle de définition, de standardisation, que sous-tendent l'affirmation et l'exercice d'une connaissance positiviste liés aux savoirs, croyances, attentes sociales et pratiques du moment. Exigence qui participe de la mise en place d'une légitimité professionnelle par l'affirmation de compétences spécifiques et qui est amplement d'actualité³. En effet, on pense aux « risques » collectifs, alimentaires ou sanguins, à ceux plus individuels, médicaux et génétiques ; prédiction, prévision, prévention (version actuelle

-
1. « Chimie qui traite », du grec *iatros* : médecin, du latin *iatria* : guérison, qui a donné le suffixe -iatre (pédiatre, psychiatre...) et l'adjectif iatrogène (ce qui est déclenché par les traitements).
 2. Cl. MILANESI, *Mort apparente, mort imparfaite. Médecine et mentalités au XVIII^e siècle*, Paris, Payot, 1991 (1989), discutant les travaux de J.B. WINSLOW, *Quaestio medico-chirurgica... An mortis incertae signa minus incerta a chirurgicis, quam ab aliis experimentis ?* 1740, traduit par J-J. BRUHIER, *Dissertation sur l'incertitude des signes de mort et l'abus d'enterremens et des embaumemens précipités*, Paris, 2 volumes, 1742-1745.
 3. Pour un exemple : I. LÖWY, « La standardisation de l'inconnu : les protocoles thérapeutiques en cancérologie », *Techniques & Culture*, n° 25-26, 1995, p. 73-108.

de la clairvoyance) ne peuvent se penser et se faire sans démarche de recherche et mise en évidence (signes), cas à évaluer et délimitation d'un champ de diagnostic, expériences de soins et enjeux de guérison. .

Le Siècle des Lumières prépare avec les naturalistes et leurs observations classificatrices de la « Nature », les premières théories sur les origines de l'homme¹ mises en rapport avec celles des autres êtres vivants, végétaux et animaux. Linné est considéré comme le fondateur de l'histoire naturelle moderne, et d'une méthode de classement toujours utilisée pour « catégoriser » le vivant — dont l'être humain — en classes, ordres, genres, espèces ; on parlera également de « taxinomie » : modélisation par mise en ordre et hiérarchisation selon des taxons, unités-tiroirs posées selon quelques critères et dans lesquelles on répartit tous les autres échantillons recueillis. Buffon sera lui plus circonspect pour classer mais le modèle reste l'europpéen —l'homme habitant les zones tempérées, dominant ses instincts— et sa civilisation (lois, culture...).

B La recherche de l'Autre et l'organisation de l'humain.

Toujours dans les développements des idées anthropologiques, replacées dans l'évolution des savoirs et des sciences, la « découverte inopinée » de l'autre se transforme en « recherche » de l'autre, une curiosité non plus fortuite et anecdotique mais se voulant organisée, scientifique par l'observation, le recueil diversifié de données (notes, objets, végétaux...) et leur enregistrement pour un savoir élaboré. A la suite des philosophes, de leurs interrogations sur l'homme et la société, se développent les premiers voyages dits ethnographiques. L'ensemble des textes de la Société des observateurs de l'Homme (1799), remis à jour par les ethnologues Jean Copans et Jean Jamin, «marque la transition de l'humanisme des Lumières au positivisme de l'objectivation —et de la colonisation»². Elle réunissait des naturalistes, zoologues, minéralogues (Cuvier, Jussieu), des philosophes, des médecins (Cabanis, Pinel), des explorateurs (Bougainville), des historiens.. Deux voies vont en sortir, qui se font écho : celle d'un racisme théorique (ENCADRÉ 5) et celle d'un « évolutionnisme social » (porté par les pionniers de l'ethnologie moderne, « les évolutionnistes », fin XIX^e siècle).

Dans la suite logique du « voir », le XIX^e siècle va être le siècle de l'accumulation de données (de l'expérimentation en grand nombre) et l'apogée de la classification-hiérarchisation : on va « typer » l'homme (en races), ses organes, ses maladies (la « nosologie », pensée sur les mêmes principes taxinomiques que ceux des naturalistes). On citera le chirurgien anatomiste (surtout neuroanatomiste), anthropologue physique, craniologue et racio-logue, Paul Broca et le médecin aliéniste et criminologue Cesare Lombroso.. L'idée de race, ses vieux déterminismes ethnocentriques liés à la « terre » et

-
1. Cf. plus haut B. PELLEGRINI, également Cl. COHEN, *L'Homme des origines, savoirs et fictions en préhistoire*, Paris, Seuil, 1999.
 2. J. COPANS, J. JAMIN (textes réunis et présentés par), *Aux origines de l'anthropologie française*, Paris, J-M Place, 1994.

au « sang », vont constituer un support argumentaire tout puissant chez le savant souvent médecin, c'est la « scientisation de la race ».

Encadré 5

Race, racaliste, raciste.

« Dans un ouvrage récent, Pierre-André Taguieff présente une typologie des différentes interprétations qui ont été données du racisme. Deux grandes thèses contradictoires peuvent être distinguées. Le racisme est :

-soit un phénomène inhérent à la nature humaine, c'est ce que suggèrent des paléontologues comme Stephen Jay Gould ou des historiens, qui considèrent que la haine raciale est présente depuis la nuit des temps au sein de l'espèce humaine ;

-soit un phénomène moderne d'origine européenne [...] Théorie qui présente elle-même trois variantes :

- le racisme est la continuation de formes de "protoracisme" apparues aux débuts de l'âge occidental moderne, où la référence à la "race" traduisait les hiérarchies sociales : c'est le mythe du « sang pur » (Espagne, Portugal du XV^e, XVI^e siècle) ; les légitimations européennes par la couleur de la peau, de l'esclavagisme et de la colonisation* ; la "noblesse de race" (opposé à la noblesse acquise) ; la doctrine aristocratique française dite des races "Gaulois" et "Germain" où le mot signifie "lignage"
- le racisme est le successeur immédiat des classifications des "races humaines" élaborées par les premiers naturalistes-anthropologues (Linné, Buffon, Blumenbach...)
- le racisme est le terme qui désigne, au sens restreint, la doctrine du déterminisme racial des aptitudes et des conduites censée donner un fondement scientifique à la thèse de l'inégalité des races humaines (Comte Gaboriau 1853) »

Sciences Humaines, n°81, 1998, p 40

D'après Pierre André Taguieff, *Le racisme*, Paris, Flammarion, 1997.

Sur le sujet, voir également Jacques Tarrow, *Le racisme*, Paris, Editions Milan, 1995, et les différents travaux d'Albert Memmi.

* *Ndr.* Aux Antilles, comme plus tard dans les Etats américains, les classifications raciales servaient à justifier l'ordre en place : le but était de repérer généalogiquement qui était du côté du maître et qui était du côté de l'esclave ou descendant d'esclave ; dès qu'une origine africaine était trouvée ou supputée dans la généalogie, même lointaine, l'individu était forcément situé du côté « noir », replacé en position de dominé et d'inférieur.

Cette attitude typologique est concomitante des théories de l'évolution. L'évolution biologique s'occupe d'expliquer l'émergence de l'homme mais sert de base à l'explication des différences culturelles selon une échelle allant du bas —le non évolué: le primitif, le non-européen, le colonisé— vers le haut —l'évolué, le civilisé, les sociétés européennes et américaines, industrialisées. La différence est interprétée en terme d'origine, les peuples dits archaïques sont « comme nos ancêtres », en retard. La différence est dans le physique mais aussi dans le psychique (comportements), le social (organisation, modes de vie) et le culturel (croyances, habitudes...) — évolutionnisme social — et se confond avec la notion d'anormalité. On est dans l'idée d'une marche incontournable vers le progrès : tous ceux qui n'y sont pas ne peuvent que disparaître (considérés «par nature» inférieurs) ou s'améliorer, car ils bloqueraient l'espèce humaine dans sa progression ou la feraient dégénérer.

La chute des derniers bastions de résistance autochtone devant l'expansionisme européen et nord-américain confirment les populations européennes dans leur sentiment de supériorité. Racisme populaire et darwinisme social (ou faux darwinisme) viennent étiqueter le sauvage devenu indigène conquis. A la fin de ce XIX^e siècle et à l'aube d'un nouveau siècle où tout semble possible, on va aux cirques indiens voir «Buffalo Bill domptant l'Indien féroce » (Géronimo a vécu plusieurs années dans et de cet emploi) ou aux jardins zoologiques et aux expositions universelles visiter en famille les derniers spécimens d'une *vanishing race* — race en voie d'extinction¹— (comme Ishi, natif amérindien de Californie, mort en 1916). Ce que les historiens P. Blanchard, N. Bancel et S. Lemaire² nomment les «zoos humains» et qui sont, disent-ils, un extraordinaire instrument d'analyse des mentalités de la fin du XIX^e siècle aux années 30. Lieux où le corps du «sauvage» fascine, le mythe d'une sexualité animale, incontrôlable et contaminante s'installe pour les «Noirs» (rejoint les dires sur les populations des Tropiques ou des «mers du sud») et où «le vocabulaire de stigmatisation de la sauvagerie —bestialité, goût du sang, fétichisme obscurantiste, bêtise atavique— est renforcé par une production iconographique d'une violence inouïe, accréditant l'idée d'une sous-humanité stagnante, humanité des confins coloniaux, à la frontière de l'humanité et de l'animalité». La position d'inférieur est hiérarchisée, ainsi les précédents auteurs signalent que l'ambassade de Russie insistait pour que «ses» cosaques invités au Jardin d'Acclimatation ne soient pas confondus avec les «nègres» venus d'Afrique. Ces spectacles et cette démarche populaire sont légitimées par la Société d'Anthropologie de Paris (créée par P. Broca) et la quasi totalité de la communauté scientifique française. Sur place, dans son pays, l'indigène reste un inférieur, mais docile, «domestiqué» que l'on va utiliser dans le «travail forcé» — cheville ouvrière de l'œuvre coloniale française, aboli en 1948 — et qui peut évoluer si on l'éduque et le soigne. Cette démarche utopique d'amélioration (le bien, le bon, le propre, le beau) de l'homme par l'éducation et ces soucis d'ordonnement des corps, des gens, des comportements, trouvent dans l'urbanisation des villes une illustration exemplaire, en particulier pour les villes «nouvelles» coloniales³.

1. L'histoire des minorités amérindiennes nord-américaines et plus largement des Nations autochtones après la deuxième guerre mondiale, montrera le contraire.
2. P.BLANCHARD, N.BANCEL ET S.LEMAIRE «Ces zoos humains de la République coloniale» *Le Monde diplomatique*, août 2000, p. 16-17. cf. également l'article «Zoos humains», *Le Monde*, 16-17 janvier 2000, p. 12. P. BLANCHARD & N. CANCEL, *De l'indigène à l'immigré*, Paris, poche, 1998.
3. Cf. G. VIGARELLO, *Le propre et le sale*, Paris, Seuil, 1985 ; G. WRIGHT et P. RABINOW, «Savoir et pouvoir dans l'urbanisme moderne colonial d'Ernest Hebrard», *Les cahiers de la recherche architecturale*, n°9, 1982, p. 27-43; A.BARGÈS, •1996 « Entre Conformismes et Changements : le monde de la lèpre au Mali » in : *Soigner au pluriel* J. Benoist (ed.), Paris, Editions Karthala, p. 280-313 (Communication, 18-19 nov.1993, Amades, Aix en Provence) , •1997 « Ville africaine, Lèpre et Institution occidentale : la maladie à la confluence de deux pensées », *Histoire et Anthropologie*, n°15, p. 115-122 , •1999-2000 « Maladie chronique et ordre social » In : *Diseases, Cultures and Societies*, A. Guerci (ed.), Gènes, Erga Edizioni, p. 27-38.

Pour ces sociétés européennes, en pleine révolution industrielle, l'indigène de l'intérieur, c'est le peuple, pauvre, malade, «taré» — alcoolique et tuberculeux. La science va donc se pencher sur les «maladies sociales» et ces masses laborieuses que, selon les mêmes logiques de progrès, de développement d'une humanité parfaite, pure¹, et de hantise de la dégénérescence, l'on va contrôler (loi, habitat, enseignement, mariage, naissance) et vouloir assainir (hygiénisme). Ceci témoigne de ce que Michel Foucault appellera le «biopouvoir». Pensée et démarche eugéniste s'expriment dans une médecine de l'amélioration, à replacer dans un contexte social et historique et dont, cependant, on ne peut nier l'importance dans le développement de la santé publique et du système de santé actuels, en particulier pour la prise en charge maternelle et infantile et la lutte contre les maladies infectieuses.

Avancées techniques, microbiologiques, bactériologiques... donnent les preuves pour la majorité d'une médecine scientifique triomphante et confortent le corps médical. Le médecin acquiert une position sociale qui lui permet de mieux s'installer dans les campagnes et de «chasser» le guérisseur (représentant une paysannerie «illettrée et superstitieuse»), concurrent jusque là direct et face à qui, sans légitimité et moyens, il avait peu de prise. Porté également par les changements de la III^e république, il devient avec l'instituteur, le porte parole d'un hymne à la science, un maître à penser, laïque, qui combat les «survivances». Le groupe professionnel s'organise; le médecin devient un notable influent, intégrant les instances centrales du pouvoir (Assemblée Nationale..), pouvant agir par le biais de groupes de pression, des loges maçonniques travaillant sur des dossiers, bases préparatoires de plusieurs lois sanitaires et sociales². Sa position est quasi hégémonique jusqu'au premier quart du XX^e siècle et lui permet de structurer le système de santé et de protection sociale³, il devient expert public aux pouvoirs légitimés par les lois, les structures administratives et les institutions de soins, le monopole de la pratique des soins et la foi en «la Science».

Dans « Knock », campé en 1923 par Jules Romains⁴, on retrouve décodés et stéréotypés tous les mécanismes de cette médecine et de ce personnage du médecin devenu gestionnaire de la santé publique et par extension des populations locales, « dominant le microbe et l'ignorance ». Cette farce souligne également le lien entre contexte social, progrès technique, pouvoir des élites, enjeux sanitaires et montée des idéologies totalitaires.

Tout ceci va être décliné différemment selon les pays et leur situation socio-économique et politique, parfois en eugénisme d'Etat (ENCADRÉ 6).

1. Cf. A. PICHOT, *La société pure*, Paris, Flammarion, 2000.

2. En cela, portées par la tradition du compagnonnage, la région Centre et Tours ont toujours eu une place privilégiée ; citons le médecin Paul Bert, ami de Gambetta.

3. Cf. C. BENSÂÏAH, « Le système de santé français » in : *Introduction aux sciences humaines en médecine*, (P. Bagros, B. de Toffol eds), Paris, Ellipses, 1993, p. 115-132.

4. J. ROMAINS, *Knock ou le triomphe de la médecine*, Paris, Gallimard, 1924, réédité en poche.

Les représentations de cette époque montrant la crainte de la variété, les processus idéologiques et doctrinaires repris par l'ensemble de la société mais portés par quelques uns, associées à des contextes de crise sociale et politique ; tout cela annonce les lois sur la race supérieure (aryanisme) versus l'élimination du sang dit «impur»¹ et la volonté instrumentalisée de «purification» portées par les thèses nazies. L'antisémitisme va se construire comme le racisme (dont le terme apparaît fin du XIX^e siècle). Trois types d'antisémitisme vont se cumuler pour mener aux thèses nazies: l'antisémitisme populaire et populiste (Drumont), l'antisémitisme nationaliste prenant source dans l'antijudaïsme chrétien multiséculaire —celui là même qui venait enflammer les grandes peurs épidémiques du Moyen-Âge— et l'antisémitisme raciste qui se réfère aux théories racialistes intellectualisées de la deuxième moitié du XIX^e siècle : aryanisme et pureté de sang (Vacher de la Pougé.)². Travaillant sur l'histoire de la déviance chez les Modernes, Sander L. Gilman³ explique comment les discours antisémites dévoilent toute une systématisation biologisante de l'accusation : risque de dégénérescence par endogamie s'exprimant de manière résurgente et imprévisible (atavisme), caché dans le physique ou l'esprit ; «profil sanguin», «sexuel» expliquant la tendance «naturelle» à des actes instinctifs et pervers (viol, inceste), délictueux et surnois ; folie , danger et risque de corruption pour les corps et la société. Dans un temps beaucoup plus récent, le sociologue Edgar Morin et son équipe⁴ ont montré comment les mêmes imputations de maladie/mal/danger par des procédés diffamatoires étaient encore tristement opérationnels.

Encadré 6

La vague eugéniste

« Les démocraties ne tuent pas au nom de la race. Toutefois, les récentes révélations sur les stérilisations forcées, réalisées jusqu'à la fin des années 1970 en Suède, sont venues rappeler qu'elles n'ont pas échappé à la tentation eugéniste.

Le public apprenait à l'été 1997 que la Suède avait, jusqu'à la fin des années 1970, poursuivi une politique eugéniste. Entre 1935 et 1976, 60 000 Suédois ont ainsi été stérilisés. La Suède, donc, mais aussi la Suisse, les États-Unis, le Canada et les autres pays scandinaves — tous États éminemment démocratiques — ont recouru aux politiques eugénistes.

L'eugénisme, dans sa définition comme dans ses premières applications concrètes, date de la fin du siècle dernier : tandis qu'un britannique, Galton, en forge le terme en 1883, c'est un professeur de psychiatrie de la clinique universitaire de Zürich-Burghölzli, en Suisse, qui, en 1892, entreprend la castration de certains de ses patients. Les premières décennies du XX^e siècle correspondent à

1. E. CONTE ET C. ESSNER, *La quête de la race : une anthropologie du nazisme*, Paris, Hachette, 1999.
2. Cf. J. TARNERO, 1995, *op. cité*.
3. « Sibling incest, madness, and the "Jews" », *Social research*, vol. 65, n°2, 1998, p.401-433
4. *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil essais, 1998. En 1969, une rumeur circulait à Orléans et désignait des commerçants juifs : leurs boutiques (cabines d'essayage) servaient aux enlèvements de jeunes filles. Cette rumeur était bâtie sur l'association de deux thèmes : la traite des blanches et l'antisémitisme. Le même phénomène s'est reproduit ailleurs en France.

la multiplication de ces expériences isolées, mais surtout à la légalisation d'une pratique destinée, dans l'esprit de ses promoteurs, à éviter la "dégénérescence" de la société. L'État de l'Indiana (États-Unis) vote ainsi en 1907 une loi prévoyant la stérilisation des "criminels confirmés, idiots, imbéciles et violeurs". En 1914, le président de l'Association des psychiatres américains réclame la stérilisation de tous les "déficients à charge" dont les "criminels récidivistes" et les "ivrognes invétérés". En 1923, la loi eugénique du Missouri prévoit même la stérilisation en cas de "vol de poulet" en particulier lorsque l'inculpé possède du "sang nègre" dans les veines. En 1933, vingt sept États américains possèdent une loi de stérilisation ; 50 000 personnes seront stérilisées entre 1907 et 1948. le canton de Vaud, en Suisse, promulgue en 1929, pour une première

fois en Europe, une loi de stérilisation et de castration. Des textes similaires sont adoptés au Danemark (1929), en Norvège (1934), en Finlande (1935) etc.

La seconde guerre mondiale et la révélation des crimes commis par les nazis au nom de l'eugénisme viennent freiner ces pratiques — même si, comme le montre le cas de la Suède, elles ne sont pas moins poursuivies. Le Japon promulgue quant à lui une loi de stérilisation et avortement eugénique en 1958. Aujourd'hui l'eugénisme est officiellement condamné dans la plupart des États démocratiques.

En 1995, la Chine communiste a promulgué une loi destinée à "améliorer la qualité de la population des nouveaux-nés" qui prévoit la stérilisation des handicapés et l'avortement eugénique forcé ».

Benoit Massin, « La science nazie : l'extermination des marginaux », *L'Histoire*, n°217, 1998, p. 52-59 (citation page 56)

Pour des questionnements liés à la pratique psychiatrique, voir la discussion de A. GIAMI et C. LAVIGNE sur « La stérilisation des femmes handicapées mentales et le consentement libre et éclairé », *Revue de médecine psychosomatique*, 1993, n°35, p. 35-46, et plus récemment A. GIAMI et H. LERIDO, *Lesenjeux de la stérilisation*, Paris, Inserm et Puf, 2000.

A la construction sociale d'un humain hiérarchisé et des « anormaux » (Cf. plus loin), aux expressions médicalisées d'un eugénisme d'Etat vont suivre dans l'Allemagne hitlérienne la stérilisation puis l'élimination des « asociaux » et des internés psychiatriques « indignes de vivre » (programme T4), la reproduction humaine organisée des « meilleurs » et les camps d'extermination, ceux de la Shoah, où l'humain fut diffamé, « chosifié » et exploité jusque dans sa chair¹. Le Programme T4 dit « euthanasia », dont la documentation a été mise à jour par Ernst Klee en 1985², a débuté effectivement en 1938 et été stoppé en 1941 (relayé par l'opération 14f13 et la « solution finale »)³. Étaient concernées les personnes des hôpitaux psychia-

1. Entre autres sources, cf. Endless, Centre de la Documentation Juive Contemporaine C.D.J.C. et al, *L'histoire de la Shoah (de la persécution à l'extermination des Juifs d'Europe)*, Cd-Rom, Paris, Softissimo, 1997.
2. Du fait d'un accès aux documents longtemps rendu difficile, les ouvrages sur les Archives de la médecine nazie datent d'une quinzaine d'années seulement. Citons ceux de E. KLEE, *La médecine nazie et ses victimes*, Paris, Solin, Actes sud, 1999 et de P. WEINDLING qui permet de comprendre l'installation de cette « médecine » : *L'Hygiène raciale de la race*, tome 1 : « Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1933 », Paris, La Découverte, 1998.
3. « Les premières chambres à gaz, au monoxyde de carbone, furent mises en place pour l'euthanasie des malades mentaux lors de l'opération T4. Après "l'arrêt" d'août 1941, elles furent utilisées, ainsi que leur personnel médical, pour l'opération 14f13 destinée à « nettoyer » les camps de concentration des improductifs. Ce sont les psychiatres et médecins experts de T4 comme Heyde, Nitsche... qui firent les premières « sélections » dans les camps. Les trois premiers camps d'extermination des Juifs (Belzec, Sobibor,

triques: personnes « dérangées » ou séniles, criminels en traitement, malades étrangers ou « d'origine raciale impure»... L'organisation des centres d'euthanasie concernait toutes les instances administratives, médicales et politiques du Reich et leur personnel; tout rouage du système avait une fonction jusqu'à la récupération des biens personnels et celle des organes humains dans les centres de recherche, les industries, les facultés et les musées¹. Ce sujet m'a servi de support aux Enseignements Dirigés de Pcem1 pour traiter du pouvoir (médical), de l'autorité (soumission à) et de l'éthique (ENCADRÉ 7). Ces thèmes suscitent des interrogations essentielles et toujours actuelles ; ils peuvent paraître anecdotiques et provocants si on se place dans la logique d'un ordre normatif, occultant son passé. Le corps médical allemand et plus particulièrement les psychiatres ont massivement adhéré au parti nazi et participé à la «biocratie» du III^e Reich ; cette implication du corps médical dans les régimes totalitaires n'a pas été le propre de l'Allemagne (Alexis Carrel et Vichy); après la deuxième guerre mondiale, on retrouvera à la tête de grands instituts de recherche en génétique (en Allemagne et à l'étranger) les principaux acteurs institutionnels en matière d'eugénisme d'avant 1945².

Encadré 7 Essais sur l'homme

« 9 décembre 1946. La guerre est finie depuis plus d'un an. Face au tribunal militaire américain se retrouvent un certain nombre de médecins allemands qui ont participé, depuis 1934, à des recherches cruelles à visées médicales ou militaires sur des prisonniers et des déportés, ainsi que sur des malades mentaux. Josef Mengele, médecin, généticien et anthropologue nazi, est absent. Il a fui à la fin du conflit.

Une analyse superficielle de leurs crimes amènerait à n'en faire qu'un exemple particulier de la barbarie nazie. En réalité, les actes que l'on juge aujourd'hui nous convient à une descente graduelle du répréhensible au mal absolu. En haut de la pente, des médecins testent des vaccins contre le typhus et des traitements anti-infectieux sur des prisonniers spontanément infectés. Pour se défendre, ils rappellent que de tels essais chez l'homme sont menés dans tous les pays. La France elle-même a expérimenté un vaccin contre la fièvre jaune au Brésil en 1903 : de nombreux sujets testés devaient mourir.

S'engageant plus en avant dans le gouffre du mal, d'autres médecins cherchent à améliorer le traitement des gangrènes gazeuses auxquelles les soldats allemands, sur le front, paient un lourd tribut ; ils provoquent d'abominables plaies chez des femmes déportées, les infectent avec des produits contaminants et expérimentent divers traitements. Un médecin qui a inventé un instrument permettant de prélever des échantillons de foie le teste sur des déportés éveillés. La

Treblinka) furent mis en place grâce au *know how* technique acquis pendant l'euthanasie » B. MASSIN, « L'euthanasie psychiatrique sous le III^e Reich, la question de l'eugénisme », *L'Information psychiatrique*, n°8, 1996, p. 822.

1. Cf. T. FERRAL, H. BRUNSWIC et A. HENRY, *Médecine et nazisme, considérations actuelles*, 1998.
2. « Un médecin homme sur deux de la période 1925-1945 était inscrit au NSDAP [parti nazi]. Si on compte en plus la SA, la SS et la Ligue des médecins nazis, 69%, soit plus des deux tiers des médecins, selon M. Kater, étaient membres d'au moins une de ces quatre organisations nazies. Dans les universités, le taux d'adhésion au NSDAP des professeurs de la faculté de médecine dépasse souvent les 80% [surtout les plus jeunes]» (B. MASSIN, 1996, *op.cité*, p. 821)

plupart en meurent. Et, pour en revenir à Josef Mengele, celui-ci se livre à des expériences sur des enfants vivants, des jumeaux, dont il envoie ensuite des pièces anatomiques à l'Institut d'Anthropologie, de Génétique humaine et d'Eugénisme à Berlin. Il fait également extraire des fœtus de femmes enceintes pour poursuivre ses observations sur le développement de l'embryon.

Tout au long de cette échelle de l'abominable, et au-delà de ce qu'elle doit au fanatisme nazi, *on devine une triade de motivations*, dont se réclament en fait tous les scientifiques désirant expérimenter sur des personnes : la passion scientifique, la dimension humanitaire ou utilitaire des recherches, et la négation d'une humanité suffisante... ou prometteuse chez des sujets-objets des expériences. *Cette déconsidération* des personnes peut être fondée sur leur qualité "raciale", leur situation pénale... ou leur état de santé.

Il existe en fait comme un continuum entre l'expérimentation médicale qui vaudra à son auteur une renommée internationale et ce que jugeait le tribunal de Nuremberg, et qui aujourd'hui encore me glace d'effroi. Cela exige, de la part des médecins et des biologistes, une attention vigilante à la hiérarchie des valeurs à respecter dans les recherches sur l'homme.

C'est à quoi s'efforça le tribunal américain, horrifié de ce qu'il avait découvert. Le produit de cette réflexion est connu sous le nom de Code de Nuremberg, qui constitue un extrait du jugement rendu en 1947. Complété par de nombreux textes internationaux ultérieurs, le Code de Nuremberg demeure un moment essentiel où se rencontrent l'aspiration scientifique et l'exigence humaniste. Pour le siècle prochain, en faire respecter les principes partout dans le monde reste un combat prioritaire, un devoir envers toutes les personnes fragilisées, en particulier par leur état de santé ou leur pauvreté »

Axel Kahn (médecin et généticien), « Les savants diaboliques de Hitler », numéro spécial du *Nouvel Observateur* 23-29 décembre 1999, p. 23

L'historien Mark Levene¹ explique le génocide, expression ethnocentrique extrême, comme l'acte de régimes désespérés où le groupe désigné est perçu par l'Etat criminel comme un corps étranger, perturbateur, à éliminer. Les thèses tentant de décrypter l'indicible ne s'excluent pas et tout un faisceau de facteurs existe dont l'émergence n'a été ni spontanée ni accidentelle: de la manifestation d'idéologies totalisantes basées sur de vieilles représentations culturelles (impliquant donc des valeurs prégnantes, dont on ne devrait pas sous-estimer le potentiel d'expression) à la mise en route d'un système administratif, froid où l'individu discipliné devient rouage d'une mécanique et d'une rationalité qui le dépasserait («la banalité du mal» selon Hannah Arendt, le crime de bureau par soumission à l'autorité: «l'obéissance» expérimentée par le psychologue Stanley Milgram²). La personne du médecin —charismatique ou ego-centrée— les mécanismes propres à sa fonction et sa place sociale s'ajoutent à cela pour mener au personnage qu'il a pu et/ou su devenir au sein des instances décisionnelles nazies et de l'univers des camps —dont l'archétype est Josef Mengele— et à la «médecine de sélection» qu'il y a mené, le plus souvent de manière avertie et pensée.

1. *Les génocides : une particularité du XXe siècle*, nov. 2000, Université de Tous Les Savoirs (UTLS), Paris, Conservatoire National des Arts et Métiers CNAM, série de conférences retransmises par divers médias.
2. H. ARENDT, *Eichmann à Jérusalem, rapport sur la banalité du mal*, Paris, Gallimard 1966 ; S. MILGRAM, *Soumission à l'autorité*, Paris, Calmann-Lévy, 1990 (1974) et le film *Obedience* produit par Stanley Milgram (Department of Psychology, Yale University), A New York University Film Library, 1974.

Comme conséquence historique des théories et doctrines totalitaires passées, le code de Nuremberg (ENCADRÉ 8) demeure un moment essentiel car, associé à la Déclaration Universelle des Droits de l'homme (1948), il a permis de poser les bases de réflexion pour l'élaboration d'un code de déontologie (code professionnel), de lois sur l'éthique¹ (expérimentation/essais sur l'homme, conduites des soins, relations médecin-patient) et de structures pour les appliquer (comités régionaux d'éthique, Comité Consultatif National d'Éthique...) ; c'est-à-dire d'une possibilité de s'opposer aux dérives médicales et scientifiques, de préserver les droits de la personne, surtout quand elle est malade, en s'assurant de son consentement volontaire, libre et éclairé.

Encadré 8

Le Code de Nuremberg (1947)

Le Code de Nuremberg prescrit le respect des règles suivantes lors d'expérimentations cliniques:

1. Il est absolument essentiel d'obtenir le consentement volontaire du malade.
2. L'essai entrepris doit être susceptible de fournir des résultats importants pour le bien de la société, qu'aucune autre méthode ne pourrait donner.
3. L'essai doit être entrepris à la lumière d'expérimentation animale et des connaissances les plus récentes de la maladie étudiée.
4. L'essai devra être connu pour éviter toute contrainte physique ou morale.
5. Aucun essai ne devra être entrepris, s'il comporte un risque de mort ou d'infirmité sauf peut-être si les médecins eux-mêmes participent à l'essai.
6. Le niveau de risque pris ne devra jamais excéder celui qui correspond à l'importance humanitaire du problème posé.
7. Tout devra être mis en œuvre pour éviter tout effet secondaire à long terme après la fin de l'essai.
8. L'essai devra être dirigé par des personnalités compétentes. Le plus haut niveau de soins et de compétence sera exigé pour toutes les phases de l'essai.
9. Pendant toute la durée de l'essai, le malade volontaire aura la liberté de décider d'arrêter l'essai si celui-ci procure une gêne mentale ou physique et si, de quelque autre façon, la continuation de l'essai lui paraît impossible.
10. L'expérimentateur doit se préparer à arrêter l'essai à tout moment, s'il a des raisons de croire, en toute bonne foi, et après avoir pris les avis plus compétents, que la continuation de l'essai risque d'entraîner la mort ou une infirmité aux malades.

Le vingtième siècle fut le siècle de la spécialisation de la médecine par la performance de plus en plus fine des techniques, la multiplication et la diversification rendues nécessaires des formations et pratiques professionnelles. Ces accès au corps humain (normal et pathologique), à sa compréhension, remettent en question l'idée classique qu'on avait de la personne (du moins en Occident), celle d'une totalité avec des limites nettes. Cette parcelisation et ce trouble des frontières s'expriment tant dans son exploration que dans l'emploi qu'on en fait, alors même que les attentes en matière de santé

1. Cf. le site du Comité Consultatif National d'Éthique <http://www.ccne-ethique.org> ; le site du Réseau d'information et de diffusion des connaissances en éthique médicale de l'Inserm <http://www.inserm.fr/ethique>.

révèlent un désir puissant et utopique d'un corps parfait¹. Son usage à des fins expérimentales (de connaissance) se mêle à celui à des fins médicales (d'amélioration, de guérison)². L'évolution de l'imagerie médicale témoigne des ambivalences en cours : une approche anatomique se virtualisant à l'extrême — demandant, pour l'examen comme pour l'interprétation, des connaissances technologiques et des compétences perceptives / cognitives pointues — mais permettant de montrer, de visualiser l'homme vivant en coupes et temps réel (IRM ou Imagerie par Résonance Magnétique). L'actualité, que se soit par l'expression macromoléculaire (prion) des craintes récurrentes de la souillure, mêlant à la contagion (altérité, extériorité, discontinuité), l'incorporation (alimentation, transformation, identification) et le génétique (identité, intimité, continuité), ou que ce soit par les exigences prédictives des personnes et des juges³, nous donne à voir de nouveaux exemples de cette intrication entre biologie et société, entre science et société. L'anthropologie y trouve des questionnements sur la manière dont les représentations actuelles qu'ont les populations de leur futur — associant le vivant, les techniques et leurs potentialités pressenties « cela va se faire... cela est possible » — fonctionnent, circulent, influent et produisent finalement des effets sociaux et politiques, et comment les réponses varient d'un contexte à l'autre⁴. Les approches essentialistes et moralisatrices sont à tempérer car elles occultent la réalité et le pragmatisme technologique est à examiner car il est du social. Ce qui fait signe pour les professionnels et pour le public doit être continuellement évalué, comparé, discuté, apprécié, par et dans son contexte ; la compréhension n'est pas spéculation mais moyen d'action.

III. Éléments ethnologiques et sociologiques

A la suite de ce cadrage historique, revenons au XIX^e siècle pour situer les premiers théoriciens de l'ethnologie et de la sociologie modernes, puis pour aborder quelques grands acquis de ces sciences. L'émergence de la sociologie s'ancre dans les sociétés occidentales, dans ce siècle de la révolution industrielle, de l'urbanisation et des migrations, de la crise des valeurs anciennes et de la dislocation des anciens cadres sociaux, du capitalisme et du passage à de nouvelles formes de travail et d'organisation sociale (classes sociales). A la suite de diverses études sur la ville, les conditions de vie et

1. L. SFEZ (entretien avec), « L'utopie d'un corps parfait », *Esprit*, n°2 (La santé, à quel prix?), 1997, p. 43-55.
2. Cf. D. FOLSCHER, B. FEUILLET LE MINTIER, JF. MATTEI, *Philosophie et droit de l'éthique médicale*, Paris, PUF, 1997.
3. « Arrêt Perruche » (Cour de cassation, nov. 2000) suite au procès de parents d'un adolescent porteur de séquelles graves de rubéole congénitale à l'encontre des médecins échographistes et à la demande d'indemnisation émise par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
4. G. PALLSON et P. RABINOW, « Iceland, the case of a national human genome project », *Anthropology today*, 15, n°5, 1999, p. 14-18.

l'état de santé des « masses populaires » (statisticiens, ingénieurs, médecins...), à replacer dans une optique d'hygiène sociale, Durkheim (1858-1917) pose les bases d'une méthode rigoureuse de collecte de données et d'analyse, organise la discipline sociologique en fondant une école de pensée et un enseignement officiel à la Sorbonne. Son approche est nouvelle par le refus de l'ethno(europeo)centrisme et par celui d'expliquer les mécanismes sociaux et les comportements humains sous l'angle du biologique. Rappelons les théories des anthropologues physiques, des aliénistes et des ethnologues-évolutionnistes, celles de la race, de la dégénérescence et d'un évolutionnisme social. La biologie (lois naturelles) expliquait la culture ; pour pouvoir observer la culture (la société), il fallait la couper de cette nature¹.

Durkheim complétera ses travaux avec ceux des ethnologues de terrain, surtout anglosaxons, comme Malinowski (1884-1942) dans le Pacifique occidental. Par ses études statistiques sur le suicide, il révèle des régularités ne s'expliquant que par des lois sociales, et soustrait le suicide d'une explication individuelle, psychologique, biologique. Ces faits sociaux « consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir extérieures à l'individu et qui sont doués d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui »². Ils dépassent, dominant la conscience individuelle comme des forces qui agissent sur l'individu du dehors, « on est » et « on naît » soumis à celles-ci. Ils doivent être posés comme des choses pour être analysés. Il faut pour cela en faire l'étude en observateur impartial : éviter, critiquer les « prénotions », ces jugements rapides auto-centrés, et reformuler les questions. La sociologie durkheimienne est déterministe, la morale y tient une grande place : l'individu est largement déterminé par sa société qui s'exerce pour lui comme une « contrainte », mais cette contrainte reste inaperçue car les règles ont été intériorisées par l'individu dans le processus de socialisation. Les taux de suicide varient en fonction des appartenances, des normes du groupe social et également des changements sociaux. Dans le contexte du XIX^e siècle rappelé plus haut, le suicide — ce fait social — apparaît comme un révélateur des bouleversements socioéconomiques, du déclin des valeurs, de l'individualisme, des pertes des repères, des failles dans les opérateurs traditionnels (religion, morale, école, famille) de la solidarité, du lien social (ENCADRÉ 9). A la croisée de deux variables — l'intégration et la réglementation — Durkheim détermine plusieurs types de suicides³ et introduit l'idée « d'anomie » comme incapacité à avoir des repères et à mettre des limites à ses aspirations. L'ouvrage de Durkheim est un « livre vivant »⁴ dans le sens où la mise à disposition des données permet de les rediscuter. Le diagnostic

1. L. MUCCHIELLI, « Durkheim et la révolution des sciences humaines » *La Recherche*, vol. 25, n°268, 1994, p. 896-902.
2. E. DURKHEIM, *Le suicide*, Paris, Quadrige/PUF, 1997 (Alcan, 1897), p. 159-17
3. Suicide altruiste, suicide fataliste, suicide anémique, suicide égoïste ; pour une schématisation, cf. J. ETIENNE et al, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Hatier, 1995, p. 100.
4. C. BAUDELLOT, R. ESTABLET, *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF, 1996.

posé par Durkheim sur les sociétés industrielles fait l'objet d'actualisation permanente, de réfutations et de vérifications successives ; si les observations sont justes, elles changent de nature et l'analyse du suicide ne doit éviter ni les variables individuelles, psychologiques (passé familial, propensions au désespoir, au sentiment d'inutilité...) ni les variables physiologiques (certains psychiatres le place dans le cadre pathologique de la dépression): « le suicide est un exemple de complémentarité méthodologique »¹. Dans son souci d'autonomiser l'étude du social, Durkheim a évacué ces dernières variables.

Parlant du suicide, Maurice Halbwachs, élève de Bergson et Durkheim, qui a travaillé sur la notion d'espace social et de mémoire collective, revenait déjà sur l'analyse de son aîné :

*« c'est qu'il y a dans cette façon de reprendre congé de ses semblables, un mélange apparent de libre choix et de fatalité, de résolution et de passivité, de lucidité et d'égarement, qui nous déconcerte »*².

Encadré 9

Le suicide, l'anomie, la contrainte comme lien social

Dans le chapitre qu'il consacre au « suicide égoïste », Emile Durkheim examine les différences des statistiques en fonction des groupes sociaux, du sexe, des confessions religieuses (catholique, protestante et juive) ; dans les deux premières, il montre que le haut taux de suicide chez les protestants est en rapport avec une place plus grande faite au libre examen et une moins grande hiérarchisation du clergé (Angleterre), et note une plus grande place pour la variation à la différence de la pensée catholique (de l'époque). Cette part plus grande pour la pensée individuelle diminue, selon lui, la cohésion et la vitalité du groupe. Les taux bas pour la population juive se trouvent expliqués par les sentiments de solidarité développés face à l'animosité générale, à l'impossibilité de communiquer librement avec le reste de la population, poussant les personnes à une vie communautaire plus cohérente, compacte et un sentiment plus vif d'unité (sic)... d'où, rajoute Durkheim, un faible penchant pour le suicide en dépit des circonstances de toute sorte qui devraient au contraire les y incliner.

Cette démonstration de faits sociaux dépassant l'individu, dément les arguments racialistes et antisémites de l'époque qui tendaient à enfermer certains groupes et individus dans un déterminisme biologique, une « nature » (Cf. plus haut).

« Les professions libérales et, plus généralement, les classes aisées sont certainement celles où le goût de la science est le plus vivement ressenti et où l'on vit le plus d'une vie intellectuelle. Or, quoique la statistique du suicide par professions et par classes ne puisse pas être toujours établie avec une suffisante précision, il est incontestable qu'il est exceptionnellement fréquent dans les classes les plus élevées de la société. En France, de 1826 à 1880, ce sont les professions libérales qui tiennent la tête [...] En second lieu, nous avons vu que, dans tous les pays du monde, la femme se suicide beaucoup moins que l'homme. Or elle est aussi beaucoup moins instruite. Essentiellement traditionaliste, elle règle sa conduite d'après les croyances établies et n'a pas de grands besoins intellectuels [...] L'Angleterre, il (le taux d'illettrisme) est bien moindre que dans les autres pays d'Europe [...] Mais l'Angleterre est aussi le pays où la femme se rapproche plus

1. Cf. *Sciences humaines* n°35, 1994.

2. B. KARSENTI, *Marcel Mauss. Le fait social total*, Paris, PUF, 1994, citant M. HALBWACHS, *Les causes de suicides*, Alcan, 1930, p.1

de l'homme pour le suicide. *[Il finit avec les États-Unis où les conditions de l'expérience sont presque renversées].*

Il y a cependant un cas où il pourrait sembler que notre loi ne se vérifie pas. De toutes les confessions religieuses, le judaïsme est celle où on se tue le moins ; et pourtant, il n'en est pas où l'instruction soit plus répandue. Déjà sous le rapport des connaissances élémentaires, les juifs [sans majuscule dans le texte original] sont pour le moins au même niveau que les protestants [...] mais c'est surtout à l'enseignement secondaire et supérieur que les juifs participent proportionnellement plus que les membres des autres cultes [...] C'est une loi générale que les minorités religieuses, pour pouvoir se maintenir plus sûrement contre les haines dont ils sont l'objet ou simplement par suite d'une sorte d'émulation, s'efforcent d'être supérieurs en savoir aux populations qui les entourent. C'est ainsi que les protestants eux-mêmes montrent d'autant plus de goût pour la science qu'ils sont une moindre partie de la population générale. Le juif cherche donc à s'instruire [...] simplement pour être mieux armé dans la lutte. C'est pour lui un moyen de compenser la situation désavantageuse que lui fait l'opinion et, quelquefois, la loi. Et, comme par elle-même, la science ne peut rien sur la tradition qui a gardé toute sa vigueur, il superpose cette vie intellectuelle à son activité coutumière sans que la première entame la seconde [...] Il joint ainsi les avantages de la forte discipline qui caractérise les petits groupements d'autrefois aux bienfaits de la culture intense dont nos grandes sociétés actuelles ont le privilège.»

Emile Durkheim, *Le suicide*, Paris, Quadrige/PUF, 1997 (Alcan, 1897), p. 159-170

L'ethnologie moderne va se structurer différemment selon les pays, avec en France, Marcel Mauss (1872-1950) — l'école émerge tardivement, suivront les africanistes avec Marcel Griaule, et les structuralistes après la seconde guerre mondiale avec Claude Lévi-Strauss —, plus tôt en Angleterre et aux USA (Franz Boas, Bronislaw Malinowski, Alfred Kroeber...). Mauss vient de la sociologie mais apporte un regard plus excentré, passant par des sociétés autres, d'ailleurs, « primitives », et par une étude des faits culturels, en particulier les formes de vie religieuse, la magie — dans ce cadre, il aborde forcément différents usages en particulier corporels. Comme Durkheim, la rupture épistémologique d'avec la pensée des évolutionnistes et les modes ethnographiques des missionnaires ou administrateurs de colonies, repose sur le décentrement du regard :

« L'anthropologie scientifique a commencé à exister en Occident lorsque quelqu'un est parvenu à décentrer son regard, sa pensée, par rapport aux catégories de sa culture et est devenu capable de reconnaître l'existence de logiques mentales et sociales différentes de la sienne. Il faut constamment travailler sur soi pour se détacher des idées et valeurs de sa propre société qui empêchent, dans un premier temps, d'aborder l'autre dans son identité. Cette exigence ne pèse pas seulement sur l'anthropologue : les historiens également doivent s'y soumettre sous peine de projeter le présent dans le passé et de reconstruire des images anachroniques d'époques disparues. Dans ce travail de distanciation critique par rapport à soi et de reconstitution de logiques différentes, peu à peu les actes des autres apparaissent sous un jour nouveau »¹.

1. M. GODELIER, «Le nouvel âge de l'anthropologie». *Le Monde des Débats*, septembre 2000, p. 34-36 ; revoir aussi les propos de J. Pouillon dans l'ENCADRÉ 2.

Ce décentrement sera le socle d'une méthode ethnographique de terrain, « l'observation participante », expérimentée par Malinowski, et qui exige de vivre « dans » la société d'accueil, de s'imprégner de la culture et de sa langue, rentrer dans les systèmes de références des populations étudiés afin d'éviter toute espèce de jugement. L'observateur deviendrait ainsi plus transparent, plus identique, plus spontané. Dans ce quotidien, la société — si étrange, exotique et idéalisée soit-elle au départ — se révèle banale voire insignifiante par beaucoup de ses aspects : elle aussi devient plus identique à l'observateur. La disparition du sentiment d'étrangeté expose à une moindre attention et observation. Sentiments communs à beaucoup d'ethnologues comme Germaine Tillion qui décrivait son premier contact avec l'Aurès et les populations berbères Chaouïa : « je m'attendais à trouver des sauvages, donc des gens sublimes, et je retrouve... la France paysanne ! Il n'y a guère que les parlars qui étaient différents »¹.

La démarche est identique quand on aborde les représentations de la maladie ou du malade dans un groupe social, un groupe culturel différent de celui de l'observateur ou tout simplement quand on essaie de comprendre les systèmes de pensée et de fonctionnement du grand public et des patients en matière de soins, qui paraissent souvent « illogiques », « irrationnels » aux professionnels médicaux. De même, les regards portés par la médecine et la culture de référence sur certains comportements (ici face à la douleur, ENCADRÉ 10) les placent —et avec eux les personnes et le groupe auquel elles sont rattachées— du côté du non-conforme, du rustre ou de l'inculte (qui « ne sait pas se tenir »), à rectifier.

Encadré 10
Regards médicaux et culture

Dans les années 50, le sociologue américain Zborowski montrera l'influence culturelle dans la perception et l'expression de la douleur dans quatre populations d'origine italienne, juive, irlandaise et « de vieille souche américaine » et se penchera sur les regards à leur égard. Les malades d'origine italienne ou Juifs venus d'Europe de l'Est présentaient une sensibilité jugée excessive, une tendance à l'émotivité et à la dramatisation mais qui s'expliquait par des codes, des valeurs, des normes sociales et culturelles ainsi « la douleur est une manière de solliciter l'attention et les soins, d'être rassuré en permanence. Toute la famille participe à l'épreuve » (Ces études sont à replacer dans le contexte de l'ethnicité nord-américaine).

On peut faire un parallèle avec le dit « syndrome méditerranéen » utilisé en France et qui vient souvent qualifier et préjuger les comportements face à la souffrance de personnes d'origine maghrébine, du pourtour méditerranéen.

« Ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins ou les infirmières qui projettent leurs valeurs, et souvent leurs préjugés, sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge. Selon Zborowski, les médecins décrivent comme "exagérées" les attitudes des malades italiens et juifs, sans comprendre le caractère culturel de leur jugement qui absolutise une manière parmi d'autres de concevoir la relation à la douleur (1). "D'après notre matériel, dit Zborowski, on peut penser que (le milieu médical) tend vraiment à minimiser la souffrance effective du malade italien et juif, sans se soucier de savoir s'il

1. *Le Monde*, 10-11 sept. 2000, p 13.

détient les critères objectifs pour évaluer le degré réel de la souffrance du malade. Il semble que la manifestation incontrôlée de réaction à la douleur telle qu'elle apparaît chez le malade juif et italien provoque la méfiance et non la compassion dans la civilisation américaine". Si la douleur n'est ni proportionnelle à la gravité d'une lésion, ni déductible sans ambiguïté des déclarations du patient dont la plainte est dépendante d'une lecture particulière de ses contenus corporels, le rôle du médecin consiste à évaluer la nature des symptômes en tenant compte du contexte social et culturel du patient. Aucune terre vierge marquée par la pure organicité où le médecin aurait enfin accès à une vérité sans équivoque de la maladie ou de la lésion. Le médecin, non moins que le patient, projette ses catégories morales et culturelles sur les symptômes. »

David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995, p. 136-137

(1) M. Zborowski «Cultural components in response to pain» *Journal of social issues*, n°8, 1952, p. 16-30 (article traduit par F. Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972).

Mauss développera, quant à lui, le concept de « fait social total » (1923-24). Son « Essai sur le don » s'appuie sur l'étude du *potlatch*, institution cérémoniale ostentatoire et agonistique développée par les cultures amérindiennes de la côte Ouest des Etats-Unis décrite par Boas, et du *kula*, système complexe et cyclique d'échanges entre les habitants de l'archipel des Trobriand (au large de la Nouvelle-Guinée) décrit par Malinowski. Son regard essaie de saisir le social dans une dynamique qui mobilise « dans certains cas la totalité de la société et de ses institutions » et concerne différentes dimensions (économique, symbolique, politique, religieuse..). Dans ce sens, la maladie, la mort sont aussi des faits sociaux mais également des faits totaux, qui permettent « d'apercevoir le groupe entier et son comportement tout entier ». A la contrainte décrite par Durkheim comme seul déterminant du lien social, il ajoute comme autre élément de compréhension l'échange, le « contrat ».

Tout en dégageant, comme ce dernier, l'étude des phénomènes sociaux de l'explication biologique, les travaux de Mauss ne vont pas éviter l'évidence du corps. L'étude des systèmes de croyances et leurs modes d'expression dans les pratiques l'inclinent à comprendre des phénomènes de dépérissement, de décès jugés étranges (qu'il nomme «thanatomanie») car restant inexplicables par la médecine et qui sont à l'interface du psychique, du symbolique et du social, et qu'il développe dans un chapitre intitulé « l'Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité ». Il dissocie bien son propos du suicide : un individu qui a le sentiment d'avoir pêché, rompu un interdit religieux et social (tabou), se croit « enchanté », ensorcelé, empoisonné par un esprit (et la méchanceté de quelqu'un) ou touché par une « force » supérieure, et se laisse mourir... pour mourir effectivement. Il y a action directe du social sur le psychique, c'est un désaccord fondamental qui l'empêche de vivre, il meurt sans maladie apparente. Il note que ces faits sont aussi de ces « faits totaux » qu'il faut étudier, en effet « la considération du psychique ou mieux du psycho-organique ne suffit pas ici, même pour décrire le complexe entier. Il y faut la considération du social. Inversement, la seule étude de fragment de notre vie qui est notre vie en société ne suffit pas. On voit ici comment "l'homo duplex" de Durkheim se situe avec plus de précision... ces faits confirment et étendent la théorie du

suicide anémique que Durkheim a exposée »¹. Citons quelques exemples de l'époque: en Nouvelle-Zélande, les morts par magie sont très nombreuses; la mort par péché mortel est très fréquente en pays Maori ; en Malaisie, les individus « courent l'*amok* » (énergie dangereuse, mortelle) : après la mort d'un proche, les individus en viennent à vouloir tuer un grand nombre de personnes jusqu'à ce qu'ils soient eux aussi exécutés. Mauss relativise en prenant des exemples occidentaux et montre combien l'individu, la personne se définit, existe entre inconscient et collectivité. Les descriptions de l'époque passent par des termes comme « hystérie »², « dépression » ou « mélancolie », donc par le filtre de l'explication et la catégorisation médicale, psychiatrique, oscillant entre maladies des nerfs et maladies de l'esprit (folie), et des représentations culturelles occidentales. Ces expressions de mal-être sont à rapprocher de l'étude plus récente des *culture-bound syndroms* de l'anthropologie médicale américaine, phénomènes pathologiques non objectivés par la médecine occidentale, dont l'exemple typique est le *susto* latino-américain³.

Les manifestations, individuelles ou collectives, d'exaltation ou à l'inverse de léthargie, intitulées « possessions », attirent l'attention sur quelques uns et contribuent à les rendre encore plus extra-ordinaires. Ces personnes ainsi désignées expriment une situation sociale difficile, une revendication, un besoin d'attention, un désir de s'élargir des codes en place. La dimension hors normes est là gérée par la société: la possession est ritualisée, située dans l'univers social et symbolique. La perte de valeurs, l'individualisme et les explications médicales ont eu tendance à rendre pathologiques toutes ces manières d'être, du moins en mots : on parle souvent d' «hystérie collective», de «folie» souvent « contagieuse», ou de «catalepsie». Inversement, une maladie comme l'épilepsie sera longtemps associée à la folie⁴ et à la possession par un esprit. Les exemples sont nombreux ; en Europe citons le culte des femmes aboyeuses⁵ ou encore plus

1. M. MAUSS, 1993 (1950), *op. cit.*, p. 329.

2. Le mot « hystérie » renvoie au féminin par son étymologie (utérus, matrice en grec) et servait chez les Anciens à désigner un comportement extraverti, exagéré, déraisonnable, considéré comme une pathologie sexuelle spécifiquement féminine. On recommandait à titre prophylactique le mariage : c'était surtout un moyen de contrôle social de personnes qui généraient du désordre. L'usage du mot pérennisant le sens discriminatoire, cette explication sexuée a conservé un large crédit et est encore repris à titre d'argument, d'autant plus écouté qu'il s'affiche savant. Au Moyen Âge, hystérie était synonyme d'hérésie, de sorcellerie.

3. A.J. RUBEL, C.W. O'NELL, R. COLLADON-ARDON, *Susto, a folk-illness*, Berkeley, University of California Press, 1984.

4. D'ailleurs au XIXe siècle, en France, les épileptiques sont pris en charge par les aliénistes ; le traditionnel «haut mal», «mal *Lunaticus*» est souvent expliqué en terme d'égaré et de dérèglement sexuel et rejoint la syphilis. Cf. O. FAURE, «L'épilepsie entre malheur et maladie : quelques exemples régionaux au XIXe siècle», *le Monde Alpin et Rhodanien*, 1986/87, n°2-4, p. 83-96

5. Culte de possession attesté au XIXe siècle en Bretagne lors des processions de la Vierge, M. ABRAHAM, « Réflexions sur la méthode ethnologique à propos d'un culte de possession » in *Anthropologie sociale et Ethnologie de la France*, no 44-1, 1989,

célèbres, les *tarentati* : les possédées de la tarentule (araignée à la morsure douloureuse mais non mortelle sous ces latitudes). D'où une expression passée dans l'usage populaire pour désigner la personne « folle » : « elle est piquée ». Il n'est pas surprenant qu'au cours de l'histoire occidentale et chrétienne, ces phénomènes mettent en scène essentiellement des femmes, des régions pauvres, des contextes de contrôle social, moral et religieux intense, des périodes de crise, de domination culturelle et d'acculturation.

La *tarenta* ou «tarentisme» est une forme de transe «pagano-chrétienne» se déroulant en Sicile et en Italie du Sud, près de la ville de Tarente. Elle a été intégrée au culte chrétien et les femmes possédées s'adressent à Saint-Paul qui a le pouvoir de soigner, mais l'église l'a ensuite interdite. Dans l'Antiquité, Tarente, dont l'ancêtre éponyme est *Taras*, était connue pour ses cultes grecs dionysiaques et chtoniens. En grec *Tarenttou* signifie «troubler, exciter, bouleverser» et *tarakos*, «désordre et agitation de l'âme». Une des dernières manifestations a été filmée dans la région des Pouilles en 1962, le 28 juin (l'apparition de la nouvelle lune, après le solstice d'été)¹. La musique qui accompagne les *tarentati* a un rythme très rapide, la *tarentelle* est le nom donné à cet air et à une danse, endiablée.

A la re-découverte de travaux ethnographiques anciens — en particulier sur la possession et le chamanisme — et aux questionnements interculturels actuels s'associe l'intérêt grandissant pour les dimensions psychiques, psychédéliques, magiques et ésotériques et l'attrait médiatique. Ces manifestations culturelles sont maintenant également regardées sous l'angle des sciences cognitives, des neurosciences (ENCADRÉ 11a). L'intérêt pour les Gnawa est significatif (ENCADRÉ 11b) ; après les travaux de l'ethnologue Viviane Pâques et du philosophe Georges Lapassade (sur des groupes identiques en Tunisie), ces dernières années ont vu la production de plusieurs ouvrages anthropologiques et ethnopsychiatriques (citons A. Chlyeh et B. Hell pour le Maroc, A. Rahal pour la communauté noire de Tunis) et la multiplication de festivals ethno-musico-touristiques.

p. 267-272 : l'auteur compare les interprétations du prêtre (perpétue un rituel de protection), du folkloriste, du philosophe, du médecin et du médecin-psychiatre.

1. Cf. le film «La tarenta» de Gian Franco MINGOZZI, 1962, diffusée par la SFAV Société Française d'Anthropologie Visuelle (5 rue des Saints-Pères 75006 Paris) et Ernesto DE MARTINO, *La Terre du remords*, Paris, NRF, 1966. Le mot «tarente» désigne aussi le gecko, bête ambivalente, collée au plafond, au cri «humain», très présente dans l'imagerie populaire méditerranéenne (bénéfique) et dans celle d'autres continents (maléfique, monstrueuse) (Cf. A. BARGÈS, *La Grande Maladie. Le sens du trouble et de l'alliance entre institution occidentale, Afrique mandingue, lèpre et modernité*, Thèse de Doctorat d'Anthropologie, Aix-Marseille, 2 tomes, 1997).

Encadré 11a
Du chamanisme à la « tekno-rave »

a) Le regard scientifique : les états modifiés de conscience

« Pour expliquer les états chamaniques, les neurologues et psychologues se sont penchés sur les **phénomènes de transe**. Ils ont montré que les « états de conscience altérée » font partie d'un continuum au cours duquel on passe par plusieurs stades :

- Les premières visions sont constituées de formes géométriques, points, zigzags, que les individus s'efforcent de rationaliser en les transformant en objets de leur propre culture, de leur environnement.
- Après un passage par un **tunnel** ou un **tourbillon** au bout duquel est perçue une vive lumière, arrivent les hallucinations : les surfaces s'animent, la personne voit les images flotter sur les murs et les plafonds, il a la sensation de pouvoir voler, de se transformer en oiseau ou en autre animal... (impressions que l'on rapporte d'expériences initiatiques traditionnelles).

Pour les neuropsychologues, ces stades sont universels et font partie intégrante du système nerveux humain :

- Ils peuvent être atteints par l'absorption de substances diverses, et dans les années 60 en Occident, « les trips » [voyage] au LSD de certains hippies les ont fait connaître [Inspirés par l'usage des substances hallucinogènes traditionnelles (peyotl) des hommes-médecine et shamans amérindiens].
- D'autres moyens permettent aussi d'entrer en transe : la déprivation sensorielle (absence de bruit, de lumière, de sensation physique « on flotte »), à l'inverse des hyperstimulations comme une douleur intense, des danses exténuantes (danse du soleil), des rythmes répétés, sourds rappelant les bruits corporels, impressions lumineuses... des chants psalmodiés, des sons forts et insistants... certaines techniques du corps (apnée, jeûne, manque de sommeil, efforts physiques, danses, sauna/suée...) [**procédés de détachement de soi que l'on trouve dans les initiations traditionnelles**]

d'après « Les modifications des états de conscience »,
Sciences humaines n°68, 1997, p. 41

Ces observations sont inhérentes à l'étude sur la magie et à ce qu'on nomme « l'efficacité symbolique ». La pensée magique¹ obéit à une logique qui est en réalité celle de l'esprit humain. A défaut de pouvoir toujours commander et manipuler les phénomènes matériels, naturels, l'homme les fait exister, les suggère, dans le « langage » et dans le « geste »² : la parole, les mots peuvent se révéler dangereux, par eux-mêmes, pour le sens qu'ils portent, même à distance (on parle en Afrique de l'Ouest de la « mauvaise bouche »), c'est donc aussi la médisance ; l'expression et le regard peuvent perturber une personne, envoûter ou tuer (c'est le fameux « mauvais oeil » craint dans toute la Méditerranée) ; et finalement les hommes interviennent aussi par des actes, directs (empoisonnement) ou indirects (envoûtement), répandus dans le monde entier. Le plus souvent Parole/Expression/Acte sont indissociables ; le fameux « mauvais sort », par exemple, ne se décompose pas : le mauvais désir d'une personne peut le faire exister par le biais de pra-

1. Cf. à ce propos M. ADAM, 1995-96, *op. cité*.

2. Le mot comporte dans ses deux étymologies, l'idée de parole, de sens et de symbole : « un geste » est un mouvement du corps destiné à exprimer quelque chose ; « la geste » des héros ou celle des griots est une histoire faisant revivre un exploit, une conduite, une généalogie.

tiques, de techniques, d'objets mais il ne nécessite pas forcément de support matériel pour agir sur les gens (c'est le cas du *kòròtè* en Afrique de l'Ouest). Parole ou geste, ce sont des signes porteurs de sens, de significations, de systèmes explicatifs, construits et induits par la collectivité, repris à son compte par l'individu qui fonctionne dedans (a incorporé des réactions) qu'il soit subissant ou agissant, ce qui les rend efficaces.

Encadré 11b

Du chamanisme à la « techno-rave »

b) Un exemple : la musique Gnawa

Les Gnawa [genowa, genaoua] forment un groupe culturel/confrérique du Maroc, connu pour leurs femmes-guérisseurs, leurs danses/transes et une musique particulière dans ce pays arabo-berbère. Cette population descend des anciens esclaves africains venus de l'Empire de Guinée au XV^{es} (aujourd'hui Sénégal, Guinée, Mali) voire de l'Éthiopie, déportés comme esclaves au Maroc, en partie destinés aux Amériques (port portugais d'Essaouira). Elle s'est intégrée à la population et à la culture marocaine, avec des fonctions sociales singulières : pratiques de guérison indissociables d'une musique, mélange de chants religieux arabes, de langue d'origine mandingue (bambara, malinké, dioula), de rythmes et d'instruments d'origine ouest-africaine. Ce syncrétisme musical et les formations de musiciens les pratiquant ont un succès sur la scène internationale : world-music, jazz ou techno/tekno (le maître gnawa Hassan Hakmoun, enregistrant avec A.Rudolf depuis 1988, Don Cherry en 1991, invité par Peter Gabriel à Woodstock en 1994).

Le terme **Gnawa** est traduit localement par « noir », on le ferait descendre de Guinée ou Ghana, les régions d'origine ; les Gnawa se nomment eux-mêmes « les gens du tourbillon »(1). Je souligne d'autres données qui situeraient ce mot dans des origines mandingues — *gwan* désigne la forge en langue bambara, le « chaud » ainsi qu'une société d'initiation — et rejoint les interprétations fournies par Viviane Pâques : les Gnawa sont les enfants du Forgeron qui actionne cette grande Forge qu'est le Cosmos (1975, p. 17). Les forgerons ouest-africains ont des fonctions sociales de soignants, de personnes médianes et médiatrices. D'autre part « La forge », le « rouge », désignent aussi le lépreux dans certaines régions ouest-africaines, parce que c'est un personnage **subversif** mais **essentiel** identique au forgeron, suspecté de pouvoirs importants, sorciers et soignants. Rougeur, chaleur, mouvement vibrant, tourbillonnant (en spirale), amertume, matières collantes, gluantes *nògò / nwa [noua]** —frontières troubles, ambivalentes, dégoûtantes et attirantes— sont des symbolismes qui marquent l'univers lépreux qui se confond avec celui du forgeron et stipulent un « entre-deux » mystique et relationnel, humain et non-humain, dérangent mais intercesseur et essentiel (2). Cela rejoint également les figures récurrentes universelles de l'Enfant Terrible, du Tricheur (lièvre, chacal, hyène...) en Afrique, du Décepteur ou du Coyote en Amérique du Nord etc. (3).

Le pouvoir reconnu de guérison de la médecine Gnawa est lié à ces origines. La médecine africaine traditionnelle (subsaharienne) dite « noire » (*farafin*) a pour les cultures limitrophes une réputation d'autant plus puissante, secrète (sombre) et donc aussi dangereuse qu'elle émerge de régions historiquement non-musulmanes (les monts mandingues, le Manden), animistes, et de populations dites *kafiri* (4) (de l'arabe *kafir*, terme péjoratif, des « diables », des païens) par les musulmans.

**Nògò, nwa*, parfois *norò*, désigne quelque chose de mucilagineux, visqueux, collant, souvent perçue dans un sens négatif (sale, salissant), mais pas forcément : ainsi la sauce (dite gluante) *nògòñ* est des plus appréciées. Signalons le terme *enòrò* signifiant le charme qui nimbe une personne et attire les autres.

(1) V. Pâques dans « Le tiers caché du monde dans la conception des Gnawa du Maroc » *Journal de la Société des Africanistes*, 1975, XLV, n°1-2, p. 7-17. Les étudiants en médecine participent également aux intérêts de leur époque : mémoire de H. El Gherak (DCEM1), M SBM, Tours, 2000.

(2) A. Bargès, *La Grande Maladie. Le sens du trouble et de l'alliance entre Institution Occidentale, Afrique mandingue, Lépre et Modernité*, Thèse de Doctorat d'Anthropologie, Aix-Marseille, 2 tomes, 1997 ; chapitres sur : les « hommes rouges », forgeron et chasseur (p. 302-315) ; sur les représentations symboliques,

nosobgiques, étobgiques (p. 336-469) de la maladie chronique et stigmatisante et sur les contes et autres images populaires du malade lépreux, associé à l'épileptique et à l'aveugle (p. 597-618). Prenant la lèpre comme exemple, cet ouvrage concerne d'autres maladies, il a tout particulièrement servi de document d'appui, de terrain et d'analyse, à un travail de doctorat en anthropologie sur l'épilepsie au Mali.

Dans les mythes ouest-africains, il apparaît même un personnage essentiel, celui du forgeron manchot (*bolokuunih*) — qui forge sans main ! — guide savant, clairvoyant, du génie des eaux (qui a la forme d'un poisson-siure gluant, *nogo*, qu'il ne faut pas manger car cette rupture d'interdit donnerait la lèpre). Cf G. DIETERLEN *Essai sur la religion bambara* Paris, PUF, 1951.

(3) D. Paulme « Un Prométhée africain. Le personnage du tricheur dans les contes, les mythes et rites d'Afrique Noire » *Gradiva*, 20, 1996, p.3-22.

(4) A. Bargès, « Environnement urbain africain et maladie : ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali) », *Ecologie humaine*, 1993, vol. 11, n°2, p. 7-20.

Le magicien (souvent « médecine-man », devin, guérisseur, chaman, anti-sorcier...) et le sorcier sont des figures inversées qui ont une place assignée par la société qui s'en sert, ils ont une « fonction sociale » : l'un est valorisé, consacré par le groupe, l'autre est isolé, maudit, servant aux désirs et actions malfaisantes. Le groupe fait la personne et le personnage, l'individu intègre, reprend pour lui et donc entretient l'image qu'on a de lui. La magie¹, par ses mécanismes techniques et sociaux, est à mettre en parallèle et même se confond avec la médecine ; les agents sociaux qui la mettent en pratique ont toujours eu des tâches de clairvoyance — diagnostic, dépistage ou prédiction — et de réparation ; le mot « soin », l'expression « prendre soin » résument cela (*to cure* et *to care*). Le terme « santé » ne peut donc se réduire à la dimension technique et organique d'une part, à celle d'état populationnel d'autre part, construites au cours de l'histoire sociale et savante de la médecine, et c'est généralement dans un sens très global et très variable de la personne humaine que la société, le public, les malades l'utilisent.

Ne pas éviter l'évidence du corps. Dans la même démarche qui l'incite à considérer les phénomènes de « thanatomanie », Marcel Mauss va également s'intéresser à la diversité des pratiques corporelles entre les sociétés et comment chaque culture comporte un ensemble organisé en système, de « techniques du corps » reliées entre elles (ENCADRÉ 12). Il est le premier à les exposer en 1934 dans une communication présentée à la Société de psychologie, montrant là encore la nécessité d'une ouverture disciplinaire.

Cette culture est collective, donc « extérieure » aux individus d'un groupe et s'impose à eux, mais elle est aussi « intériorisée » par chacun de manière inconsciente depuis leur première enfance par le biais de l'éducation, de la socialisation dans la relation au même et à autrui, « incorporée » par le biais de dispositions physiologiques, neurosensorielles : on voit, on fait, on intègre, on est façonné dans ses goûts, envies, répulsions. Les actes révèlent les utilisations du corps en société — les « usages sociaux » — et en conséquence l'appartenance sociale, la place que les individus occupent dans le travail, leur identité culturelle...

1. On distingue la magie blanche (sans maléfice) de la magie noire, et en anglais *witchcraft* et *sorcery*, cf. E.E. EVANS PRITCHARD, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*. Paris, Gallimard, 1972 (1937).

Encadré 12 Les techniques du corps

M. Mauss, à la fin du XIX^e siècle, commence toute une série d'observations et de réflexions à propos de la manière de nager, de marcher....

« Je dis bien *les* techniques du corps parce qu'on peut faire la théorie de *la* technique du corps à partir d'une étude, d'une exposition, d'une description pure et simple *des* techniques du corps. J'entends par ce mot les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps. En tout cas, il faut procéder du concret à l'abstrait et non pas inversement [...]

Une sorte de révélation me vint à l'hôpital. J'étais malade à New York. Je me demandais où j'avais déjà vu des demoiselles marchant comme mes infirmières. J'avais le temps d'y réfléchir. Je trouvai enfin que c'était au cinéma. Revenu en France, je remarquai surtout à Paris, la fréquence de cette démarche ; les jeunes filles étaient françaises et elles marchaient aussi de cette façon. En fait, les modes de marche américaine, grâce au cinéma, commençaient à arriver chez nous. C'était une idée que je pouvais généraliser. La position des bras, celles des mains pendant qu'on marche forment une idiosyncrasie sociale, et non simplement un produit de je ne sais quels agencements et mécanismes purement individuels, presque entièrement psychiques. Exemple : je crois pouvoir reconnaître aussi une jeune fille qui a été élevée au couvent. Elle marche, généralement, les poings fermés. Et je me souviens encore de mon professeur de troisième m'interpellant : « espèce d'animal, tu vas tout le temps les grandes mains ouvertes ». Donc il existe une éducation de la marche [...]

J'ai donc eu pendant de nombreuses années cette notion de la nature sociale de l'« habitus ». Je vous prie de remarquer que je dis en bon latin, compris en France, « habitus ». Le mot traduit infiniment mieux qu'« habitude », l'« exis », l'« acquis » et la « faculté » d'Aristote. Il ne désigne pas ces habitudes métapsychiques, cette « mémoire » mystérieuse, sujets de volumes ou de courtes et fameuses thèses. Ces « habitudes » varient non pas simplement avec les individus et leurs imitations, elles varient surtout avec les sociétés, les éducations, les convenances, les modes, les prestiges. Il faut y voir des techniques et l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle, là où on ne voit d'ordinaire que l'âme et ses facultés de répétition »*

M. Mauss énumère plus loin les techniques à observer et qu'il range selon « les âges de l'homme, la biographie normale de l'homme ». Citons rapidement avec ses propres termes : les techniques de la naissance et de l'obstétrique, les techniques de l'enfance (élevage et nourriture de l'enfant, sevrage, après le sevrage : l'éducation sensorielle), les techniques de l'adolescence (acquisitions de certaines postures du corps liées au changement de fonctions sociales selon l'âge et le sexe, initiations), les techniques de l'âge adulte (sommeil, repos, activités diverses : course, danse, saut, grimper, descente, nage, mouvements de force), les techniques des soins du corps : frottage, lavage, savonnage, soins de bouche, hygiène des besoins naturels, les techniques de la consommation : manger, boire..., les techniques de la reproduction (les positions sexuelles) : « ici les techniques et la morale sexuelle sont en étroit rapports » et enfin, les techniques des soins, de l'anormal.

*Marcel Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, sixième partie
(communication datant de 1934), Paris, Quadrige/PUF. 1993 (1950), p. 366-386

Le corps, abordé par les ethnologues, l'a surtout été sous l'angle des « rites/rituels », des pratiques pérennisées par et dans un système symbolique, autour des événements majeurs de la vie : naissance, puberté, initiation, maladie/malheur, mariage/alliance, mort et mémoire des morts. Dans un usage courant, le mot « rite » renvoie à des pratiques d'un autre temps, à croyance opposée à raison et utilité. Le geste rituel est marqué par la répétition dans le temps (place les choses et les êtres dans un infini), une action

souvent inefficace mais pleine de sens, une dimension symbolique, culturelle, identitaire et une fonction d'apaisement social, de lien social. C'est ainsi que jusqu'aux années 1970-80, l'étude des représentations et des usages sociaux et culturels du corps n'a longtemps été qu'un aspect, certes parfois important des travaux anthropologiques, mais indissociable des autres aspects de la société (politique, économique, parenté..). Là, les recherches de l'anthropologie africaniste française ont ré-impulsé des réflexions sur la « notion de personne »¹, dans un courant pluridisciplinaire intégrant psychiatres² et psychanalystes travaillant hors de France. Se développent également les travaux d'ethnologie française liant étude du corps sain et malade, usages et pratiques de soins (quotidiens, préventifs et curatifs) traditionnelles et modernes³.

La sociologie américaine après la deuxième guerre mondiale, la micro-sociologie (issue de l'Ecole de Chicago, ayant des modes d'enquêtes de type ethnologique) par la personne d'Erving Goffman, s'est particulièrement penchée sur la présence du corps, sa gestion dans le cadre des interactions sociales entre individus. Outre ses travaux sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus (*Asiles*, 1961), sur les usages sociaux des handicaps (*Stigmaté*, 1963, voir plus loin), c'est dans *La mise en scène de la vie quotidienne* (1956) que cet auteur détaille les postures et les « présentations de soi » en privé et en public : ce qu'il nomme les « rites d'interaction » (règles de salutation, manières de se tenir, protocoles). Plus particulièrement dans les « territoires du moi » (ENCADRÉ 13), il analyse dans les conduites quotidiennes la construction du rapport au même et au différent, les phénomènes de repérage (marqueurs) et d'interaction (évitement et rapprochement) des corps et des personnes, en particulier les modes de violation, de souillure du territoire corporel.

Encadré 13
Les Territoires du moi

« Si les réserves de type territorial constituent la revendication principale des individus en groupe, l'offense principale est alors l'incursion, l'intrusion, l'empiètement, la présomption, la transgression, la salissure, la souillure, la contamination, bref la violation. Cela dit, il semble vrai que les agents et les auteurs principaux de cette sorte de violation de frontière sont les individus eux-mêmes et ce qui s'identifie intimement à eux :

La position écologique du corps par rapport au territoire revendiqué. Le modèle ici est le système classique des castes en Inde où les distances mesurables marquent la proximité possible de

1. Associant conceptions culturelles du corps, de la physiologie, mécanismes différenciés d'individuation... COLLECTIF. *La notion de personne en Afrique noire* (Introduction de Michel Cartry), Paris, L'Harmattan, 1993 (Colloques Internationaux du CNRS, n°544, 1973)
2. A. ZEMPLÉNI, « Henri Collomb (1913-1979) et l'équipe de Fann », *Social Science and Medicine*, 14B, 1980, p. 85-90
3. F. LOUX, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, InterEditions, 1983 (réédité). Cette ethnologue avait précédemment travaillé sur *Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Berger-le-vrault, 1979.

personnes de castes différentes et où l'individu du rang le plus élevé sert de centre d'un espace personnel et l'autre de source de contamination, dont la puissance dépend de la distance sociale entre les castes [...]

Le corps, y compris les mains, en tant qu'il peut toucher et donc souiller l'enveloppe et les positions d'autrui [...]

Le coup d'œil, le regard qui s'insinue. Quoique, dans notre société, les regards indiscrets paraissent moins offensants* que d'autres formes d'incursions [...] les coups d'œil jouent également un rôle important dans un autre cadre, où servent à demander et accorder la parole, à ordonner les prises de tour, à manifester la pudeur, la honte et le tact... Dans le cadre des rencontres, le regard appuyé n'a souvent rien d'une intrusion, car il remplit d'autres fonctions (échanges confirmatifs [...]).

Les interférences sonores, c'est-à-dire les bruits qui envahissent et s'imposent [...]

Les adresses verbales: quand par exemple des inférieurs élèvent le ton, ou quand un individu se permet des remarques croisées avec d'autres personnes avec lesquelles il ne mène pas une conversation ratifiée (...)

Les excréments corporels; ils se répartissent en quatre agents distincts de souillure. Premièrement, les excréments (ou leurs taches) qui contaminent par contact direct : les crachats, la morve, la sueur, les parcelles d'aliments, le sang, le sperme, les vomissements, l'urine et les matières fécales (une théorie microbienne rationalise notre attitude envers ces éléments, l'extrême de la contamination étant classiquement représenté par les plaies suppurantes des lépreux) deuxièmement, il y a les odeurs, qui incluent les flatulences, la mauvaise haleine et les effluves corporels. De même que le regard, l'odeur opère à distance et dans toutes les directions [...] Troisièmement, il y a, facteur peu important, la chaleur du corps qu'on trouve, par exemple, sur les draps des "hôtels de passe", sur les sièges des toilettes publiques, sur les vestes, les chandails récemment quittés par leur propriétaire, prêtés ou pris par erreur. Enfin, de tous les agents le plus éthéré, les marques laissées par quelqu'un où l'on peut imaginer qu'il reste quelque excrément: les reliefs d'un repas par exemple [...] marques de dent sur un gâteau. De telles empreintes sont des souillures et il est très important de "désinfecter" l'objet en le découpant avec un couteau propre jusqu'à ce qu'il ne reste qu'une surface lisse »

E. Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne, 2. Les relations en public.*

Paris, Editions de Minuit, 1992 (1973), p. 57-60

* Les sociétés, autour de la Méditerranée, placent dans le regard un potentiel malfaisant intense, le mauvais œil.

Le mot «rite» est ici détaché de sa dimension religieuse et sacrée. Pour Goffman, le geste, la posture de l'individu se répète par et dans un rôle et un conditionnement social. Il est séparé d'une utilité pratique. On s'aperçoit également que, malgré l'emploi d'un vocabulaire anatomique, l'utilisation de ce mot dégage les conduites d'une stricte fonctionnalité biologique. Souillure, contamination — et à la suite, sa désinfection — sont à saisir sous l'angle d'une perturbation des frontières de « la personne » et non uniquement de celles de son corps anatomique. Dans les conceptions occidentales et par une médicalisation du vocabulaire commun, elles peuvent apparemment strictement correspondre. Le terme de « souillure » implique un désordre par la

mise en contact ou l'association d'éléments incompatibles, non conformes¹. La ritualisation pratiquée classiquement dans le cadre religieux et/ou sacré par rapport au mourant, au cadavre, aux ancêtres morts sert à canaliser ces «choses» émanant d'eux : plus ou moins éthérées (ombre, double, esprit revenant, actes, pensées...), plus ou moins agissantes et plus ou moins dangereuses si elles viennent d'êtres traumatisés. Elles peuvent être déclinées sous un angle plus naturaliste (miasmes, mauvaises odeurs...), venant déséquilibrer le monde vivant, ou sous un angle positiviste (animalcules, ondes magnétiques). Elles sont dangereuses car ambiguës, monstrueuses, placées dans ce seuil vie-mort, dans un retour inconcevable, faisant fi du temps et de l'ordre des choses. Il est intéressant de constater à travers le monde les précautions symboliques et concrètes, les mises à distance et les remparts érigés par les vivants autour des morts, quelles que soient les connaissances sur le corps : prières, cadeaux, linceul blanc, sépulture close, crypte, enceinte... Le geste rituel sert de protection, d'apaisement et de lien pour les vivants. Les travaux médicaux sur « la définition de la mort », la standardisation de ses critères (voir plus haut) sont aussi venus répondre aux craintes de la société quant aux « enterrés vivants » dont le retour inquiétant est décrit dans de nombreuses anecdotes de l'époque. S'organisent donc les règles thanatologiques modernes : lieu de conservation du corps à l'hôpital, mur d'enceinte, haie d'arbres et fossé pour les cimetières, surtout en ville. Les logiques hygiénistes viennent se superposer et souvent servir de cautions à des préoccupations avant tout symboliques et sociales, à des soucis d'intégrité et d'identité. Les évitements d'ordre symbolique ne sont pas le propre du passé, du traditionnel et du non-médical, l'ethnologue Anne Vega² a également travaillé sur les gestes rituels des soignants au sein de services hospitaliers en vue de se préserver des dangers de contaminations symboliques représentées entre autres par les patients³.

Les risques de ruptures d'interdit (religieux, alimentaires..) engendrent de mêmes attitudes de dégoût, répulsion, horreur, effroi, et des réactions physiques allant de l'horripilation —du «poil hérissé»— aux nausées ou malaise extrême. Ainsi réagira une personne ayant intégrée des normes alimentaires interdisant certaines viandes (porc) ou certaines associations non licites (lait et viande dans la nourriture *casher*) dans le cadre d'une vie et pratique religieuse, sociale et culturelle. Les exemples de «thanatomanie» cités plus haut, sont à situer dans le même cadre. Il y a violence, viol pour la personne de principes de pensée et d'existence fondamentaux. Mêmes réactions de répulsion, de rejet, vis à vis de personnes atteintes de maladies majeures

1. Cf. les travaux de Mary DOUGLAS, anthropologue sociale britannique, en particulier : *Purity and danger*. London, Routledge et Kegan Paul Ltd.,1967 (*De la souillure, essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte,1992).
2. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000.
3. Cf. aussi les comportements et pratiques de la population à l'égard de patients psychiatriques en placement, D. JODELET *Folies et représentations sociales*, Paris, Puf, 1989.

(ENCADRÉ 14), de maux quasi mythiques comme la lèpre, l'épilepsie ou maintenant le sida. D'autant que les manifestations de frayeur intense sont également rendues responsables de donner la maladie, d'où une « contagiosité » du mal par la vue, par son émergence dans l'existence de la personne. Dans de nombreux pays à travers le monde, la figure de l'épileptique¹ est celle d'une personne qui bave lors des crises et dont la salive transmettrait ce mal, d'où le recul physique des personnes à ces moments. Il y a la même notion d'un contact extrême et dangereux que l'on traduit en terme de « contagion » (*cum, tangere*: avec, toucher) ; cela n'implique pas le passage d'une entité étrangère pénétrant le corps mais l'idée d'une perturbation intense, d'un risque de dispersion des frontières de la personne², qui touche donc à son identité. Au simple nom de la maladie, les sensations surviennent comme des réflexes conditionnés. Le dégoût socialement appris, culturellement intégré, sert à mettre un écart, à se protéger... Ces malades, la mort, ou le non respect de règles supérieures, de normes sociales, rendent visibles, existantes, des « choses » qui ne devraient pas l'être ; cela devient obscène, du latin « de mauvaise augure », donc à éviter. C'est pourquoi souvent, la personne atteinte se confond avec celui du sorcier, du revenant, de l'empoisonneur ...

Encadré 14

Rites et représentations : mort et maladie grave.

« La vision des grand maux, *banaba* ("la grande maladie", lèpre) et sa pourriture amère, *kirikirimashyèn* (épilepsie) et sa chute vers l'infini [nommée en Occident le mal sacré, le grand/haut mal] et maintenant le sida et sa maigreur cadavérique, déclenche des peurs intimes et déstructurantes [...] Ces périodes d'agonie où le double* du mourant se détache mais n'arrive pas à trouver de répondant, auront un effet pathogène chez ceux qui seront saisis par le *jatigè*, cette peur qui dissocie les éléments multiples de la personne et auront un double faible: « quand un malade meurt, c'est le chef ou l'imam qui le lavent ; même l'imam meurt ». Logique de « contami-nation » par le contact mais surtout par la vue et l'odeur [...]

La ressemblance entre les rites funéraires réservés aux griots et ceux réservés aux lépreux laissent encore entendre la proximité symbolique (le rouge, le feu) entre lépreux et artisans (castés, impurs, sans terre), rappelons que en Dioula, *kuna* (lèpre) se dit « forge ». La spécificité des soins et des rites funéraires vis à vis du lépreux est classiquement connue en Afrique de

1. A propos de l'épilepsie, les travaux sont nombreux, voir entre autres : R. BENEDEUCE et al « L'épilepsie en pays dogon, une perspective anthropologique et médicale » in : *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, P. Coppo & A. Keita (eds). Trieste, Erga Edizioni. 1990 ; E.UCHOA et al, « L'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali », *Psychopathologie africaine*, XXV, n°1, 1993, p. 33-58 ; L F. ANDERMANN «Epilepsy in developing countries», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 4, 1995, p. 189-220 ; B. GOOD *Comment faire de l'anthropologie médicale? : Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond (Synthelabo), 1998 (*Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press, 1994).
2. Cf. A. BARGÈS, 1997, *op.cité*, p. 544; « le lépreux, comme "l'épileptique baveux", comme "le fou crasseux" deviennent, sont *nògò*, enduits de *nògò*, vecteurs de *nògò* » (*ibid*, p. 545), *nògò* étant là synonyme de ce qui va troubler, qui perturbe un équilibre religieux, moral, social, psychique, physique. Cf. aussi L'ENCADRÉ 11b.

l'Ouest et rejoint, entre autres choses, les attitudes européennes anciennes ("la Mise hors du monde" **) [...]

Depuis, la spécificité des attitudes vis à vis du mort "lépreux" s'est modifiée dans son expression —les rituels disparaissent—, c'est le cas au Sénégal et au Mali, dans les populations fortement islamisées [...] les discours que j'ai pu recueillir reflètent la persistance de pratiques spécifiques dans la région de Ségou et en pays Dogon : " même maintenant on met les lépreux dans un baobab"...les sépultures les plus connues sont le tronc creux d'un très vieux baobab, une termitière...Ces pratiques sont interdites et le secret qu'elles exigent remplace les anciennes règles rituelles, oubliées [...]

Il faut une tombe hermétique, une coque dure et imperméable, un tuteur qui conserve en son sein le "lépreux". Plus l'arbre est vieux, "blanchi", momifié, plus il sera marqué de crevasses extérieures et intérieures, plus il sera inaltérable, invulnérable. Comme l'arbre mythique *bolokurunin* et le lépreux, plus rien ne le touche. on comprend aussi pourquoi il ne faut pas consommer ses feuilles via sa sauce (met apprécié), la résurgence du *nyama* (effluve vitale) se fera par ses feuilles. le choix d'une termitière ne surprend pas, nous avons vu dans ce texte de nombreux rapprochements symboliques entre rouge, résurrection, fermentation (amertume), féminité et lèpre. Dans l'imagerie populaire (contes), elle est souvent associée au personnage du lépreux : termitière et *nkuna* (la plante amère qui soigne la lèpre), termitière et *kuna* (la lèpre). La matière rouge de la termitière est extrêmement dure, plus dure que la terre séchée (le banco) — elle ne se ramollit qu'à l'hivernage (saison des pluies)— [...] c'est un élément de brousse dont on se sert pour renforcer le mortier des maisons... »

Anne Bargès, 1997, *op. cit.*, tome II, p. 562-566

* Le double est considéré comme un constituant de la personne en Afrique de l'Ouest.

** Semblable au service des morts, il s'agissait d'une cérémonie funéraire à l'adresse de la personne malade : devant elle, on la séparait du monde des « vivants »; elle était marquée des attributs du lépreux, dirigée en l'épousant (l'azaret ou bordé) ou forcée à une vie errante, hors de la société.

Au début du siècle, l'ethnologue Arnold Van Gennep a décrit les « rites de passage »¹ et montré en quoi ils étaient des manières ordonnées par le groupe social pour accompagner chaque changement de lieu, d'état, de position sociale et religieuse. En fait une approche sociale du sacré. Il relèvera tout particulièrement la séquence ternaire: séparation (de l'état antérieur), seuil (épreuve/enseignement) et agrégation (à un nouvel état). C'est durant la deuxième phase —celle du passage, du seuil (*limen*)— que l'exposition à des choses jusque là interdites, mystérieuses va mener l'individu vers un regard nouveau sur la vie et lui-même: on retrouve ces mécaniques dans l'intronisation des sociétés maçonniques où, coupée de la notion de temps et d'espace, la personne est mise en condition, devant des symboles invariables, de penser sur l'homme, le monde et lui-même et d'adhérer au nouvel ordre (et normes) du groupe; idem dans les procédés d'isolement physique, sensorielle et/ou psychique que l'on observe à travers le monde dans les rites dits de puberté, ou de ceux des confréries religieuses.. Cette phase est présentée comme une épreuve qui amène un enseignement, nécessitant des précautions, des qualités pour la dépasser, un contrôle de soi et de son corps.

1. Edité aux éditions Picard 1981 (1909). Cf. son oeuvre *Le Manuel de folklore français contemporain*, 9 volumes, 1937-1958, Picard (réédité sous le titre *Folklore français*, Bouquins Laffont, 1998) où la partie consacrée à la médecine populaire reste inachevée.

On retrouve des fonctionnements rituels dans la formation à une profession, d'autant plus si le métier concerné revendique une histoire ancienne, une culture singulière (pérennité de traditions, symboles, valeurs, normes, pratiques, identité), une communauté de fonctionnements, des savoirs et pouvoirs élitistes car spécifiques... Ce qui «forme» le jeune étudiant en médecine n'est pas qu'un ensemble de savoirs théoriques et pratiques appris et répétés, c'est tout un conditionnement implicite à de nouvelles références, normes et codifications (ENCADRÉ 15). Elles participent de l'émergence et de l'existence du groupe socioprofessionnel que l'on veut intégrer, soit par désir humanitaire, soit le plus souvent par reproduction ou promotion sociale, soit encore pour la liberté, la maîtrise ou le pouvoir d'action supposés¹. Cette identité est un fond sur lequel ensuite —en fonction de la dynamique de vie individuelle, culturelle, sociale ou liée au genre/sexe— se déclinera une diversité de modes de valorisation des savoirs médicaux et de types d'exercice de la médecine, pas forcément praticien.

Encadré 15

« L'Amphi » : rituels, normes, fonction et pouvoir.

« Sur l'estrade trônaient les quatre professeurs royaux, égaux en grade, mais non en fonctions et dignités, car ni le Dr Feynes (le seul "papiste", catholique, imposé par l'Evêché), le Dr d'Assas, ne pouvaient se vanter de jouir des mêmes pouvoirs et privilèges que le Chancelier Saporta et le Doyen Bazin [...]

Face à cette estrade auguste, et étagés en gradins selon leur importance : au premier rang, les docteurs ordinaires avaient pris place, au second rang les licenciés, au troisième, les bacheliers*, tous en robe, et les docteurs portant au surplus un bonnet de carré de drap noir surmonté d'une houppe de soie cramoisie, une grosse bague en or au doigt majeur de la dextre, et autour de leurs reins une ceinture dorée [...]

Monsieur Sanche n'avait sur son bonnet qu'une houppe amarante et sa ceinture n'était que d'argent. Ainsi sautait à l'œil, dès l'abord, la différence entre un docteur en médecine, et un maître apothicaire, ce dernier fût-il aussi illustre que Maître Sanche.

Derrière les bacheliers, les écoliers de 2^e année étaient assis, fort bruyants et chabaudeurs en contraste avec les novices, en arrière de ces anciens, siégeaient en toute humilité, étant l'objet de la part de ces seigneurs de regards hautains...

Et debout, je dis bien debout, bien que tout banc fut encore vide, les compagnons apothicaires et les apprentis chirurgiens qui n'avaient aucun droit à se trouver là puisqu'ils n'étaient pas "écoliers" [...]

Je n'oublie pas le bras séculier de notre Institution, le bedeau Figairasse... entre l'estrade des Professeurs royaux et les gradins, il se tenait debout... paré de ses atours de la Saint Luc... tenant devant lui une longue et flexible verge qui était l'insigne et l'instrument de sa fonction »

Robert Merle, *En nos vertes années, Fortune de France* (tome 2), Paris, Editions de Fallois, 1992, p. 268-274.

*Les bacheliers devaient avoir 6 mois de pratique auprès d'un praticien et avoir lu deux ouvrages. La licence était donnée à celui qui la sollicitait à son maître.

1. Les enquêtes et les études approfondies sur les motivations d'inscription en 1^{ère} année de médecine sont peu nombreuses en France. Cf. C. DECHAMP-LE ROUX «Vocation médicale et choix professionnel » in *Les métiers de la santé* (ss la dir. de P.Aiach, D.Fassin), Paris, Anthropos, 1994, p. 87-119.

La fameuse tradition carabine, indissociable de l'histoire corporative et surtout académique, est toujours là dans les mots, les gestes paillards, la gestion d'un lieu (amphithéâtre, « corpo », internat) ; elle passe et se transmet par ses manières apparemment subversives : associer le sang, la chair et le sexe (masculin affirmé, féminin déprécié), la vie et la mort. Bien qu'elle remonte à des temps où l'étudiant devait pour disséquer et connaître l'anatomie humaine, contredire les règles et convenances sociales et religieuses voire exposer sa vie, la dissection n'est plus séditeuse, loin s'en faut, si bien sûr elle se fait dans le cadre institué à cet effet. Elle reste un moment clé de l'initiation professionnelle, « l'épreuve » reine —recherchée, crainte, idéalisée, mythifiée, revendiquée, défendue¹— qui vient après le concours de première année (la coupure avec l'état ancien) et précède le stage hospitalier : temps et lieu des premiers contacts avec le malade, avec les soins mais surtout avec la structure hospitalière et l'équipe soignante, c'est-à-dire avec l'intégration dans la hiérarchie des métiers et des pratiques, dans l'ordre socioprofessionnel². Le corps humain, dans le cadre de sa dissection, est toujours perçu sous l'angle du sacré, du séparé:danger, «dégoût» (Cf. ci-dessus) ou fascination esthétisante ; mais il faut apprendre à rompre l'écart avec cet interdit puisque c'est le but du soignant, à le normaliser sans cependant le banaliser³. Même si les carabins affichent des comportements affirmés (en transformant le corps et «ses morceaux» en objets⁴) devant ce qui, en fait, les remue, les forment au plus profond d'eux-mêmes. Et c'est justement en passant par des procédés irrévérencieux, souvent provocants, néanmoins entérinés par les aînés et le milieu, qu'ils cherchent à maîtriser et à se maîtriser. Là aussi c'est en termes sociologiques, dans un rapport au milieu médical et à ses pairs (rapport d'identification, d'affirmation et de compétition) qu'il faut se placer et non pas sous un angle strictement psychologique (individuel) et philosophique.

-
1. Les étudiants en médecine participent également de la normalisation de leurs pratiques ; les risques de disparition de la dissection anatomique *in vivo*, du fait du développement de l'enseignement virtuel de l'anatomie humaine et de son accessibilité, sont de plus en plus soulignés (Cf. A. Bernard & V. Louani /Pcem 2, *La dissection humaine en médecine : vécu personnel et apport professionnel*. Mémoire de certificat MSBM. 2000) . Bien sûr ces soucis illustrent le désir du maintien d'un cadre d'apprentissage cognitif et social, à replacer dans une histoire nationale (l'organisation de l'enseignement variant en fonction des pays).
 2. Les sociologues et anthropologues se sont penchés depuis longtemps sur les jeunes médecins et les principes de leurs transformations pendant leurs études, de leur socialisation. Cf. un classique H.S.BECKER, A.L.STRAUSS, E.C.HUGUES,B.GEER, *Boys in white : student culture in medical school* , Chicago, University of Chicago Press, 1961 (rééd.); les travaux de E.FREIDSON, en particulier:*La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970) ; et pour bibliographie et études originales : B. GOOD, *op.cité*, 1998. Cf. plus bas les travaux de M. Jaisson.
 3. E. GODEAU, « Dans un amphithéâtre... La fréquentation des morts dans la formation des médecins » , *Terrain*, n°20, 1993, p. 82-96.
 4. Instruments d'enseignement, de recherche et d'affichage du savoir médical : N. DIAS « Le corps en vitrine, éléments pour une recherche sur les collections médicales » . *Terrain*, 18 (le corps en morceaux), 1992, p. 72-79.

Les paragraphes précédents, traitant du corps, des rituels, nous ont permis de mettre en exergue la place des « normes sociales ». Comme déterminants du lien social, à la contrainte décrite par Durkheim, au contrat/échange amené par Mauss, s'ajoutent la socialisation et aussi l'affect. La « socialisation », primaire et secondaire, est ce qui nous permet de devenir un être social, d'acquérir le bagage nécessaire pour évoluer, fonctionner, vivre avec les autres, avec la société, sans contradiction, sans « se faire remarquer ». Elle nous permet d'assimiler, d'incorporer ces normes et se fait par différentes phases, lieux et agents, de la famille au groupe professionnel, de la télévision à l'association. Ces normes sont plus ou moins implicites et varient selon les lieux (on peut être déviant dans un milieu, un endroit mais on peut ne pas l'être ailleurs), les périodes et les sociétés (ENCADRÉ 16).

Ce sont les sociologues américains travaillant dans les villes à forte immigration comme Chicago qui se sont intéressés à la manière dont les individus acquéraient, déclinaient ces normes, en « déviaient », les changeaient... Le travail du sociologue Howard S. Becker¹, s'est particulièrement penché sur ces *Outsiders* que cela soit dans le chapitre consacré à « comment on devient fumeur de Marijuana? » ou à celui consacré aux joueurs de jazz, artistes, « marginaux » ; c'est l'exemple classiquement donné pour illustrer l'acquisition de nouvelles normes de conduites (apprentissage) indissociables de phénomènes identitaires, d'une adhésion à une vie et des valeurs communes (appartenance) d'un groupe. La déviance dépend de l'interaction sociale et non pas de disposition individuelle. L'adhésion, l'entrée dans des modes de vie déviants interagit avec la question du *labeling*, en français « étiquetage », c'est-à-dire l'identification de la personne ou d'un groupe à un signe, comportement ou marque et sa réduction à ce seul attribut identitaire qui, souvent négatif, mène au « stigmaté » (ENCADRÉ 17) Les comportements « déviants » labellisent, mais un label stigmatisant peut devenir en retour un support identitaire. Les études consacrées à ces sujets se partagent entre la psychologie et la sociologie.

Encadré 16

La relativité historique des normes

« Les mentalités évoluent, chacun le sait. Les modifications de normes dues aux progrès techniques ou à l'évolution des croyances religieuses et politiques proclamées sont flagrantes. Mais derrière ces processus généraux, on peut apercevoir des évolutions qui touchent à des comportements que nos ancêtres pouvaient croire « naturels », et qui pourtant se révèlent être des normes qui ne s'imposaient à eux qu'en vertu d'une représentation construite par la société. Ainsi dans la société occidentale, il y a encore seulement un siècle ou deux, la remise en cause de la suprématie sociale, morale, juridique (propriété, mariage, succession, etc) et intellectuelle des hommes sur les femmes était une déviance intolérable, tandis que c'est aujourd'hui son affirmation qui l'est. L'avortement était un crime jugé particulièrement immoral et sévèrement puni tandis que l'on réprime aujourd'hui les catholiques intégristes qui contestent la liberté d'avorter. L'homosexualité était considérée comme une perversion haïssable et méritant de sévères

1. H.S. BECKER, *Outsiders. Etude de la sociologie de la déviance*, Paris, Editions Métailié, 1985 (édition américaine, 1963), p. 64-101 .

châtiments, tandis que c'est aujourd'hui une revendication identitaire largement perçue comme légitime et sans doute bientôt reconnue par le droit. La mendicité était un délit qui pouvait conduire un clochard aux travaux forcés à vie dans un bagne, tandis qu'elle fait aujourd'hui l'objet d'une compassion et d'une prise en charge croissantes. L'obéissance des enfants était une obligation indiscutable et les punitions corporelles la sanctionnaient légitimement en famille comme à l'école, tandis que le non-respect du « droit de l'enfant » est aujourd'hui regardé comme un abus d'autorité odieux.

Déviances et normes d'aujourd'hui

Inversement, l'évolution des sociétés modernes conduit à pénaliser des comportements jadis tolérés, voire considérés comme normaux ; certaines formes de corruption, certaines formes d'atteintes à l'environnement (chasse, pollution automobile, pollution agricole), certaines formes de violences « morales » (le harcèlement sexuel simplement oral, le propos raciste, et peut-être bientôt ce que les Américains appellent le *political correctness*, cette sanction informelle de l'individu qui prononce certains mots tabous ou qui ne prononce pas certaines formules rituelles s'agissant du respect des femmes, des minorités raciales, de certaines règles de politesse, etc.)

Enfin, l'évolution des normes sanitaires conduit aussi à pénaliser certaines pratiques très ordinairement répandues comme l'acte de fumer. Aujourd'hui, l'individu qui allume une cigarette dans un hall de gare est un délinquant puisqu'il enfreint la loi. Il y a quelques années, dans la même situation, il était un individu parfaitement normal. Certes, la mise en pratique de cette interdiction est aujourd'hui très négociée et le contrevenant est simplement prié d'éteindre sa cigarette, mais il est probable que dans vingt ou trente ans, la sanction automatique, aura remplacé la recommandation bienveillante, de la même façon que notre société réprime aujourd'hui la conduite en état d'ébriété qu'elle tolérait jadis »

Laurent Mucchielli, « La déviance : entre normes, transgression et stigmatisation », *Sciences humaines*, n°99, 1999, p. 22

Cette question de la déviance aux normes sociales est en continuité avec les études sur les constructions et déconstructions à travers le temps des figures de l'Autre —et forcément de celles de l'Humain. Michel Foucault¹ dans une série de cours prononcés au Collège de France en 1975 aborde le problème de ces individus dits dangereux pour la société et la Science du XIX^e siècle, les « anormaux ». Ce groupe, assez indéfini, s'appuie en partie sur la crainte de la « dégénérescence » et s'est formé à partir de trois éléments :

- Le monstre humain. Ce qui fait que le monstre humain est un monstre, ce n'est pas seulement l'exception par rapport à la forme de l'espèce, c'est le trouble qu'il apporte aux régularités juridiques (qu'il s'agisse des lois du mariage, des canons du baptême ou des règles de la succession). Le monstre humain combine l'impossible et l'interdit.
- L'individu à corriger, à rectifier. C'est un personnage plus récent que le monstre. L'apparition de « l'incorrigible » est contemporaine de la mise en place des techniques de discipline, à laquelle on assiste, pendant le XVI^e et XVIII^e siècle —à l'armée, dans les écoles, dans les ateliers, puis, un peu plus tard, dans les familles

1. Les extraits de ce chapitre sont tirés de M. FOUCAULT, «Résumé introductif» in : *Les anormaux (Cours 1975, Collège de France)*, Paris, Gallimard-Seuil, 1999.

elles-mêmes (dressage du corps, du comportement, des aptitudes..). Il rejoint l'image plus récente du «déviant». Les normes à respecter étant là très explicites et formelles.

- L'onaniste, figure toute nouvelle au XVIII^e siècle, qui indexe les relations interdites (adultères, incestes, sodomie, «bestialité») et qui s'est doublé du contrôle de la « chair » (péché de concupiscence).

Ce passage par les figures de l'a-normalité au XIX^e siècle montre combien les personnes peuvent être résumées, identifiées à un état et une position disqualifiante dans la société. Cela rejoint les exemples donnés à propos des imputations de maladie, d'hérésie, de sorcellerie vues plus haut (femmes suspectes, populations étrangères ou hérétiques, personnes marginales, folles, troubles et marques physiques chargés symboliquement d'opprobre ou signifiant une incapacité). Le comportement déviant étiquette négativement et entraîne une «disqualification sociale et identitaire»: on parle aussi de *spoiled identity* (Mary Douglas, Erving Goffman) en rapport avec l'impureté et l'ordre social, d'identité blessée —Michael Pollak à propos des situations extrêmes de dégradation de l'humain : camps de concentration et malades du sida¹. Les malades lépreux interrogés parlaient eux «d'humanité», de « personnalité » abîmées (*mògòya/mògònínfínya tinyè/tiyèn*).

Encadré 17a

Stigmate, les différents sens du mot

Notés à travers les définitions existantes (Le Robert) :

1. **Sens sacré, religieux :**

• marques miraculeuses disposées sur le corps de certains mystiques comme les cinq blessures du Christ (Grâce);

• marques divines, signes corporels d'un désordre moral (disgrâce);

• les « stigmates de la lèpre » sont classiquement cités dans le sens de *traces* physiques irrémédiables données en *punition* d'une *faute* morale, religieuse

2. **Sens historique :** marque d'infamie laissée sur la peau (fleur de lys) laissée au fer rouge, marque de flétrissure

3. **Sens scientifique (naturaliste):**

• partie supérieure du pistil ;

• orifice respiratoire des trachées chez les insectes arachnides

4. **Sens bio-médical :**

• orifice microscopique que les cellules migratrices produisent en perforant les cellules endothéliales, lorsqu'elles sortent d'un capillaire par diapédèse ;

• marque laissée par une plaie cicatrisée : ex. la variole ;

• signes « permanents mais *difficiles à déceler*, permettant le diagnostic de certaines affections telles que la syphilis occulte [...], la dégénérescence mentale [...], l'hystérie...»

(Dictionnaire des termes techniques de médecine Garnier-Delamane, Maloine) ;

• signes corporels d'un désordre physique (disgrâce physique)

1. M. POLLAK, *Une identité blessée*, Paris, Métailié, 1993.

5. *Sens commun* :

- ☛ marque laissée par une plaie, cicatrice ;
- ☛ marque de punition corporelle

6. *Sens sociologique (élargi)* : marque (apparence physique, manières de faire ou de vivre, objet distinctif...) voulant rendre visible une identité religieuse, culturelle, sociale. Elle signifie une différence et désigne une place à la personne, négative ou positive, imposée ou revendiquée: l'étoile jaune, le blason.

7. *Analyse d'Erving Goffman* : « le mot de stigmatisme servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler [...] le stigmatisme représente donc en fait un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype (1) »

d'après Anne Bargès, 1997, *op. cit.*, tome II, p. 529

(1) *Stigmatisme, les usages sociaux des handicaps*, Paris, les Editions de Minuit, 1975 (1963), p. 13-14 ; titre anglais : *Stigma : notes on the management of spoiled identity*, 1963.

Le discrédit est d'autant plus efficace qu'il est intégré, vécu, pensé par la personne elle-même. Dans le cas de maladies stigmatisantes comme souvent le sont certaines maladies de peau (psoriasis, verrues, vitiligo...), les lésions cachées invisibles entraînent des modifications du comportement de la personne alors même qu'elle n'est pas encore « repérée » par le regard extérieur :

Avant que les "signes" de banaba (lèpre) n'atteignent une certaine visibilité la transformant au regard des autres en attributs du kuna [la forme historique avec amputations], la personne, déjà consciente de son mal, devient selon les termes de E. Goffman discréditable. Connaissant les réactions de sa société pour y avoir participé en tant que «sain» et pour avoir intériorisé les idées populaires sur la maladie et le malade, elle tentera de maintenir cachée, le plus longtemps possible, cette réalité. Ainsi, l'univers social devient insolite, étranger à la personne avant même que cette dernière ne le soit pour la majorité sociale. Dans l'environnement humain qui l'a modelée et socialisée, elle se voit exposée à des attitudes dépréciatrices.¹

Il peut en être de même de certaines identités religieuses, culturelles ou sociales, décelables par quelques gestes rituels, références symboliques, que l'on cache de crainte de persécutions toujours en mémoire; la vie quotidienne des personnes se trouve marquée par certains comportements de

1. A. BARGÈS, 1997, *op. cit.*, p. 521.

contrôle, d'évitement qui, répercutés de génération en génération, sont parfois ceux-là même qui attirent l'attention¹. La chose secrète circule, désigne, lie à la fois.

Encadré 17b

Stigmate : représentations et normes sociales

« En fait, indépendamment de l'emploi qu'en a fait la pensée chrétienne, le mot vient du latin *stigma* qui lui-même vient du grec. Ce dernier s'est construit sur différents niveaux de sens : une chose pointue, *effilée* qui a une qualité *perçante* et qui laisse une *trace*, sa piqûre fait voir la chair dans la peau. La rupture de l'enveloppe humaine entraînant son hétérogénéité (hétérochromie, couleur intermédiaire : le rouge) est dysharmonieuse, synonyme d'un désordre, d'une altération de la personne ; elle s'associe à la douleur, la souffrance, elle s'inscrit physiquement, mentalement, moralement, socialement (condamnation, diffamation) et se pérennise, s'inscrit dans un temps infini.

Le stigmate est le point, *l'espace minime, qui dure* ; c'est l'instant bien précisé [...] Considéré aussi comme un *peruis*, un point creux, le stigmate est un espace-seuil minimal qui signifie force de décision, ni gauche, ni droite, passage, ouverture et fermeture (étranglement, non-retour). Le stigmate est une mise à l'épreuve et rappelle à l'homme ses limites physiques et sociales. Le Judaïsme et surtout le Christianisme y ont inscrit une dimension sacrée, abominable et sublime, de faute (disgrâce divine) et de rachat (grâce divine), peut-être parce que justement le stigmate pérennisait cet "entre deux" flou, incertain mais néanmoins singulier et excessif —donc hérétique et fou [*folis*, ballon vide, qui flotte, sans lien]— qui ne devait pas être révélé. De ce fait, il fut condamné comme régression et occulté dans sa dimension évolutive. A travers ce dernier paradigme, l'association du mot "stigmate" à celui du mot "lèpre" paraît redondante tant ils sont consubstantiels l'un de l'autre, c'est pourquoi il convenait de faire ces rappels. Z. Gussow rappelait *the intriguing suggestion* de Michel Foucault selon laquelle la notion de "lèpre" était vue dans la théologie chrétienne de la fin du Moyen-Âge à travers le paradigme de la folie, *madness* (1). *Madness* rejoint là l'idée vue plus haut d'un seuil —espace-temps— ne pouvant exister par lui-même, uniquement compris dans la pensée chrétienne comme aberration et donc folie. En reconsidérant le terme stigmate sous différents angles linguistiques, culturels et idéologiques, on remarque qu'il est encore pertinent pour désigner cette phase d'anéantissement qui submerge un temps —ou tout le temps— le malade [grave, chronique, handicapé], temps durant lequel il se conçoit comme aberrant par rapport à son modèle social et reflétant cette aberration chez les autres »

Anne Bargès, 1997, *op. cité*, tome II, p. 529-531

(1) Z. Gussow, *Leprosy, racism and public health*, London, Westview Press, 1989 ; M. Foucault, *Madness and civilization: a history of insanity in the Age of reason*, N.Y., Random House, 1965.

La révélation par les attitudes, la parole, les sens et le corps confirme donc l'atteinte à la société et à l'individu en question. D'individu « discréditable » il devient « discrédité », « l'individu suppose, sait que sa différence est connue, et qu'il est celui auquel on ne se confie plus, dont on se méfie (*dis-credo*), que l'on ne croit plus [...] Ces "signes" dénoncent d'une

1. Citons, hors contexte maladie, un documentaire remarquable à propos des populations marranes du Portugal, filmé en 1988, où la peur, la clandestinité imprègnent la vie des gens depuis plus de cinq siècles ; les rituels sont encore perpétués derrière des volets clos (qui sont remarquables de l'extérieur), transmis par les femmes au sein du seul espace domestique, et tous les discours rationalisent ces précautions (F. BRENNER & S. NEUMANN, *Les derniers Marranes*, La Sept/Video, 1990/1992)

manière plus ou moins réelle que l'individu peut posséder ou possède un attribut qu'il n'accepte pas encore —il s'attache encore au modèle de référence "sain"— et c'est ce qui le rend a-normal. Quand cet attribut (la présence de la maladie), mis en relation avec le stéréotype de la bonne santé, éclipse toutes les autres caractéristiques de l'individu et que le discrédit qu'il « subit » est très large, il cesse d'être une personne ordinaire et devient un individu vicié, amputé : un reste de personne ; on peut alors accepter la notion de stigmaté tel qu'il est décrit par E. Goffman »¹

Ces regards normatifs sur des personnes, des dysfonctionnements, des situations sont indissociables des représentations sociales et culturelles, mais aussi des contextes sociaux, familiaux et individuels. Ils sont donc sujets à variabilité dans leur existence, leur expression, leur intensité. Le discrédit s'exprime de diverses manières, du mot ou qualificatif aux gestes de la vie quotidienne ou événements majeurs de la vie (Cf. plus haut: rites et mort), de l'insinuation à l'exclusion «totale» (l'errance ou l'enfermement) en passant par l'univers familial où la marginalisation du malade est modulable. La désignation s'amplifie pour des maladies exposant au handicap dans le quotidien et le social, la notion de handicap étant bien sûr fonction de l'acte à réaliser : un début de névrite lépreuse avec insensibilité digitale est un handicap patent pour une femme chargée de travaux domestiques incontournables, lourds et continuels, elle est exposée à des maladroites très vite inexcusables si répétées et à une aggravation des lésions par brûlures fréquentes. Dans une vie quotidienne où existe une division sexuée des tâches, il en est de même pour l'homme au travail des champs. Mais la désignation —du fait de ces mêmes handicaps— peut aussi être, à l'inverse, la conséquence d'un trop grand intérêt pour le malade : dans l'épilepsie par exemple les chercheurs notent régulièrement la place que prend un cadre familial attentionné voire trop protecteur (surveillance)² qui isole la personne de la société alors que les relations des malades avec l'extérieur, les anonymes, sont marquées par des réactions violentes (ce qui renforce d'autant la protection).La stigma-

1. A. BARGÈS, 1997, *op.cité*, p. 524-525, citant E. GOFFMAN 1975, *op.cité*, p. 14 et A.E.KAUFMANN DE SWIEC, *La représentation sociale des maladies graves: les cas de la lèpre et du cancer*, Paris, Thèse de Doctorat de sociologie, EHESS, 1982, p.22-3: le patient grave s'éloigne du monde avant que celui-ci ne le marginalise. Voir à propos de l'épilepsie: G. SCAMBLER et A. HOPKINS «Being epileptic:coming to terms with stigma» *Sociology of health and illness*, 8, n°1, 1986, p. 26-43 et à propos du handicap: A.A. ABDELMALEK et J-L GERARD, *Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris, Interéditions, 1995.
2. Dans les pays occidentaux ou non occidentaux, citons en particulier N. BASTIN, J-M STIEVENARD, M. VINCHON «Epilepsie et hémophilie : la lutte contre leurs effets de stigmatisation » *Revue française de sociologie*, 18, 4, 1977, p. 651-78 ; K.KIRCHGASSLER, E.MATT, «La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques» *Sciences sociales et santé*, 5, n°1, 1987, p. 93-114; A.HUMBERT-GAUDART, •1997a, *Approche socio-anthropologique et prise en charge de l'épilepsie à Bamako*, Mali, Thèse de médecine, Université Aix-Marseille, (communication en 1998, avec M.Traore, G.Lamine et G.Farnarier, Congrès International de la PAANS, Dakar); •1997b *Entre l'hôpital et la ville, les épileptiques à Bamako*, DEA d'Anthropologie, Université Aix-Marseille.

tisation peut également être portée par les soignants : par les regards qu'ils partagent avec le reste de la société¹, par ceux propres aux modes de catégorisation médicale, au milieu socioprofessionnel, et au type de fonctionnement organisationnel et technique.

Dans ces mécanismes, la maladie suscite des pouvoirs car elle est porteuse d'une altérité dont la société veut se protéger en séparant, ségréguant les malades, en concentrant les moyens pour les soigner. Cela correspond avec ce que E. Goffman nomme des « institutions totales » où le désir de protection des sains est légitimé par l'argument de protection/amélioration/guérison/éducation des malades (Cf. asiles, léproseries, lazarets, « sidatoriums »...). Ces environnements n'ont cependant pas toujours été décrits comme des lieux d'enfermement insupportables : ainsi l'historien de la lèpre en France François-Olivier Touati souligne avant le XIII^e siècle l'aspect protecteur, recherché des léproseries très bien organisées, attirant les personnes aisées amenant leurs biens ; système associé à la valorisation des malades par le message chrétien et à l'absence d'une pensée de la contagion². De même, il existe actuellement des mécanismes d'attraction de populations saines mais pauvres dans les zones urbaines de soins des malades lépreux, attraction générée par la présence de nombreuses aides charitables et de tout un système de distribution plus ou moins licite et clientéliste. De nombreux exemples de tels lieux marqués par la présence de maladie ou de dangers deviennent ainsi des *no man's land* pour la majorité mais des « terres promises » pour les populations défavorisées ou rejetées³. Les dits Asiles ou les prisons sont aussi des lieux qui, malgré l'ordre sévère et l'absence de libertés, ont été décrits comme des réserves possibles de réagrégation⁴ : les enfermés réadaptant les règles, initiant de nouvelles formes de sociabilités, créant du lien et de l'identité. L'univers concentrationnaire réunit dans un lieu limité des personnes diverses et nombreuses partageant la même vie quotidienne, le même ordre et surtout un vécu commun de la maladie et de la stigmatisation. La maladie grave, chronique, handicapante, stigmatisante initie la personne touchée et l'engage vers une nouvelle iden-

1. M. LLEWELLYN, « Constructing 'épilepsie' : a case study of medical student texts from 1894-1994 » *Journal of sociology*, 34, n°1, 1998, p. 49-57.
2. F-A TOUATI, *Archives de la lèpre. Atlas des léproseries entre Loire et Marne au Moyen Âge*. Editions du C.T.H.S (Mémoires et documents d'histoire médiévale et de philologie), 1996 (Thèse de Doctorat d'Histoire, 1992). Il existait tout un système organisationnel des léproseries (inventoriées, gérées matériellement et spirituellement) et du recrutement des « malades ». Le discours médical de contagion est venu ensuite justifier un processus d'accusation avant tout social et économique.
3. B. PAILLARD, chercheur au CNRS décrivait ces dynamiques sociales en Biélorussie dans les territoires situés autour des zones irradiées de Tchernobyl, Communication sur « La notion de contagion », Séminaire *Socio-Anthropologie du corps et de la maladie* (F. Bourdarias, M. Jaisson, A. Bargès coord.), DEA de l'Ecole Doctorale « Villes et territoires », Université de Tours, mars 2001. Cf. aussi du même auteur « Petit historique de la contagion », *Communications* (La contagion), n°66, 1998, p. 9-19.
4. E. GOFFMAN, 1961, *op.cité* ; M. CALVEZ, « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité » *Sciences sociales et santé*, XII, n°1, 1994, p. 61-88.

tité « malade », d'autant que celle-ci se greffe sur une histoire communautaire. La lèpre et sa gestion médicale et administrative, en Afrique de l'Ouest comme ailleurs (Centre antilépreux de Carville, USA) a généré de tels processus individuels et collectifs, localisés et transnationaux (réseaux de « lépreux », réseaux de mendicité et de charité, réseaux de commerces). Un même territoire de vie (institution ou quartier), une recherche difficile et initiatique de soins (Cf. plus loin les itinéraires thérapeutiques), une maladie exposant à tout un imaginaire social et à la discrimination participant d'une « recomposition identitaire »¹. Ce phénomène a été particulièrement observé autour du sida et de la communauté gay : la séropositivité et la maladie ayant été attachées à leurs débuts à l'identité homosexuelle et à l'appartenance à un « groupe » associativement et socialement actif, les malades recherchaient un soutien et des repères dans un milieu qu'ils n'avaient pas cherché jusque là à intégrer mais auquel ils étaient renvoyés.

Précédant le regard sociologique sur les groupes et leurs interactions, le principal pôle de lecture sociologique a été de comprendre la morphologie, la structure de la société en vue d'ensemble(macro) et outre l'étude de ce qui fonde le lien social, l'étude de la stratification sociale est un des thèmes privilégiés de la sociologie : depuis les classes sociales définies par Karl Marx selon des rapports de production aux catégories socioprofessionnelles CSP définies par L'INSEE² et aux styles de vie, « l'habitus », décrits par Pierre Bourdieu en passant par les hiérarchies sociales et les théories de la « domination » de Max Weber³, l'étude des rôles et statuts par Talcott Parsons⁴ —plus spécifiquement dans la relation médecin-malade— et l'analyse des « professions » par Eliot Freidson⁵.

Max Weber décrivait trois types de hiérarchie reposant sur la propriété, le pouvoir et le prestige et donnant naissance à une série de groupes de *status*/statut, deux types d'autorité, personnelle et fonctionnelle, et trois sources de domination : traditionnelle, légale-rationnelle (dont l'exemple type est l'autorité institutionnelle, administrative, bureaucratique) et charismatique. Les origines du pouvoir sont nombreuses : force, religion (caractère sacré), sexe, classe sociale, famille/parenté/âge, instruction/intellect (pouvoir rime avec savoir), argent.. Mais s'il existe c'est que généralement il s'exerce par une autorité devant laquelle on s'incline, c'est à dire qu'il dispose de moyens de rencontrer l'obéissance, moyens de contrainte explicites et implicites et moyens de persuasion, d'où la notion de domination légitime. Les études sur

1. Cf. entre autres D.CARRICABURU ET J.PIERRET *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*. Rapport de recherche ANRS/INSERM, Paris, CERMES, 1992.
2. Institut National des Etudes Statistiques et Economiques.
3. *Herrschaft*, pouvoir au sens de domination.
4. T. PARSONS, *Elements pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955. Lire la synthèse faite par Ph. ADAM et Cl. HERZLICH, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, 1994, p. 74 -90.
5. E. FREIDSON, *op.cité*, 1984 (1970).

l'autorité sont nombreuses¹ et actuelles, replacées dans le contexte de redéfinition des « légitimités professionnelles », d'exigence du public et de crise de confiance entre médecine-société, médecin-malade.

Le pouvoir, comme on a pu le voir durant les précédentes pages, est lié au domaine du soin, de son exercice, de la personne qui l'exerce, des structures institutionnelles où elle exerce (Cf. la logistique nazie) et des conditions socio-économiques du moment. On associe également souvent pouvoir et mort, en passant par le pouvoir médical. L'anthropologue Louis Vincent Thomas² disait du pouvoir et des pouvoirs (économique, politique, social, religieux symbolique...) que c'était au sein du rapport médecin-malade que leur interaction apparaissait clairement, par exemple entre le pouvoir médical et le pouvoir religieux, où les similitudes de langage sont flagrantes ; en effet « dans le monde médical, on ne répugne pas à la métaphore religieuse : le "sacerdoce" du médecin, un malade "sauvé" ou "condamné", une "guérison-miracle", le "salut" du malade ». D'ailleurs, ajoutait-il, à l'instar du dogme religieux, le savoir médical ne se partage ni ne se discute ; le patient, passif et dominé, se soumet sans réplique aux diagnostic et thérapeutique. Ecrits il y a une vingtaine d'années, ces propos sont à rediscuter à la lumière des changements de ce siècle ayant mené du patient passif à l'auto-soignant et aux malades organisés en association. Le pouvoir (sacré) rejoint la notion de puissance vue plus haut chez des soignants plus traditionnels, s'appuyant sur le mystère et l'adhésion sociale. Une part de leur autorité est charismatique, elle opère également chez un médecin moderne et se mêle à la notoriété ; elle inspire a priori la confiance, la persuasion pour être relayée par la qualité diagnostic et le savoir-faire thérapeutique. Dans la réapparition de la dimension soignante au sein des églises, on voit de plus en plus les évangélistes américains, pasteurs prédicateurs, appuyer leur autorité sur ce charisme, personnel et thérapeutique, et faire appel à cette image de *leader* et « d'homme-médecine »³. Notons que, dans l'exercice de la médecine — entre autres — et dans le rapport au public, compte encore beaucoup l'image du prestige, la manière dont certaines personnes en imposent aux autres par ce que l'on nomme les « symboles sociaux de la grandeur ». L'acquisition au XIX^e siècle de meilleurs moyens d'exercice et d'une légitimité professionnelle a été en grande partie liée à un meilleur statut social et à une plus grande considération sociale, situation que résume le mot « notabilité ».

Le pouvoir médical a bien d'autres atouts que l'appui des symboles religieux ajoute L.V. Thomas ; il nous permet d'ailleurs de comprendre les conditions d'évolution des rapports médecins-médecine-malades-société en

1. Cf. le numéro de *Sciences Humaines* consacré à l'Autorité (de la hiérarchie à la négociation), n°117, 2001 (bibliographie p.39) et le numéro 6 de la revue *Cités (Philosophie, politique, histoire)* intitulé « Qu'est-ce qu'un chef? la crise de l'autorité aujourd'hui », 2001.
2. En particulier *Mort et pouvoir*, Paris, Payot, 1978 (préface J-D Urbain 1998).
3. S. FATH, « Protestantisme aux Etats-Unis: l'autorité resacralisée », *Sciences Humaines*, n°117, 2001, p. 32-35.

décomposant ce « pouvoir médical » qu'il place au point de convergence de plusieurs facteurs et de quatre polarités¹ :

- les modes de pensée médicaux officiels : savoir du médecin, savoir-faire/technique médicale, discours du médecin (savant, moralisateur, formateur).
- la classe sociale : la place du médecin dans les catégories socioprofessionnelles reste encore privilégiée (classe moyenne aisée, élite institutionnelle).
- le système dominant : pouvoir étatique et appareil relais, administratif (université, CHU, organisation hospitalière, ordre des médecins), entreprises pharmaceutiques, médias médico-scientifique
- les attentes du public : perte de vitesse des valeurs religieuses classiques, peur du souffrir et du mourir, médicalisation de la société et de la vie/mort, besoin de médicaments et de soins...

Ces attentes sont ambiguës, placées entre une foi indéfectible en la technique qui fournit —par le biais en partie des acteurs médicaux— des preuves régulières de ses potentialités et suscitent des exigences, et la critique du dit pouvoir médical, réaction observée depuis vingt ans. Ceci est renforcé par un accès démultiplié à l'information médicale (médias, internet). Cette adhésion au progrès technique —tout est possible, on a trouvé ou on va trouver une cause, une raison à tout— et l'utilisation de cette technique, révèlent aussi les limites des hommes, des décideurs, des médecins, des organisations... d'où insatisfaction, déconsidération progressive des anciennes élites, crise de confiance et accusation.

Les raisons de la position sociale des médecins, et en premier de leur ascension, tiennent à la notion de « profession » et permettent de comprendre les évolutions des rapports à la société et à l'Etat. Le terme de « profession » est défini. Les sociologues distinguent les professions des autres métiers par certains traits : «un haut niveau de formation abstraite et spécialisée et une orientation de service envers la population [...] le fait qu'il leur est reconnu le monopole de leur activité ainsi qu'une autonomie exceptionnelle dans son exercice et dans son contrôle [...] ils dépendent de leurs propres associations (l'Ordre des médecins) »². Cette capacité de contrôle, et d'auto-contrôle, est mise en œuvre dans un processus où l'Etat intervient. Enfin, continuent les auteurs, ils sont dominants (socialement, symboliquement, historiquement) dans le champ de la santé : « les autres activités sont considérées comme de statut inférieur et leur sont généralement soumises ». On retrouve ainsi la question du pouvoir à travers la hiérarchie des métiers, plus particulièrement observable au sein de l'univers hospitalier et qui se superpose encore largement à la différence sexuée³, entre le métier de médecin et les non-médecins (sage-femmes, infirmières, aide-soignantes...)

1. L.V. THOMAS, 1978, *op.cité*, p. 53.

2. Ph. ADAM et Cl. HERZLICH, *op.cité*, 1994, p. 31.

3. On utilise le terme *gender* pour signifier les rapports sociaux de sexe.

(cf ENCADRÉ 18), et au sein même de la médecine (spécialités, postes institutionnels...), même si le taux d'inscription et de réussite des femmes au Pcem1 dépassent les 50%. Tout cela participe de l'étude de la structure sociale du milieu médical, indissociable de la compréhension des évolutions de l'apprentissage social de la condition médicale¹.

Encadré 18

Hiérarchie et soignants. Une aide-infirmière pendant la guerre.

« Dans ses mémoires*, Agatha Christie raconte son expérience de volontaire dans les hôpitaux pendant la Première Guerre mondiale. Bien qu'elle soit issue d'une bonne famille, son rang à l'hôpital — où elle n'est qu'une garde-malade sans qualification — ne l'autorise pas à servir directement le médecin. La médiation d'une infirmière plus qualifiée — ici, une sœur — s'impose :

En entrant dans le monde infirmier, nous devons revoir nos idées sur notre statut social en général, et sur notre position présente dans la hiérarchie hospitalière. Les médecins ont toujours été en grande considération [...] Chez nous, le médecin était habituellement un ami de la famille. Rien ne m'avait préparée à la nécessité de me rabaisser pour le vénérer [...]

En effet, parler à un médecin, lui montrer que vous le reconnaissiez d'une manière ou d'une autre était terriblement présomptueux [...]. Une fois, un médecin, irritable comme le sont toujours les médecins à l'hôpital — non, parce qu'ils se sentent irritables mais parce que les sœurs attendent qu'ils le soient — s'exclama, impatienté : **Non, non, ma sœur. Je ne veux pas cette sorte de forceps. Donnez-moi...** J'en ai oublié le nom maintenant, mais lorsque cela se produisit, j'en avais un sur mon plateau et je le présentai [...]

— **Vraiment, vous mettre en avant de la sorte, tendre le forceps au médecin vous-même !**

— **Je suis désolée, ma sœur,** murmurai-je avec soumission. **Qu'aurais-je du faire ?**

— **Vraiment, je pense que vous devriez le savoir à présent. Si le médecin réclame quelque chose que vous soyez par hasard en mesure de fournir, vous me le donnez bien sûr, et c'est moi qui le tends au médecin.** »

Jacques Saliba, « Parlons d'abord des infirmières », *Panoramiques*,
Ed° Arlea-Corlet 1994-II, n°17, p. 105-111
citant *Agatha Christie, *An autobiography*, Fontana, Collins, 1977, p. 236.

Les évolutions à l'intérieur d'une profession sont inséparables de celles des autres « professionnels de santé ». Les légitimités professionnelles évoluent de manière interdépendante, remettent progressivement en question les anciennes hiérarchies de métiers au sein de la santé (et de l'hôpital) et s'expriment au travers de demandes de revalorisations (déclinés en terme de diplôme, de salaire, de fonction). L'actualité récente mettant en scène les sages-femmes s'en fait le témoin. La crise (du système de santé, des professions de santé), le moment de la décision *krisis*, rime avec pouvoir et légitimité et ne peut s'analyser que contextualisée et replacée au sein du triptyque

1. M. JAISSON, « Les théories sociales de la pratique médicale » dans *Les lieux de l'art. Etudes sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*, Thèse de Doctorat de Sociologie, Paris, EHESS, 1995, ainsi que l'article : « L'apprentissage social de la condition médicale. Une morphologie de la structure des spécialités médicales en France dans les années 1990 » à paraître dans *Empiria, Revista de Metodologia de Ciencias Sociales*.

Professionnels de santé / Etat / Public¹. Ces rééquilibrages de statuts, rôles, fonctions se font également au sein de la médecine, de ses pratiques et de ses spécialités : des formations peuvent être remises en question, comme la gynécologie médicale ; d'autres peuvent être revalorisées comme la médecine générale.

La sociologie en passant par la structuration sociale et la domination traite de la question des inégalités sociales et plus particulièrement des inégalités sociales devant la santé, devant l'offre et les activités du système de soins (Cf. plus loin) ; cela est à différencier des déterminants sociaux des états de santé vus en épidémiologie/santé publique. Elle est secondée par l'analyse géographique en particulier l'étude de la répartition territoriale des ressources sociales et sanitaires². Les inégalités sont renforcées par les situations d'immigration³. Les travaux anthropologiques actuels croisent également cette question des inégalités associée à celle vue plus haut des hiérarchies dans l'humain, en analysant les phénomènes de domination, de violence, d'exploitation physique et sociale engendrés par le développement des espaces transnationaux, des biotechnologies (greffes, procréation médicalement assistée...) et par les conséquences de l'économie de marché⁴.

IV.Représentations de la maladie, pluralisme médical et itinéraire thérapeutique.

Tout au long des chapitres précédents, la maladie et la manière d'y faire face ont été présentes⁵. Le terme « représentations » a été abordé de nombreuses fois, à travers :

- le champ large de l'histoire des sciences, de leurs théories ; ce propos renvoyait à la notion de « culture », de système de valeurs, de socialisation, de normes etc. ;

-
1. Ceci a fait l'objet d'un Enseignement Dirigé traitant des processus de légitimation des professionnels de santé, de la place de l'Etat et de la médicalisation de la société, sur la base de dossiers de presse sur la place des Associations de malades dans la prise en charge des soins (Etats Généraux du Cancer, 25 nov. 2000) et les revendications des associations d'usagers (Collectif interassociatif sur la santé, janvier 2001) en matière des droits des usagers et des droits des malades (en particulier sur l'accès au dossier médical) et la lecture d'un extrait de D. FASSIN *L'espace politique de la santé (le pouvoir de guérir)*, Paris, PUF, 1996, p. 185-194. Cf. également P. AIACH & D. FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994.
 2. A. LECLERC *et al.*, *Inégalités sociales et santé*, Paris, La Découverte, 2000; G. SALEM & S. RICAN, *Atlas de la santé en France T 1 ; les causes de décès*, Paris, John Libbey, 2000.
 3. « Santé, le traitement de la différence », *Hommes & Migrations*, 1225, 2000.
 4. N. SCHEPER-HUGUES. « The Global Traffic in Organs », *Current Anthropology*, vol 41, n°2, 2000, p. 191-224
 5. Ce chapitre séparé se justifie par un champ de recherche plus spécifique.

- les manières de penser l’homme nourries surtout de confrontations exigeant de nouvelles questions (Valladolid, pensée raciale et eugéniste du XIX^e siècle, période nazie, biotechnologies...);
- l’histoire et plus particulièrement l’histoire de la pensée médicale, des savoirs médicaux, des professions médicales et de l’institution formatrice, « la faculté » (de médecine);
- les différences de perception du mal/mal-être, de la mort, de la personne, du monde... dans des cultures « autres », « ailleurs »;
- les regards normatifs et les distances existant entre le médecin et ceux qu’il soigne ou aura à soigner — ceci implique une prise en compte de l’individu mais aussi et surtout de la société, de la collectivité, dans lequel cet individu fonctionne et dont les référents ne sont pas médicaux.

Les représentations —«se présenter à l’esprit», s’expliquer l’environnement, les autres, le monde— sont analysées sous l’angle des sciences cognitives (stimulus, sensation et perception neurosensorielle), de la psychologie versus psychologie sociale (interprétation par rapport à l’histoire familiale et individuelle, et des rapports interindividuels), de la sociologie (interprétations socialement élaborées et partagées) et de l’anthropologie/ethnologie (interprétations culturellement élaborées et partagées). Cette dimension multiple qui va du plus biologique au plus symbolique en passant par le social, c’est à dire les hommes en collectivité, s’exprime dans les travaux pluri et transdisciplinaires¹. Ces représentations permettent à la personne en société de mettre du connu, du sens, dans l’événement, la chose «à venir», de vivre avec d’autres personnes en partageant des visions communes de la réalité et en s’identifiant au groupe. C’est à l’histoire, aux historiens, travaillant dans les sociétés de l’écrit, que l’on doit aussi une grande part des travaux sur les modes de pensée et de faire dans le domaine de la maladie, la variété étant analysée sous l’angle diachronique et évolutif d’une même société : représentations historiques et sociales². Les représentations culturelles et les représentations sociales se déclinent de concert et reproduisent ce qui a été dit entre « culture » et « société »³. On décode ces représentations à partir du terrain sociologique et ethnologique, des entretiens auprès des personnes, en observant les comportements et en les contextualisant (ils peuvent être contradictoires par rapport aux discours tenus) grâce à

-
1. C. HERZLICH, *Santé et Maladie, analyse d’une représentation sociale* (préface de Serge Moscovici), Paris, Editions de l’EHESS, 1984 ; U. FLICK, *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales.*, Paris, L’Harmattan, 1992.
 2. Pour ne citer qu’un exemple, M. GRMEK, *Les maladies à l’aube de la civilisation occidentale*, Paris, Payot, 1983.
 3. L’association du qualificatif «sociales» au terme «représentations» a tendance à être plus souvent utilisé, d’autant qu’on parle depuis longtemps en sciences sociales, encore plus actuellement, de «construction sociale» de la mort, de la maladie... autre manière de rappeler la notion de «fait social», sans nous faire ignorer la «culture».

ce qui est propre aux méthodes de ces disciplines (cf. pistes bibliographiques en fin d'article).

L'anthropologie, dans ses travaux sur la maladie, présente depuis les années 70-80 plusieurs approches voire écoles de pensée, qui se nourrissent mutuellement de leurs recherches et de leurs critiques. Parmi celles-ci on citera une «anthropologie de la maladie» où la maladie est analysée comme fait social total et comme «événement»¹ :

La maladie est une forme d'événement, souvent située dans une chaîne de malheurs, qui dépasse le corps et fonctionne comme signifiant social : elle fait l'objet de discours qui mettent toujours en cause l'environnement au sens le plus large . Ces discours varient avec la période historique et la situation sociale et professionnelle de ceux qui les tiennent².

De même on citera une « anthropologie médicale » (par référence à la *medical anthropology* américaine) qui rassemble des travaux divers traitant du corps, des maladies, des soins, des formes de médecines, des systèmes de soins, très diversifiés à travers le monde dans un but souvent appliqué à l'intervention clinique, thérapeutique et préventive (santé publique, politique de santé). « L'ethnomédecine » qui est l'étude (science) des différences sociales et culturelles dans les références et techniques de soins, est en cela une partie de l'anthropologie médicale³. Ces évolutions ont commencé en France, après les Etats-Unis⁴ puis le Canada du fait de l'intérêt et des questionnements de médecins, essentiellement psychiatres, travaillant dans des populations ne partageant pas la culture ni la langue du médecin. D'une part, il y avait ces maladies « liées à la culture » (*culture bound syndrom*)⁵ qui ne correspondaient à aucune entité médicale, occidentale et des maladies biomédicales diagnostiquées qui n'étaient pas considérées comme des pathologies par les populations. D'autre part, pour mieux organiser, adapter les soins, il fallait évaluer les manières de penser le mal, le corps, la personne, le groupe, le monde, prendre en compte le point de vue « émic » de

1. M. AUGÉ, « l'anthropologie de la maladie » in *Anthropologie, état des lieux* (L'Homme), Paris, EHESS/Poche essais, 1986, p. 77-88,
2. M. AUGÉ et C. HERZLICH. « Introduction » in : *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. M. Augé et C. Herzlich (ss la dir.). Paris. Editions des archives contemporaines. 1991 (1984), p. 9-31. Cf. dans le même ouvrage, l'article de M.AUGÉ « Ordre biologique, ordre social ; la maladie forme élémentaire de l'événement ».
3. S. GENEST «Introduction à l'ethnomédecine : essai de synthèse» *Anthropologie et Sociétés*, II, 3, 1978, p. 5-28 ; A. EPELBOIN, *Savoirs médicaux et phytopharmacopées des Fulbe Bande et des Nyokholonké (Sénégal Oriental):essai d'ethnomédecine*, Thèse de Doctorat de 3eme cycle d'Ethnologie, EHESS-Paris, 1983.
4. Entre autres H. FABREGA, « On the specificity of Folk Illnesses » *Southwestern Journal of Anthropology*, 26, 1970, p. 304-314; A.KLEINMAN, *Patients and healers in the contexte of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatrie*. Berkeley, University of California Press. 1980.
5. Kleinman, parlant de *explanatoy model EM*, faisait des relations entre *illness*, réalités cliniques et relation aux soins, un « système culturel » autonome. Ceci est à replacer dans une approche culturaliste des sociétés, particulièrement américaine et psychiatrique.

« l'indigène » (en opposition à « étic » du point de vue de l'observateur extérieur à la société), connaître comment ils produisent des interprétations de leur propre expérience, donnent forme à leurs vies, orientent leurs actes¹. L'analyse portera sur les perceptions des personnes, malades ou pas, non spécialisées mais aussi sur celles de soignants dits traditionnels, souvent aux pratiques très diversifiées (empruntant des éléments techniques et symboliques d'autres cultures).

C'est au jour de ces nombreuses recherches et expériences de professionnels sur le terrain ainsi que par les jeux de traduction entre langues qu'en France, on a commencé à souligner les trois dimensions *illness/sickness* et *disease*, qui se cachent derrière le seul mot « maladie » et plus largement, comme le soulignait Jean Benoist, derrière le continuum maladie/malheur/infortune :

Les Anglo-Saxons ont dénommé illness non le mal qui git au fond du corps, mais la perception par un individu d'un changement négatif dans son bien-être et dans ses activités sociales. C'est ce qu'il vit, ressent et interprète à partir des signes qui le perturbent.

A l'opposé, ils ont employé le terme disease pour désigner la maladie telle que la traque la recherche biomédicale : maladie conçue en termes d'anomalies (fonctionnement, structure ou physiologie des organes). L'anthropologue Arthur Kleinman (1980) exprime clairement la complémentarité de ces deux aspects de la maladie : "Disease se réfère au dysfonctionnement de processus biologiques et/ou psychologiques, tandis que le terme illness renvoie à l'expérience psychologique et à la signification de la maladie perçue".

Une troisième dimension, socioculturelle est aussi constamment à l'œuvre. A la suite des travaux précédents, on a désigné comme sickness cette réalité socioculturelle de la maladie. Là se modèlent, en relation avec les structures de la société, le « rôle social » du malade, les formes socialement acceptables de la maladie, voire la qualification même de « malade » attribuée à l'individu².

Sickness, bien que dimension clé, est la notion la moins bien comprise par les non spécialistes car elle fait référence à des connaissances sur les

-
1. Citons un classique dans cette association du décodage symbolique, de l'analyse de l'interprétation qu'en ont les acteurs et de comment cela se décline au sein de logiques sociales: J.FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard, 1977. Cela rejoint les précédents chapitres traitant de la magie, «l'efficacité symbolique», la «fonction sociale», le pouvoir.
 2. J.BENOIST, «Illness, disease, sickness. Visages et masques de la maladie» in *La santé et ses métamorphoses*, Supplément *La Recherche*, Nov. 1995, p. 7-9. Cf. également du même auteur : «Quelques repères sur l'évolution récente de l'anthropologie de la maladie», *Bull.d'Ethnomédecine*, 1983, n°9, p. 51-58. Notions discutées à partir des travaux de Eisenberg(1977), Fabrega(1977-78), cf. aussi A.YOUNG «Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology», *American Anthropologist*, 78, 1976, p. 5-24.

mécanismes sociaux et symboliques, aux paradigmes éloignés de ceux psychologique et biologique.

Les mots, les discours divers des malades et aussi des non-malades (proches ou lointains) sur tel ou tel mal, sont une « lecture du corps » qui s'opère entre observations réelles et représentations culturelles et permet de comprendre ce qui est « signe » de maladie pour soi, pour les autres : elle se réalise certes à partir de stimuli sensoriels, dotés chacun d'une valeur propre, mais sont aussi « les supports d'une symbolique traditionnelle qui ne peut plus être manipulée de façon absolument libre »¹.

La dimension cognitive y est importante (surtout les couleurs) et indissociable des normes et valeurs fondamentales qui touchent là plus particulièrement ce que l'anthropologue Françoise Héritier appelle des « propriétés sensibles », entre signe/symbole et sensation, souvent placées en valence : le chaud/froid, sec/humide, mou/dur, clair/sombre etc. Plus rares sont les valeurs isolées, médianes, que je nomme « premières » (en référence aux nombres premiers) : le rouge, l'amer, le trouble/gluant. Cette lecture du corps se replace à travers les schèmes de penser le monde : animaux, végétaux, cosmos. On retrouve déclinées autrement les mêmes « qualités » dans les modes de perception, dénomination (ENCADRÉ 19), organisation voire classement (taxinomie) de l'environnement végétal, animal... : rappelons que les modes nosologiques (classement des maladies) biomédicaux actuels ont été édifiés sur la base des travaux naturalistes, qui sont en soi un exemple de lecture du monde naturel par les hommes. Analyse des dires et de leur sens. Une même approche discursive, mais placée dans l'écrit, se retrouve dans des travaux d'ethnologues comme François Laplantine² analysant les représentations étiologiques et thérapeutiques de la maladie à travers des textes de la littérature.

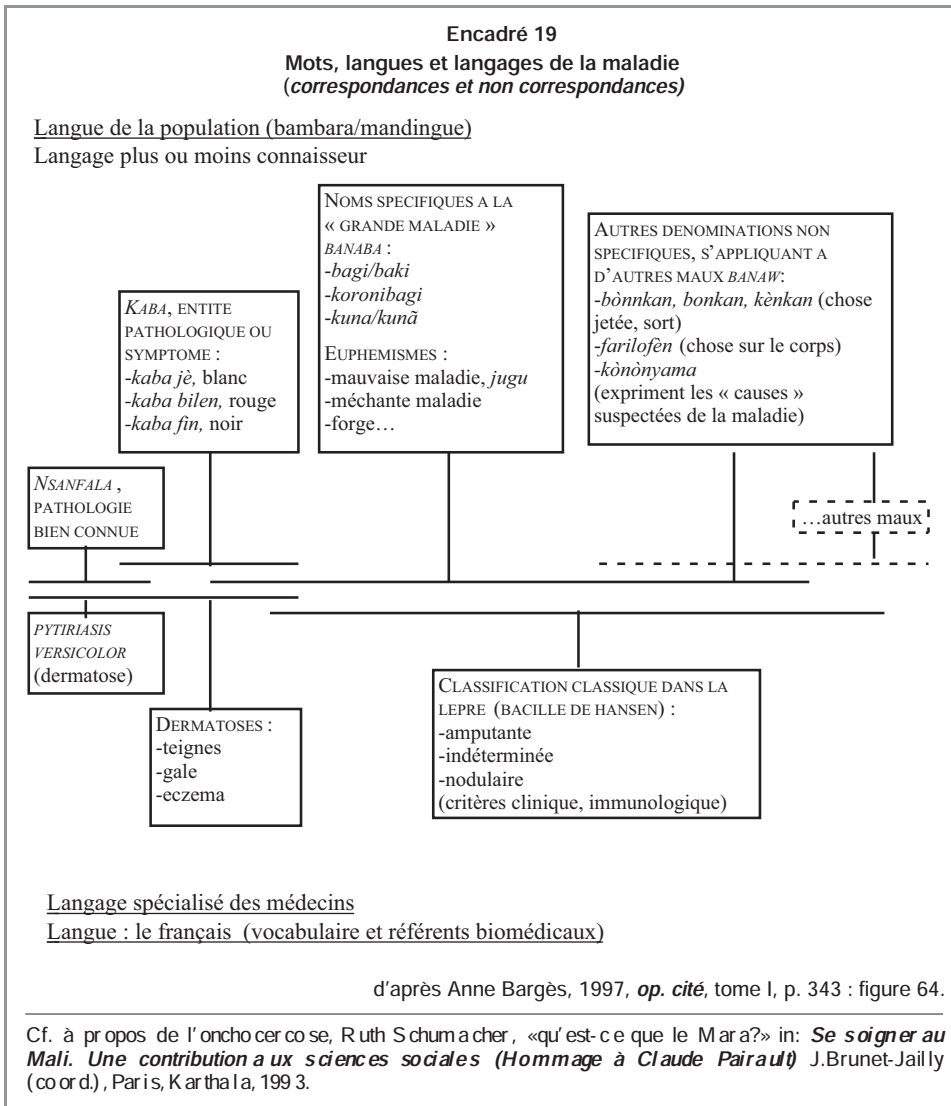
L'analyse portera sur les mots, expressions recroisées au jour de ce qui est observé à travers les autres discours et recueils de traditions. Cette démarche est déclinable dans toutes les sociétés, même dans celles où le savoir médical s'est très vite institutionnalisé et standardisé, fixé en sorte pour être mieux reproduit (rôle de l'écrit). A ce niveau, il faut faire avec la médicalisation du vocabulaire commun où l'usage des mots médicaux devient de plus en plus polysémique, loin du sens médical d'origine.

Les dénominations de la maladie — « j'ai le *kuna* », « j'ai le cancer » — ou leur absence par l'usage d'euphémismes (« j'ai LA maladie », « la grande maladie », « le haut mal »³), les qualificatifs qui lui sont associés (méchant, malin, mauvais), les superlatifs, les mots greffés sur le malade, les comportements à son égard... nous permettent d'apprécier la « gravité » d'une mala-

1. CL. LÉVI-STRAUSS, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958. Cf. aussi « La lecture du corps » in : A. BARGÈS 1997, *op.cité*, p 351, p. 357-385.
2. F. LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1997 (1986).
3. Mal sacré, à propos de l'épilepsie, cf. plus haut.

die qui marque un individu dans sa personne, son corps, sa vie sociale. La gravité d'une maladie, au sens social, se voit par la pérennité de certains mots à travers les siècles et les traditions et la présence, le poids qu'ils peuvent prendre dans les mentalités et les représentations : la lèpre en est un exemple (le mal rouge) , la peste aussi (le mal noir)¹. Le mot se détache alors souvent de son contexte pathologique pour devenir métaphore²: «à fuir comme la peste», «il a pas le sida», «le chômage est un vrai cancer». Au Mali, en bambara, le mot *juguya* désigne, à des degrés divers (sociaux, culturels, psychologiques et physiologiques), cette dimension sournoise et maligne de la maladie qui rime avec le «mauvais sang» qui se dépose, rouge et noir, et avec la manière qu'il a de s'exprimer. Le mot utilisé pour le traduire —gravité— n'exprime pas toutes ces notions. A propos de la lèpre et des maladies «les plus graves», voici des propos recueillis sur le terrain : «Je dois dire que c'est la maladie *jugu* en personne avec *fa* (qui fait partir l'esprit, la folie) et *kirikirimashyen/bininbana* («fait gigoter»/«fait tomber», que l'on peut traduire par «convulsions», par extension «épilepsie»)). Ces trois maladies composent le trio classique des maladies *jugu*; la cécité *fiyen(ya)*, handicap social majeur du au trachome, est également citée. Cette organisation n'est pas figée. En ville, elle est parfois remise en question par des discours qui viennent de l'évolution des traitements, de l'influence d'autres médecines (discours des docteurs), de la réévaluation sociale des maux et de l'apparition de «nouvelles maladies» comme le sida. L'impact du mal, sa gravité, va se répercuter comme infamie à travers l'image du malade, dans un étiquetage dévalorisant, un stigmatisme social, une identité dégradée ; les grands maux précités mais aussi des maladies longtemps mystérieuses, touchant à l'esprit, dont nous avons parlé plus haut (épilepsie) ou touchant à l'apparence, la peau (vitiligo, albinisme), s'en font les témoins³.

-
1. Ce chromatisme cité plus haut, ici dans les dénominations de maladies, se retrouve à travers le temps et l'espace : dans la médecine védique on distinguait quatre grandes formes morphologiques (lèpre blanche, rouge, noire et Grand mal). On retrouve le noir et le blanc dans la médecine arabe et musulmane...
 2. S. SONTAG, *La maladie comme métaphore*, Paris, Bourgois, 1993 (1977) ; *Le Sida et ses métaphores*, Paris, Bourgois, 1989.
 3. J.W.SCHNEIDER & P.CONRAD «In the closet with illness: epilepsy, stigma potential and information control» *Social problems*, 28, 1980, p. 34-44.



Certains aspects peuvent paraître uniquement d'ordre psychologique, ainsi la disqualification peut aussi porter sur le «caractère» : on va dire de tel ou tel type de malade qu'il se comporte d'une certaine manière et que cela justifie parfois les réactions à son égard. Dans le cas de la lèpre, exemple édifiant de mécanismes se retrouvant dans d'autres maux, on dira du malade lépreux qu'il a «mauvaise humeur», on le qualifiera a priori de *dusumango* : susceptible, méchant, pervers, avare, sournois, violent. Terme utilisé par ailleurs pour signifier cette forme de caractère. La désignation dépasse le corps pour toucher la personne, mais elle dépasse aussi l'individu pour concerner la collectivité des malades : en effet l'image qui perdure du « quartier des lépreux » à Bamako¹ est celle d'un quartier malfamé, dangereux où les gens

1. Bamako, capitale de la République du Mali, dépasse largement le million d'habitants ; le dit quartier concerne au moins 40000 habitants dont 10000 se réfèrent à la lèpre. Une minorité de ces personnes sont malades, mais la présence de plusieurs

sont susceptibles et agressifs. Elle vient s'exprimer dans des relations inter-individuelles —personnalisées et variées— mais est facilitée par l'existence de cette trame de représentations sociales et culturelles de la lèpre et du lépreux auquel il adhère (Cf. normes, déviance et labelling). Le malade exprimera par ces mots ce mélange de sens, sensations physiologiques, émotions et sentiments.

Ceci se remarque d'autant plus que les constituants fondamentaux de la personne et du corps¹ sont concernés et viennent argumenter son altération au plus immatériel de la personne. Précisons que là où de nombreuses cultures ont une gamme importante de mots, de concepts, de principes non organiques de la personne, le français n'aura que peu de vocables : « âme », « esprit », « caractère » ou « tempérament ». Ces principes sont mis en relation avec la représentation physiologique du corps : le *dusu*, par exemple, se traduit par « cœur », courage, énergie, on peut situer le siège de ce principe près du plexus solaire (entre cœur et foie), il est un des 60 éléments du *tere*, constituant la part non matérielle de la personne. *Dusumangoya* vient signifier un comportement marqué par une insatisfaction perpétuelle, une amertume, une énergie/violence enfermée, fermentée mais résurgente. Il vient s'ajouter aux problèmes neurologiques et physiques de la maladie qui peuvent servir d'arguments explicatifs. Un autre état également se trouve cité par les malades et la société dans plusieurs maladies (« folie », épilepsie, lèpre..), il s'agit de *dusukasi*, mélange d'affliction, de dépression et de colère désespérée jusqu'à perdre l'envie de vivre et finalement de la notion « d'anomie » (Cf. Durkheim et Mauss).

La manière d'expliquer le mal est donc inhérent aux représentations de la maladie et également à celles de la personne atteinte. L'interprétation collective de la maladie se fait en des termes mettant en cause la société, ses règles, sa vision. Ce sujet a été abordé par Claudine Herzlich au cours des années 60 à travers les représentations sociales de la maladie et de la santé auprès de membres des classes moyennes et supérieures² et elle cernait différents registres d'élaboration : maladie-malheur «dans l'ordre des choses» ou «maladie naturelle», «maladie-déséquilibre» et «maladie-intoxication» liées à un environnement naturel ou social vicié et nocif, «maladie-incapacité» où la santé était estimée à partir de la capacité de travail, «maladie-libératrice» et «maladie-métier» qui fournit une expérience, un savoir, un combat permettant de se réaliser.

génération de familles liées par la présence de la maladie chez un des membres, en fait un caractère identitaire et communautaire.

1. Cf. les données de Y. Cisse. «Signes graphiques, représentations, concepts, tests relatifs à la personne chez les malinké et Bambara du Mali» in *La notion de personne en Afrique Noire* Paris, L'Harmattan, 1993 (Colloques Internationaux du CNRS, n°544, 1973), données comparées à celles d'autres auteurs et analysées dans «une représentation du monde, la personne» in A. BARGÈS, 1997 *op.cité*, p. 289-293.
2. C. HERZLICH, *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Editions de l'EHESS, 1984.

L'étude des représentations s'est surtout penchée sur l'origine du mal, la recherche des causes, «l'étiologie» (terme qui ressort essentiellement du domaine médical). Outre les travaux d'anthropologues de la maladie cités plus haut, l'ouvrage de François Laplantine, présente la manière dont, à travers l'analyse de matériaux culturels comme les ouvrages d'écrivains, malades en particulier, des ouvrages médicaux, de films, on voit apparaître une série d'archétypes explicatifs, un « même ensemble cohérent de significations »¹ ; modèles qui ne sont pas figés de part la variation donnée par l'oralité, le contexte et l'individu en collectivité². La maladie peut être pensée comme :

- une entité à part entière, autre à la personne, ou au contraire comme un dysfonctionnement dans l'équilibre constitutionnel de l'homme,
- un élément extérieur à la personne (et souvent à l'enveloppe du corps, exemple : le microbe), ou au contraire intérieur (exemple : le gène, l'ADN)³ ;
- un élément en plus à soustraire ou au contraire un déficit, une faiblesse à combler, renforcer,
- un événement mauvais ou plus rarement un événement bénéfique : les malades chroniques partagent leurs expériences, et endossent la « fonction sociale » de soignant (soins pris au sens large « prendre soin »),
- une maladie-malédiction (cf. *fatum*) ou une maladie-sanction.

Le texte de L'ENCADRÉ 20 a servi de support aux Enseignements Dirigés de Pcem 1 pour travailler sur le thème des modes d'explication, de faute et d'accusation de l'Autre, vu comme pourvoyeur du mal, du danger

1. Cf. également des articles fondateurs, N. SINDZINGRE « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » in : *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. M. Augé et C. Herzlich (sous la dir.). Paris, Editions des archives contemporaines. 1991 (1984), p. 9-31; A. ZEMPLIENI, « La maladie et ses causes, introduction » *L'Ethnographie*, 2, 1985, p. 13-44 ; N. SINDZINGRE & A. ZEMPLIENI « Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire (IIIB spécial « Théories of causation, classification and thought »), *Social Science and Medicine*, 15B, 1981, p. 279-281.
2. Les recherches sur les nosographies, nosologies, taxinomies soulignent régulièrement ce cadre non fixé, de classification qu'on ne peut nommer système ou modèle : « si un nombre de données peuvent se classer (...) elles ne se laissent pas nécessairement emprisonner dans des "taxinomies hiérarchisées et incluses" » J. PIERRET & J. ANDOCHE « L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion » *Sciences Sociales et Santé*, 6, 3-4, 1988, p. 145-170. Cf. aussi S. FAINZANG, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina.*, Paris, L'Harmattan
3. Dans les représentations de la lèpre (cf. ENCADRÉ 19) et ses dénominations locales, on retrouve cette logique étiologique : *kuna* fait référence à un mal qui fermente de « l'intérieur » de la personne, *bagi/baki* fait référence à un dépôt (substance ou sort) venant de « l'extérieur » et d'une personne malveillante. C'est une autre déclinaison de la dualité inné-acquis, hérédité-contagion.

(physique et social). L'accusation engendre la faute de quelqu'un, à la différence des maladies qu'on ne lie pas à un comportement, « contre lesquelles on ne peut rien » et qui concernent potentiellement tout le monde : le cas des maladies génétiques, en opposition avec le sida. Cet exemple moderne, quelque soit le degré de technicité de la société, nous fait également souligner la présence de mécanismes explicatifs consubstantiels à l'humain et à ses rapports au social, et non pas signes d'une régression ou de survivances.

Encadré 20

A propos des représentations sociales de la maladie

« 30 novembre 1988. Dans un petit bar d'un pittoresque tout marseillais, des hommes et des femmes sont accoudés au comptoir, jeunes et plus vieux mélangés. Derrière le zinc, un homme entre trente et quarante ans ; au tiroir-caisse, une femme, plus jeune, affalée sur un long tabouret. Au fond, un marin, puis une jeune fille, un ou deux hommes, je ne sais plus, une femme, petit et blonde de plus de soixante ans que je soupçonnerais volontiers s'être quelque peu prostituée. Le sida ne lui est pas étranger. Elle semble être la seule personne à connaître un malade. Un ami légionnaire est en train de mourir à l'hôpital militaire de Lavéran, dans des souffrances atroces, me dit-elle. Du sida, qu'il aurait attrapé lors d'un séjour en Centrafrique. C'est pourquoi elle est pour la capote. Elle en a fait, d'ailleurs, une petite provision profitant, ce jour, d'une distribution gratuite. A mes côtés, un homme, petit, râblé, méditerranéen en diable, patron du bistrot. Ancien chef de chantier dans la maintenance pétrolière reconverti dans les bars, il affirme ne plus s'étonner de rien. Ambiance d'habitues. Tout le monde se connaît, s'appelle par le prénom, se tutoie.

Une discussion s'engage avec le gérant et le patron, puis avec un jeune assez aviné. Selon le premier, le sida peut s'attraper de cent mille façons. Et les scientifiques, pour ne pas nous effrayer, cachent la vérité. Ainsi, reprend-il, on nous dit que cela ne peut pas se contracter par la salive. Et de me sortir un dépliant qui montre, en images, les modes de contamination. Un dessin laisserait entendre que les relations bucco-sexuelles sont contaminantes. Et de me lancer : "c'est pas la salive, ça !" Selon le jeune, ce n'est pas la salive qui serait en cause, mais le sperme [...]

De même pour le sang. Après une bagarre dans le bar, on nettoie un peu. Mais il subsiste toujours quelque chose. Vous arrivez et vous marchez sur le sang qui reste. Vous en emportez un peu sous vos chaussures. Vous rentrez chez vous et vous les enlevez comme ça. Joignant le geste à la parole, il me mime quelqu'un qui, pour ôter ses souliers, les prend par la semelle. S'il a une petite coupure ou une égratignure, et bien, il va l'attraper [...] De la même façon, il craint les moustiques. Selon lui, la piqûre de l'insecte serait l'équivalent de celle d'une aiguille. Je lui explique que l'anophèle injecte de sa salive qui nous démange, pas de sang. C'est d'ailleurs dans cette dernière qu'on trouve les germes du paludisme, un parasite. "Justement, reprend l'autre, qui nous dit qu'il n'y a pas du sida dans la salive du moustique ?" [...]

Pourtant, en dépit de cette phobie généralisée et excentrique, il est contre le préservatif. "Jamais, vous me ferez mettre une capote, vous m'entendez, JAMAIS ! Le sida, c'est une fatalité, si on doit l'attraper, eh bien on l'attrapera " [...] Il passe allégrement de la phobie à la fatalité, en ayant, au passage des réactions de déni : il se dit être, lui, à l'abri parce qu'il sait avec qui il va. Le jeune me prend alors à part et me parle d'une classe entière contaminée. Le fait est sûr, puisque les journaux en ont fait état. Lesquels ? Il ne s'en souvient plus. Mais il est d'autant plus convaincu que la télévision a relaté le fait. Je lui signifie que je n'ai pas entendu parler de cette histoire. Je lui rapporte que, au contraire, on a mis en évidence cette non-transmission par la salive dans des centres recueillant des jeunes enfants hémophiles. En vain. Lui restera avec sa conviction. Le patron intervient : "Et qui nous dit que ce n'est pas à cause des Russes ?". Nous voilà sur la pente de la guerre bactériologique et je le laisse un peu parler pour pouvoir mieux le contrer. Mais il se lance dans un discours sur la surpopulation. "On est trop sur terre. Avant il y avait

les guerres. Maintenant, il y a la famine et le sida. Mais on ferait mieux de parler de la famine et de s'apitoyer sur ceux qui en meurent. Car ceux qui ont le sida en sont responsables. Parce qu'ils sont homosexuels, toxicomanes, ou parce qu'ils ont couché avec n'importe qui." En plus selon lui, les savants mentent. Comme tout le monde d'ailleurs, à commencer par l'Etat, l'administration, les autorités en général. Nous voilà en plein discours anti-étatique et anti-politicien... »

Bernard Paillard*, *L'Epidémie, carnets d'un sociologue*, Paris, Editions Stock, 1994, p. 33-36

*CETSAH «Centre d'Etudes Transdisciplinaires (sociologie, anthropologie, histoire)» URA 883 CNRS-EHESS (Paris), dirigé par Georges Vigarello (entre autres ouvrages : *Le sain et le malsain : santé et mieux-être depuis le Moyen-âge*, Paris, Seuil, 1993).

Cependant on peut, avec Laplantine, ajouter qu'à chaque époque, chaque société a « sa » cause préférée (parmi d'autres) :

- Le *fatum*, destin ou fléau, maladie de l'ordre du sacré, qui s'abattait brutalement et massivement, se superpose à la présence des grandes épidémies ; les populations impuissantes s'en remettent pour leur « salut » à une dimension sacrée, religieuse,
- Les «fléaux sociaux», les «maladies sociales» ont motivé l'œuvre médicale du XIX^e siècle : tuberculose, syphilis, maladies infantiles, alcoolisme ; au début du XX^e siècle, Patrice Pinell montre dans l'histoire de la lutte contre le cancer comment, indépendamment de son incidence, une maladie —notée depuis longtemps — a pris le relais des classiques fléaux sociaux pour prendre le devant de la scène de l'action associative, sociale et sanitaire¹.
- les « miasmes » en Occident ont eu la vie longue et renvoient à la tradition humorale et à un déséquilibre personne-monde (climat).
- la sorcellerie et la contamination par malveillances, sortilèges, ressortent plus en Afrique de l'Ouest, mais semble plus s'exprimer en Occident comme en témoignent certaines séries télévisées (américaines) basées sur des phénomènes magiques et sorciers et de légendes réactualisées².
- la contagion «microbienne» ne vient que tardivement se superposer aux «miasmes» et prend racine dans la conception d'une entité vivante séparée (autre) à l'individu et qui vient l'investir (Fracastor)³,
- la théorie de la dégénérescence et d'une mémoire nerveuse étaient largement déterminantes au XIX^e siècle de désignations et de comportements vus comme a-normaux, a-sociaux,

1. P. PINELL, *Naissance d'un fléau*, Paris, Métailié, 1998.

2. «Charmed» ou «Buffy contre les vampires», références au magique à mettre en relation avec l'essor des parasciences, comme le montre une autre série «Roswell».

3. Fracastoro, médecin italien du XVI^e siècle, qui, par l'étude de la syphilis, a introduit le concept de *contagium vivum*, en envisageant une transmission pathogène par le biais d'un agent vivant et invisible. Il a également décrit la tremblante du mouton. Cf. G. FABRE, *Epidémies et contagions, l'imaginaire du mal en Occident*, Paris, Puf, 1998.

- la notion d'hérédité par laquelle maintenant le mot «gène» semble tout expliquer, en cela porté par les connaissances mendéliennes, caryotypiques et électrophorétiques, est déclinée diversement selon les savoirs, les sociétés et les époques. Ainsi le caractère héréditaire peut ne pas être pensé comme une transmission (quelque chose qui «passe» de l'un vers l'autre) mais comme une présence dans une même lignée où les personnes se conçoivent dans et comme un sang commun¹. Cela peut s'introduire dans la lignée par le biais de l'alliance (la femme)² ou par la rupture d'interdits sociaux (essentiellement sexuel et alimentaire).

Hérédité-chatiment donc, puisqu'une personne est coupable. On retient les imputations d'impureté et d'iniquité (chair fautive) attachées à la lèpre dans l'histoire occidentale et plus particulièrement chrétienne. Ces imputations classiques intègrent la chair et l'excès de nourriture (viande de porc), le sexe et la luxure (comportements délictueux, «nature» hypersexuelle et mélange suspect de «sangs» : inceste ou unions bâtardes, hybrides)³. Dans son *Traité de la Peste, de la petite verolle et rougeole avec briefve description de la lèpre ou ladrerie*, Ambroise Paré (1568) nous dit que :

la lèpre est introduite au ventre de la mère par la semence d'un père lépreux au moment des menstrues... La fréquentation des lépreux est dangereuse... par le coït, la lèpre peut (se) communiquer (d'autant que) les lépreux désirent grandement l'acte vénérien. Quand leur maladie est au commencement, ils sentent grande chaleur estrange aux parties internes de leur corps et partant brûlent du désir de Dame vénus mais tel déduit leur est fort contraire⁴

Les représentations étiologiques sont souvent mises en parallèle des représentations thérapeutiques c'est à dire la manière de penser les traitements possibles des maladies. L'ENCADRÉ 21 rappelle l'importance des inadéquations de langues et de langages entre médecin (étranger) et équipes soignantes dans la prise en charge des soins et l'éducation pour la santé.

-
1. Les règles de parenté, de transmission sociale et culturelle de l'identité et de l'alliance (choix du conjoint) seront essentielles à connaître. Cf. à ce sujet P. GLEIZE « L'hérédité hors du champ scientifique » *Ethnologie française*, XXIV, 1994, p. 11-24.
 2. Cf. «Hérédité-contagion» in: A. BARGÈS 1997, *op.cité*, p. 650 et p. 664-668. Dans les sociétés patrinaires (pouvoir, identité du côté des pères) d'Afrique de l'Ouest, la lèpre est souvent rapportée à la présence d'une mauvaise femme, sorcière, étrangère, qui a marqué le sang de la lignée.
 3. L'analyse des représentations, à travers les écrits littéraires et ouvrages médicaux et pour ce qui concerne des maux mythiques, bibliques, sont à replacer dans le cadre de la pensée religieuse normative; voir à ce propos *L'impure* de Guy des Cars, où apparaît l'archétype du lépreux, malsain et violent, et de la lépreuse, belle jeune femme blanche et chrétienne (atteint par la Grâce) qui se dévouera aux autres.
 4. Cf. O. MACHUEL, *La lèpre, histoires sociales, légendes et réalités*, Thèse de Médecine, Université de Reims, 1986.

Encadré 21**Discours et implications médicales**

« Le médecin ayant acquis sa formation et ordonné son savoir le plus souvent en langue française ou anglaise, il aura lors du colloque avec le malade, ou lors de campagnes sanitaires, à lier sa démarche diagnostique ou éducative à une activité de traduction. A l'intérieur de sa consultation, il devra effectuer deux opérations. la première consiste à traduire les mots du malade dans sa langue servant de support à son savoir, la seconde à les transformer en signes cliniques évoquant des étiologies précises en vue d'un traitement. A ce niveau, que le patient dise paludisme pour une fièvre, ou hépatite pour tout ictère, n'a rien de surprenant, le malade n'est pas forcément médecin et cela se passe dans toutes les consultations du monde. Ces divergences existant entre les définitions scientifiques des maladies et leurs représentations populaires ont été souvent décrites par les anthropologues, mais il reste à comprendre d'un point de vue opérationnel en quoi cela est important.

Si dans les pays du nord, que cela soit bon ou mauvais, les divers examens cliniques et paracliniques permettent pratiquement de se passer de la parole du malade, celle-ci est au contraire essentielle dans les pays en voie de développement où l'anamnèse [l'histoire de la maladie] est souvent le seul élément du diagnostic dans la consultation.

De même, des interdits de langage, ou l'obligation d'utiliser euphémismes et périphrases pour désigner certaines maladies, personnes disparues etc. peuvent empêcher le soignant de bien comprendre la demande du malade. En milieu Bambara, le terme *gankedimi*, souvent traduit par « règles douloureuses » est en fait utilisé par les femmes pour évoquer, sans prononcer le mot, la crainte d'une stérilité. pour le médecin et l'infirmier, traduire hâtivement et prescrire un antispasmodique quelconque sera méconnaître la nature de la demande de la consultante [...]

Dans ses activités d'information sanitaire ou de dialogue avec les populations, les difficultés du personnel soignant peuvent être regroupées sous quatre rubriques :

- la nomination de la maladie [la manière de la nommer, la qualifier]...
- la définition de la maladie [qu'est qui est appelé "maladie" ?]...
- la définition de la prévention [on évite la maladie en fonction de ce qu'on pense être la ou les causes]...
- des représentations différentes de la maladie [...]

Ainsi en Bambara, le terme *kono* est habituellement traduit par accès pernicieux palustre, or il désigne aussi le tétanos néonatal et les convulsions de l'enfant

Diffuser en langue nationale, comme cela est courant, le message « pour éviter le *kono* à vos enfants, donnez leur de la chloroquine » est s'exposer à bien des risques d'incompréhension »

Yannick Jaffré, « Education et Santé » in : *Sociétés, Développement et Santé*
D. Fassin et Y. Jaffré (coord.), Paris, Uref-Ellipses, 1990, p. 50-66

D'autre part les dires de la population, ses opinions et valeurs, ne pré-sagent pas forcément des comportements et l'analyse des discours doit se doubler des observations sur le terrain. Ainsi dans les diverses études sur les comportements de prévention, en particulier sur la question de «risque», les chercheurs notent un décalage très grand entre la connaissance médicale sur les modes de transmission du sida, l'acquisition de ces connaissances minimales par les différentes personnes et surtout leur intégration dans leur scénario sexuel¹. Nous avons vu au début de ce chapitre que le rapprochement d'équipes soignantes et d'ethnologues s'était construites à partir d'intérêts et

1. G. PAICHELER, *Le public face à la menace du sida. Volume I : Interprétation des connaissances et prise de conscience du risque*, Rapport de recherche, INSERM, Paris, 1994.

de préoccupations médicales. Dans les enjeux directement en relation avec la prise en charge thérapeutiques, l'analyse de l'impact social d'une maladie dans une population est très importante pour mieux adapter l'accessibilité et le suivi du traitement par le malade (compliance), repenser l'organisation des soins, le système de soins : ce sont tous les enjeux autour des maladies « graves », chroniques et/ou invalidantes (diabète, épilepsie, cancer, hémophilie...). Les études sur les perceptions, le vécu, le rapport entre connaissances, attitudes et pratiques sont très variées, dans le cadre de pays en voie de développement¹ ou dans les pays occidentaux. Par exemple, dans la prise en charge du cancer, la place de la radiothérapie et d'un bon suivi des soins est fondamental. On s'est intéressé à la manière dont l'information médicale aux patients pouvait être mieux amenée par les structures et équipes soignantes². Certaines viennent répondre à l'actualité hospitalière, en particulier en relation avec la volonté d'une démarche qualité des pratiques et d'une amélioration continue des soins, menant à la demande d'accréditation d'établissements de santé, de normalisation des pratiques et de recherche d'indicateurs pertinents en médecine, portée par des Agences comme l'ANAES³ :

Les comportements en matière de soins, les choix thérapeutiques vont se décliner selon différentes formes de médecines et de pratiques de soins qui peuvent être beaucoup plus complexes qu'un intitulé générique (médecin, guérisseur, rebouteux..) ne veut bien le montrer. La revalorisation du relationnel et la curiosité culturelle à l'égard d'autres traditions médicales (médecine chinoise) légitimées car enseignées en faculté, transforment les

-
1. Dans beaucoup de maladies, les patients développent des stratégies pour cacher leur atteinte, protéger leur réputation et le rejet. Voici quelques travaux en réponse à des demandes d'équipes soignantes : en rapport avec l'aspect stigmatisant des maladies de peau, cf. A. BARGÈS, *Lèpre et représentations de la maladie au Mali : la gestion sociale du stigmat, implications en santé publique*, Travaux et Documents « Anthropologie et lèpre » n°1, Aix-en provence/ Marseille, LEHA/CNRS, 1993 (2eme édition 1994) ; en rapport avec l'épilepsie, cf. en Afrique de l'Ouest P. Coppo & A. Keita (eds.), 1990, *op.cité*, A.HUBERT 1997, *op. cité*, et J.W. SCHNEIDER & P. CONRAD 1980, *op.cité*.
 2. A.BARGÈS, G.KANTOR, A.HUBERT, *L'information soignant-soigné dans les centres de radiothérapie : approche anthropologique pour une amélioration d'un vécu des soins*. Projet de recherche 1997, I.Bergonié/INSERM/Univ.Bordeaux 2 et G.KANTOR et al «Structured patient information in radiotherapy departments in Europe», *the European Cancer Conference ECCO9*, org by FECS (Federation of European Cancer Societies), Hamburg 14-18 sept.1997. Proceedings in *European Journal Cancer* 1997, 33, sup. 8, abstract n°1011.
 3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : « L'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale. L'ANAES contribue aussi à évaluer les actions et les programmes de santé publique [...] L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques» <http://www.anaes.fr>

pratiques quotidiennes des médecins inscrits à l'Ordre et installés. Les références aux dites «médecines douces», parallèles ou alternatives (Cf. ENCADRÉ 22) peuvent se décliner par un médecin du système de santé officiel (homéopathie, acupuncture) comme par un soignant magnétiseur exerçant officieusement.

Encadré 22

Médecines « modernes » - médecines « traditionnelles »

« a) Médecines “modernes”

•Le terme “ moderne “

La modernité en médecine remonte même à Vésale... en 1543, les planches de son ouvrage *De Humani corporis fabrica* illustrent la naissance de la vision moderne du corps, et annoncent l'essor qui suivra. Mais Descartes a effectivement cristallisé cette image d'un corps qui n'est plus le “sujet” lui-même, mais une machine à la disposition de celui-ci. “Comme une horloge composée de roues et de contrepoids [...] je considère le corps humain”, dit-il dans sa Méditation sixième. Cette séparation du corps et de l'âme, ou plutôt cette désacralisation du corps, le rend accessible au thérapeute, car il n'y a plus violation du sacré. La maladie est devenue une “espèce naturelle”. Le corps est désormais un objet, un avoir, alors que l'esprit demeure du côté de Dieu. Dès lors la médecine peut amorcer sa marche dans une direction où elle définira de plus en plus le malade par rapport au corps, sur lequel elle agira en mettant l'âme entre parenthèses.

•Le terme “ tradition”

Son contenu dépend plus de celui qui l'écoute que de celui qui le prononce ! Il peut s'appliquer à la médecine générale de notre vie quotidienne, mais bien souvent, c'est la médecine des autres que nous qualifions de traditionnelle, sans différencier au sein de cette médecine diverses parties de l'immense éventail qui va des pratiques empiriques les plus savantes (codifiées par écrit), aux cas où la médecine est plus une religion appliquée qu'un moyen direct de soigner le corps.

b) Médecines “alternatives”

Elles répondent à ce fascinant besoin de transcendance qui existe chez l'homme, même lorsque son discours est le plus matérialiste qui soit... Aujourd'hui, notre société vit dans une contradiction, qu'elle essaie de résoudre, entre une croyance assez générale dans la matérialité de l'univers et de l'homme, et ce besoin de transcendance qui saisit chacun dès lors qu'il se sent le jouet de cette matérialité. Avec les médecines alternatives, et à travers bien des conflits et des incompréhensions, ne peut-on entrevoir des complémentarités, que notre société n'a pas pu mettre au point ? Les diverses médecines auxquelles recourent les malades sont autant de langages. Chacun ne détient qu'une partie d'un message que le malade espère recevoir tout entier.

Dans le droit-fil de la trajectoire qu'amorçaient Vésale et Descartes, la biomédecine est aujourd'hui entre les mains d'une biologie qui à la fois éblouit et révolte le malade. Mais que peut-il faire pour lui échapper, au moins en partie, dans sa définition de lui-même, lorsqu'il ne croit plus en une surnature qui donnerait sens à son mal et transformerait le hasard en destin ? Il ne suffit pas qu'un praticien prenne médicalement en mains son corps défaillant ; ce serait comme lui dire qu'il n'échappera jamais à ce corps qu'il croit son “avoir” et qui se révèle douloureusement constituer son “être”. C'est là qu'interviennent les médecins alternatives. Elles doivent leur force à ce qui en elles est le moins “biologique” (malgré ce que laisse entendre une partie de leur discours) : à leur enracinement, faute de surnaturel, non dans l'inconnu, mais dans l'inconnaissable. En réintégrant cet inconnaissable dans l'homme, elles l'ouvrent sur des horizons que la biologie lui fermait et véhiculent alors un message essentiel. Car il y a dans toute quête de guérison une quête de salut. »

Jean Benoist (entretien avec), « Les médecines traditionnelles » in : *La science sauvage : des savoirs populaires aux ethnosciences*, Points-Sciences, 1993, p. 92-103.

La personne va, selon son mal, passer par tel ou tel type ou lieu de soins : de l'automédication (secteur de soins populaire) ou autoprescription aux thérapeutes officieux (secteur de soins traditionnel) en passant par le secteur de soins professionnel. Celui là est le plus évident pour les sociétés occidentales car il s'inscrit dans l'histoire de la médecine et du «système de santé»: nous renvoyons à l'article de Claude Bensaïah dans ce même ouvrage. Système, car il s'agit d'un ensemble connexe, cohérent (culturellement, socialement, historiquement, institutionnellement) et légitime de structures, de praticiens et de pratiques. Pour les sociétés où les soins s'ancrent dans une autre tradition que la biomédecine occidentale et où les soignants s'insèrent dans l'organisation sociale et culturelle, le système des soins officiel, biomédical est importé. La démarche thérapeutique se fera en premier à partir du secteur populaire (personne, famille, relations) et le secteur traditionnel. Cependant tout n'est pas culturel et les problèmes économiques, les disparités territoriales viennent aussi expliquer ces recours¹. Notons que les pays occidentaux ne sont pas exempts de ces démarches vers la tradition : de nombreux travaux existent sur les nouveaux cultes de guérison (Cf. USA, Brésil, Afrique..), les pratiques de soins syncrétiques² qui se déclinent sur la base de cultes plus classiques (pèlerinage, saints guérisseurs). En outre, les sociétés occidentales sont traversées par un regain d'intérêt pour le mystérieux, le magique, mais un magique perçu comme pouvant se vérifier dans le futur («cela va se faire») par le développement de la technique/science. L'essor des parasciences plus particulièrement dans le domaine du soin est significatif.

Cette plus grande disposition à envisager des recours diversifiés aux soins et donc une démarche plus individualiste sont à placer dans les changements de la relation médecin-patient (dépassent son cadre) et les rapports public-médecine. Les ouvrages³ de sociologie de la santé terminent par ce passage du malade «patient» au malade auto-soignant ou encore acteur de sa santé (Cf. la fin du chapitre II, le consentement libre et éclairé, et la question du pouvoir médical). La pluralité des modes de relation médecin-malade est plus évidente. Au sein des services hospitaliers, la relation malade-équipe soignante passe de plus en plus par la négociation, le rôle du malade, de sa famille est plus «actif»⁴. La participation du patient, des associations de malades (structurées en fédérations), des usagers (Comité interassociatif), du public au sein de structures de soins, d'agences régulatrices est de plus en

1. Cf. A. DESCLAUX & B. TAVERNE, *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest*, Paris, Karthala, 2000. L'allaitement et la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Burkina-Faso sont subordonnés à un usage des substituts du lait maternel hors portée de la population ou qui comporte des risques nutritionnels et infectieux non négligeables.
2. J. BENOIST, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Puf, 1993.
3. C. HERZLICH & J. PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984 ; P. ADAM, C. HERZLICH 1994, *op.cité*
4. A. STRAUSS et al « L'hôpital et son ordre négocié » in : *la trame de la négociation : sociologie quantitative et interactionnisme* I.Baszanger (coord.), Paris, L'Harmattan, 1992.

plus évidente. Issus des mouvements sociaux des années 60, les associations d'usagers sont à l'interface de l'expérience individuelle des soins et de la démarche collective d'aide et de soutien mais surtout de «défense» des «droits des usagers» : leurs représentants sont présents au sein par exemple des conseil d'administration de l'hôpital. Dans les bases de la réforme des lois de Bioéthique, présentées en décembre 2000, il est dit que l'Agence de la Procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine serait dotée d'un haut conseil de 18 membres intégrant «des représentants d'associations de malades et d'usagers du système de santé».

Les études portent donc aussi sur les cheminements thérapeutiques que peuvent entreprendre les patients, en particulier en cas de maladie «grave» ou d'inégalités de soins. Il y a quête de soins et quête de sens, identités et relations sociales y sont indissociables. Plusieurs points en France viendront fabriquer cet «itinéraire thérapeutique» :

- la manière dont se fait la rencontre, le premier contact avec les secteurs de soins (institutionnels et officiels) et les soignants/médecins ; souvent ceci révèle les adhésions ou les critiques du public vis à vis du médical, des médecins, de l'hôpital,
- les représentations sociales de la santé, du bien-être, insérées dans un systèmes de valeurs, de croyances et de normes qui fait qu'on « adhère » ou pas à tel ou tel système, pratiques ou discours,
- le regard social, inhérent à ce qui précède, qui va s'exprimer par le biais des représentations sociales de la maladie versus malade; c'est tout le champ du préjugé social, de la honte, de ce qui paraît accessible ou pas, de ce qu'on doit faire, ne pas faire...,
- les liens sociaux, les formes et les lieux de sociabilité et de solidarité, les types d'affinités, d'identités,
- le vécu de la maladie partagé par d'autres : «je ne suis pas seul» «le seul»,
- ce qui est permis et possible culturellement et socialement (normes, règles, représentations), mais aussi ce qui devient progressivement envisageable, par le biais de démarches plus déviantes.

Ces itinéraires thérapeutiques, ces «histoires de malades» sont actuelles ; elles sont vues du côté du patient (représentent leur opinion, leur vécu) et, dans ce sens, la perception des faits —vue sous l'angle médical— peut paraître déformée, «mal comprise», mais c'est cela qu'il faut connaître car cela motive leurs choix (ENCADRÉ 23). Dans un autre texte choisi pour le Pcem 1 et tiré d'un ouvrage collectif intitulé «Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles¹», les auteurs se posaient la question « pour guérir, le patient fait-il réellement n'importe

1. A. JULLIARD et J. NARDONE « Regards et paroles du malheur » in *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, A. Retel-Laurentin (dir.), L'Harmattan, 1987, p. 173-182.

quoi ?». Pour répondre, ils mettaient en évidence les processus, les logiques sociales et symboliques, les contextes qui motivaient le cheminement d'un homme souffrant de verrues rebelles qui passait par différents médecins, soignants plus ou moins officiels, et plusieurs formes de «médecines».

Encadré 23

Itinéraires thérapeutiques Usagers, pratiques de soins et système de santé

« Depuis 1988, je travaille en collaboration avec le professeur Schraub du service de cancérologie à l'hôpital de Besançon. Il voulait qu'un anthropologue fasse un travail destiné à interpréter le recours aux médecines parallèles en cancérologie.

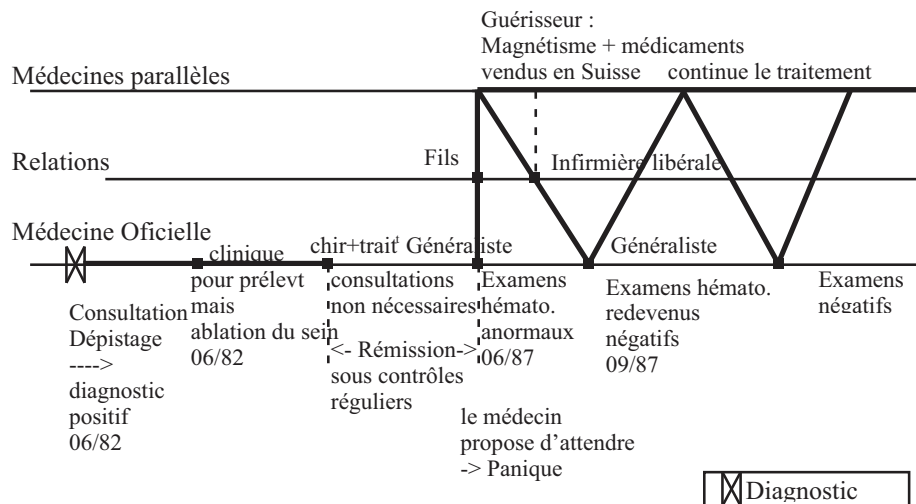
Ce travail a débuté en 1988 et il se termine actuellement, mais il n'est pas tout à fait achevé. Deux constats président à son origine : un constat empirique d'abord, les médecins généralistes et les cancérologues en particulier savent depuis longtemps qu'un certain nombre de leurs patients ont recours à des thérapies parallèles. Un constat chiffré ensuite : des études récentes, notamment aux Etats-Unis et en Hollande donnent à peu près 40 % des malades utilisant à un moment donné une thérapie parallèle, dont 8 % de manière exclusive.

Le problème médical était le suivant, tel que la médecine le posait :

- le recours aux médecines parallèles est considéré comme une « perte de guérison » car il limite le diagnostic précoce : les malades, en faisant confiance à des techniques non prouvées et à des traitements non adéquats, perdant un temps précieux,
- les diagnostics sont erronés, les contrôles médicaux ne sont pas fiables.
- l'adhésion à des traitements parallèles amène certains patients à interrompre les traitements officiels et même à les exclure. Ces traitements n'ayant pas une efficacité prouvée entraînent une perte de temps, une perte de chances, qui ont pour conséquence la complexification des soins ultérieurs. par voie de conséquence, ces soins sont souvent plus difficiles et plus coûteux »

Selon l'auteur, 50 % des cas dans le service de radiothérapie suivent un itinéraire comparable à celui schématisé ci-dessous :

Mme S, 66 ans, cancer du sein.



Jean Pierre Helary, « Les itinéraires thérapeutiques des malades cancéreux »
in : *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse, AMADES*, 1990, p. 79-87

*Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé. Actes de la 2ème journée d'anthropologie médicale, présidée par le Pr Minkowski, Institut de Médecine Tropicale et du Pharo, Marseille. 1990.

Cet extrait de texte a fait l'objet d'un enseignement dirigé (Pcem1) sur le pluralisme médical, les comportements de soins des patients (dans le cadre ici de la maladie chronique et grave) et le système de santé.

Références pour les étudiants en médecine de PCEM 1

- ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, 1994.
Si une référence est nécessaire, c'est celle de cet ouvrage concis écrit par deux chercheurs expérimentés. C'est un des rares manuels français en sociologie de la santé adapté à un public de premier cycle universitaire et à des professionnels du secteur social et sanitaire non initiés; nous soulignons pour les personnes plus avancées les orientations bibliographiques pages 124 à 127.
- BARGÈS A., *Plan détaillé de Cours, E.D. et Annales (PCEM1, Sociologie-Anthropologie)*, Document multigraphié, Tours, 1998/99, 2000, 2001.
- LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1997 (1986).
A lire pour les exemples de discours sur la maladie et les extraits de texte choisis dans la littérature.
- VONS J., *Mythologie et médecine*, Paris, Ellipses, 2000.

Quelques pistes d'initiation à l'anthropologie, l'ethnologie, sociologie

(ouvrages non cités précédemment)

- BONTE P. IZARD M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF, 1991.
- CALAME C. & KILANI M. (sous la dir.), *La fabrication de l'humain*, Paris, La Découverte, 1999.
- COPANS J., *Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie*, Paris, Nathan Université, 1995.
- DORTIER J-F. (ss la dir°), *Les sciences humaines*, Paris, Sciences Humaines Editions, 1998.
- GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1996, régulièrement réédité.
- KILANI M., *Introduction à l'anthropologie*, Lausanne, Payot, 1998.
- LAPLANTINE F., *L'anthropologie*, Paris, Payot, 1995.
- Les ouvrages d'introduction à la sociologie sont très nombreux (Editions A.Colin, Belin, Payot, Hachette, Ellipses...). Dans la collection Nathan Université, domaine Sciences sociales, existent plusieurs ouvrages didactiques et pratiques d'une centaine de pages sur *Les sociologies actuelles* et une série sur *L'Enquête et ses méthodes*.
- Les productions scientifiques (livres, ouvrages collectifs, compte-rendus de colloque, revues nationales et internationales, rapports de recherche, thèses...) en anthropologie de la maladie, anthropologie médicale et sociologie de la santé sont extrêmement nombreuses et diverses. Les thèses de doctorat en sciences humaines et sociales sont des ouvrages en soi, résultat de plusieurs années de recherche. Nous conseillons au médecin intéressé de dépasser largement le cadre des documentations hospitalo-universitaires et biomédicales, sauf pour la santé publique ; de consulter les banques de données nationales et internationales adaptées au secteur scientifique concerné (Francis-Pascal), les fichiers des bibliothèques des UFR de Lettres et Sciences humaines et Sociales, des centres de documentation des départements de sociologie, anthropologie/ethnologie et histoire (Universités) et des laboratoires de recherche (CNRS, CERMES, IRESCO...); de ne pas se limiter aux thèses de médecine peu au fait des analyses sociales et des références sociologiques et anthropologiques; mais par contre passer en revue les mémoires de fin d'étude des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), Instituts de Travail Social, IUT... malgré l'accessibilité réduite de certains centres de documentation.

ERRATA

dans la version papier éditée

- * p. 137, lire « dans cette démarche superposant l'autre à l'ailleurs, assez française et *liée* au passé colonial... »
- * p. 147, il faut lire en bas de page : «...prédiction, prévision, prévention (version actuelle de la clairvoyance) »
- * p. 151, texte et note 4, lire « Jules Romains »
- * p. 155, note 1, lire « Université de Tous Les Savoirs UTLS ».
- * p. 157, note 3, lire « Arrêt Perruche »
- * p. 178, lire « Michael Pollak »
- * p. 179, le paragraphe de 9 lignes consacré à la culture page 167 —« cette culture... identité culturelle »— a malencontreusement été réimprimé dans la partie consacrée à la stigmatisation, il doit être supprimé.
- * p. 185, lire au 3ème paragraphe : « médicalisation de la société »
- * p. 193, schéma de l'encadré, le trait doit être continué de quelques mm.
- * p. 194, lire « la manière d'expliquer le mal... inhérente à celles de la personne atteinte »
- * p. 195, note 2, lire « qu'on ne peut nommer »
- * p. 198, note 1, une référence fournie par l'auteur a été omise par les éditeurs ; voici la note complète : « Les règles de parenté, de transmission sociale et culturelle de l'identité et de l'alliance (choix du conjoint) seront essentielles à connaître. Cf. à ce sujet P. GLEIZE « L'hérédité hors du champ scientifique » *Ethnologie française*, XXIV, 1994, p. 11-24. »