Sous la direction de
Francine Saillant et Serge Genest

Anthropologie médicale

Ancrages locaux, défis globaux

ECONOMICA
Anthropos
PUL

Collection

Société, cultures et santé

Collection dirigée par Francine Saillant

Cette collection propose des ouvrages portant sur divers thèmes associés au large domaine de la santé, en mettant en valeur les apports des sciences sociales, en particulier de l'anthropologie, de la sociologie, de l'histoire et des sciences politiques. L'histoire et la transformation des systèmes de santé au Québec et en Occident et leurs enjeux, les systèmes de médecine traditionnelle, les mouvements sociaux et des droits des usagers, les professionnels, les questions éthiques et politiques, les problèmes particuliers des pays du Tiers-Monde sont autant de questions sur lesquelles cette collection s'ouvrira. Notre souhait est de permettre la compréhension des expériences individuelles et collectives liées à la santé et à la maladie, les cadres de gestion offerts aux populations aussi bien que les modèles de soins et d'accompagnement qui rejoignent les individus, tout cela dans leurs particularités et leur diversité.

Anthropologie médicale

Ancrages locaux, défis globaux

Sous la direction de
Francine Saillant et Serge Genest

Anthropologie médicale

Ancrages locaux, défis globaux

LES PRESSES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
ECONOMICA *Anthropos*

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société d'aide au développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise de son Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

Conception de la couverture et mise en pages : Hélène Saillant

© Les Presses de l'Université Laval 2005
Tous droits réservés. Imprimé au Canada

Dépôt légal, 4e trimestre 2005
ISBN 2-7637-8247-7

LES PRESSES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
Pavillon Pollack, bureau 3103
2305, rue de l'Université
Université Laval, Québec
Canada, G1V 0A6
www.pulaval.com

Table des matières

REMERCIEMENTS ..... **XI**

NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS ..... **XIII**

INTRODUCTION **1**
Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux
Francine Saillant et Serge Genest

PREMIÈRE PARTIE
Regards des Amériques

CHAPITRE 1 • Le Canada **23**
Biosciences et biotechnologies sous surveillance ethnographique.
Où se situent les anthropologues médicaux canadiens?
Gilles Bibeau, Janice E. Graham, Usher Fleising

CHAPITRE 2 • Le Québec **61**
L'anthropologie de la santé au Québec :
pour une conjugaison des approches et des méthodes
Raymond Massé

CHAPITRE 3 • Les États-Unis **91**
L'anthropologie médicale aux États-Unis
Paul Farmer et Arachu Castro

CHAPITRE 4 • Le Brésil **113**
De l'anthropologie médicale, et bien plus...
Le corps sain et l'identité brésilienne
Annette Leibing

CHAPITRE 5 • Le Mexique **133**
L'anthropologie médicale au Mexique : tendances récentes dans la recherche et l'enseignement
Gustavo Nigenda, Maria Beatriz Duarte-Gomez, Roberto Campos Navarro

DEUXIÈME PARTIE
Regards européens

CHAPITRE 6 • La France **155**
L'anthropologie médicale en France
Sylvie Fainzang

CHAPITRE 7 • L'Espagne **175**
Topographies. Du folklore à l'anthropologie médicale en Espagne
Josep Comelles, Enrique Perdiguero, Angel Martínez-Hernáez

CHAPITRE 8 • L'Italie **199**
Souffrance, politique, nation.
Une cartographie de l'anthropologie médicale italienne
Mariella Pandolfi et Gilles Bibeau

CHAPITRE 9 • L'Allemagne **233**
Histoire et développement de l'anthropologie médicale en Allemagne
Angelica Wolf, Stefan Ecks, Johannes Sommerfeld

CHAPITRE 10 • La Hollande **261**
Une fascination culturelle pour la médecine : l'anthropologie médicale aux Pays-Bas
Sjaak Van Der Geest

CHAPITRE 11 • Le Royaume-Uni **289**
Le passé, le présent et l'avenir de l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne
Ronald Frankenberg

CHAPITRE 12 • La Suisse **331**
L'anthropologie entre médecine et société : les interfaces helvétiques de la santé
Ilario Rossi

TROISIÈME PARTIE
Perspectives transversales et thématiques

CHAPITRE 13 • Le genre **357**
Donner un genre à l'anthropologie médicale
Carol Browner et Carolyn Sargent

CHAPITRE 14 • Le politique **383**
Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie
Didier Fassin

CHAPITRE 15 • Le sida et l'exemple de l'Afrique du Sud **401**
Traverser les frontières : l'anthropologie médicale en Afrique du Sud et le VIH-sida
Eleanor Preston White

CONCLUSION **439**
Anthropologie médicale : pistes d'avenir
Margaret Lock

Remerciements

Les responsables de l'ouvrage tiennent à remercier plusieurs personnes et organisations pour leur aide et leur soutien à la réalisation de cet ouvrage.

Il nous faut d'abord remercier tous les auteurs collaborateurs pour leur patience et leur engagement. Des dizaines de courriels et d'échanges ont ponctué notre travail avec eux, que nous avons joints un peu partout dans le monde, incluant des terrains de recherche effectués dans des conditions difficiles. Nous avons particulièrement apprécié le sérieux avec lequel ils ont répondu à notre appel, leur enthousiasme devant ce projet et la qualité de leurs contributions et suggestions.

Nous remercions aussi les personnes qui nous ont aidés à la préparation du manuscrit : Madame Sylvie Roy (traductrice) ; Mesdames Fabiola Stoi et Florina Gaborean, étudiantes au doctorat en anthropologie à l'Université Laval, Madame Agnès Blais, étudiante à la maîtrise en anthropologie, pour leur soutien à l'édition des textes et la mise au point des bibliographies ; Madame Caroline Savoie, secrétaire au Centre de recherches sur les lettres, les arts et les traditions (CÉLAT) de l'Université Laval, qui nous a permis de préparer la version à soumettre à l'éditeur.

Nous remercions également le CÉLAT et le département d'anthropologie de l'Université Laval pour leur soutien financier et logistique, de même que le Réseau de recherches en santé des populations du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), qui nous a accordé une subvention dans le cadre de son programme de soutien à l'édition scientifique.

Francine Saillant et Serge Genest

Notices biographiques des auteurs

LES RESPONSABLES DE L'OUVRAGE

Francine Saillant est professeure département d'anthropologie de l'Université Laval et directrice de la revue *Anthropologie et Sociétés.* Titulaire d'un doctorat de l'université McGill, elle a mené des recherches sur l'ethnomédecine québécoise et française, les médecins alternatives, la pratique des sages-femmes et les savoirs féminins sur le corps. Elle a aussi effectué des travaux sur la transformation des systèmes de santé dans le contexte de la mondialisation et ses effets sur les groupes domestiques et en particulier les femmes, et ce, au Québec et au Brésil. Elle travaille actuellement sur l'anthropologie de l'humanitaire. Elle est l'auteure de nombreux ouvrages, dont récemment *Transformations sociales, genre et santé* en collaboration avec Manon Boulianne (2003), Québec/Paris, PUL/l'Harmattan; *Identités, vulnérabilités, communautés,* en collaboration avec Michèle Clément et Charles Gaucher (2004), Québec, Nota Bene; *Communautés et socialités,* en collaboration avec Éric Gagnon (2005), Montréal, Liber.

Serge Genest est titulaire d'un doctorat de l'Université Paris V (Paris). Il a mené des recherches sur les systèmes de médecine en Afrique centrale et de l'Ouest, en Asie du Sud-Est et au Québec. Ses analyses ont porté, entre autres, sur les systèmes africains de médecine ancestrale, sur la confrontation entre les médecines locales et la biomédecine, ainsi que sur le sida. Ses travaux actuels touchent plus particulièrement le développement international et la santé, de même que les relations entre environnement et santé.

LES COLLABORATEURS

Gilles Bibeau est professeur titulaire au département d'anthropologie de l'Université de Montréal. Il s'est engagé dans l'animation du Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME) et a été éditeur de *Psychotropes* et éditeur international de *Medical Anthropology Quaterly*. Il dirige un Réseau international (Brésil, Pérou, Nicaragua, Costa Rica et Canada) sur les déterminants sociaux de la santé, au sein du *El Colegio de las Americas*. Ses recherches couvrent des champs diversifiés: études des biotechnologies, analyses sur la violence, la toxicomanie, sur les pratiques cliniques interculturelles, notamment en pédiatrie et en santé mentale. Auteur de nombreux ouvrages et articles de revues, il vient de publier récemment *Le Québec transgénique. Science, marché et nation* (Montréal, Boréal, 2003) et avec M. Perreault: *Les gangs, une chimère à apprivoiser* (Montréal, Boréal, 2002).

C. H. Browner est professeure titulaire au département de psychiatrie et des sciences du comportement et au département d'anthropologie à l'Université de la Californie, à Los Angeles. Elle est titulaire d'un doctorat de l'Université de la Californie à Berkeley (1976) et d'une maîtrise en santé publique (1977) de la même institution. Elle a effectué des recherches de terrain sur les milieux urbains en Colombie, sur les milieux ruraux au Mexique et sur les États-Unis. Ses recherches antérieures ont porté sur le diagnostic fœtal. Elle s'intéresse également à la prolifération des informations en génétique et actuellement à l'utilisation de la génétique dans la pratique clinique des neurologues.

Roberto Campos Navarro est médecin et spécialisé en médecine familiale. Il est également titulaire de diplômes de 2e et 3e cycles en anthropologie sociale, chercheur et professeur d'anthropologie médicale à l'École de médecine de l'Université nationale autonome du Mexique. Il est membre de la Société d'histoire et de philosophie de la médecine du Mexique, conseiller et membre du Comité d'appui au Conseil national des thérapeutes autochtones. Auteur de plusieurs publications sur la médecine traditionnelle et populaire, le Dr Campos a donné de nombreux cours et des conférences sur l'anthropologie médicale au Mexique et dans des rencontres internationales.

Arachu Castro, Ph. D., M.Ph., possède un doctorat en ethnologie et en anthropologie sociale de l'École des hautes études en sciences sociales de Paris, un doctorat en sociologie de l'Université de Barcelone et une maîtrise en santé publique de l'École de santé publique de l'Université Harvard. Elle enseigne actuellement la médecine sociale à l'École de médecine de Harvard où elle agit à titre de directrice du Programme sur les maladies infectieuses et le changement social. Elle a mené des recherches en santé publique en Amérique latine et en Europe sur les maladies infectieuses, sur la santé reproductive et sur la nutrition. Elle a aussi été très engagée dans la production de documents de santé publique sur la tuberculose et sur le sida, en collaboration avec l'OMS et l'Organisation panaméricaine de santé. Ses récentes publications incluent: *Saber bien: Cultura y Prácticas Alimentarias en la Rioja* (Instituto de Estudios Riojanos, 1998) et l'édition de *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination* (Altamira Press, 2004). Elle prépare en ce moment un ouvrage pour University of California Press: *AIDS in the Pearls of the Antilles: Rethinking Public Health from Haiti and Cuba.*

Josep M. Comelles (Barcelone, 1949). Docteur en anthropologie (ÉHÉSS, Paris); et en médecine (Université de Barcelone). Psychiatre. Professeur d'anthropologie sociale à la Universitat Rovira i Virgili (Tarragone, Espagne). Professeur invité à l'Université de Paris X, Lumière-Lyon 2, CIESAS (Mexique) et Università degli Studi di Perugia (Italie). Ses champs de recherche sont l'histoire de la psychiatrie et de l'anthropologie, les études sur les institutions de santé, les professions médicales et le pluralisme dans les soins. Il a publié *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiatrica y desarrollo del Estado en España* (Barcelone, 1988), avec Angel Martínez: *Enfermedad, sociedad y cultura* (Madrid, 1993) et avec Emilio González, *Psiquiatría Transcultural* (Madrid, 2001).

Maria Beatriz Duarte-Gomez est médecin diplômée de l'Université nationale de Colombie. Elle est également titulaire de diplômes en santé publique de l'Université d'Antioche et en sociologie (gestion de santé publique) de l'Université de Birmingham et d'un doctorat en santé publique de l'Institut national de santé publique de Mexico. Elle est par ailleurs conseillère du ministère de la Santé de la Colombie et consultante en promotion de la santé auprès de l'Organisation panaméricaine de santé publique. Elle a participé à la recherche et à la planification des programmes sur les populations autochtones.

Stefan Ecks a étudié l'anthropologie, la sociologie et la philosophie à Göttingen, Berkeley, Paris (ÉHÉSS) et Londres (SOAS, LSE). Il est titulaire d'un doctorat de la London School of Economics depuis 2003. Professeur assistant au département d'anthropologie de l'Institut d'études sud-asiatiques de Heidelberg, il se spécialise en anthropologie médicale de l'Asie du Sud. En 1999-2000, il a effectué une recherche de terrain de 18 mois à Calcutta sur les représentations populaires et professionnelles du corps, de l'image de soi et de la maladie. Ses recherches actuelles portent sur la théorie et la méthodologie en anthropologie sociale et médicale, sur le suicide en Asie du Sud et sur l'usage de la pharmacie dans la maladie mentale.

Sylvie Fainzang est directrice de recherche à l'Inserm, membre du Cermès (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société), titulaire d'un doctorat en ethnologie et d'une Habilitation à diriger des recherches (ÉHÉSS, Paris). Sa rencontre avec l'anthropologie s'est faite par le biais de la traduction d'un ouvrage de Marshall Sahlins pour les Editions Gallimard (*Au cœur des sociétés. Raison pratique et raison utilitaire*, 1980). Après ses premiers travaux sur un terrain ouest-africain, elle a porté son attention sur la société française, où elle travaille depuis 20 ans. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages, dont les suivants: *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina* (L'Harmattan, 1986), *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste* (Ed. EHESS, 1989), *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance* (PUF, 2001). Ses recherches actuelles portent sur le mensonge dans la relation médecin-malade.

Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin, est professeur à l'Université de Paris 13 et directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales. Il dirige le Cresp, Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (Inserm-UP 13-ÉHÉSS). Il conduit des recherches dans le domaine de l'anthropologie politique de la santé, plus particulièrement sur la production sociale des inégalités et le traitement public des questions sanitaires, en France et en Afrique australe. Il est l'auteur de nombreux ouvrages, notamment: *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, PUF, Paris, 1992; *Antropologia y salud*, Abya Yala-IFEA, Quito, 1992; *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, Paris, 2000. Il a aussi, récemment, été éditeur scientifique de plusieurs livres, dont les suivants: *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris, 2000 (avec A. Leclerc, M. Kaminski et T. Lang) ; *Critique de la santé publique*, Balland, Paris, 2001 (avec J.P. Dozon) ; *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris, 2004 (avec D. Memmi) ; *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Karthala, Paris, 2004.

Paul Farmer, M.D., Ph. D., est engagé dans les programmes de contrôle des maladies infectieuses dans les Amériques depuis deux décennies. Il détient la chaire Maude et Lilian Presley d'anthropologie médicale au département de médecine sociale à l'École de médecine de l'Université Harvard. Il a été reçu comme professeur invité dans plusieurs institutions des États-Unis, ainsi qu'en France, au Canada, au Pérou, en Hollande, en Russie et en Asie centrale. Avec ses collègues du Brigham and Women's Hospital de Boston, il a conçu des stratégies novatrices de traitement des maladies infectieuses sur une base communautaire. Ses recherches, menées principalement au Pérou et en Haïti, ont conduit à de très nombreuses publications, dont les plus récentes: *Pathologies of Power* (University of California Press, 2003), *The Global Impact of Drug-Resistant Tuberculosis* (Harvard Medical School et Open University Institute, 1999), *Infections and Inequalities* (University of California Press, 1998).

Usher Fleising est professeur émérite d'anthropologie à l'Université de Calgary. Au moment de prendre sa retraite, Usher Fleising était professeur au département d'anthropologie, et associé au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary. Diplômé de l'Université McGill et de l'Université du New Jersey (Rutgers, 1976), Usher Fleising a mené des recherches et des enseignements liant les systèmes sociaux et biologiques. En 2000, il est devenu le chercheur principal d'un programme stratégique de recherche sur le thème « Culture, société et santé des Canadiens », financé par le Conseil de recherches en sciences sociales du Canada (CRSHC). Ce projet visait à analyser les diverses sous-cultures concernées dans la découverte, la commercialisation et la réglementation des nouveaux médicaments. Il a publié plusieurs articles sur la biotechnologie et la culture des organisations dans l'industrie des biotechnologies.

Ronald Frankenberg est titulaire d'un Ph. D. de l'Université de Manchester (Angleterre). Professeur associé émérite de l'Université Brunel et Fellow de l'Université Keele en Angleterre, il est également chercheur associé du Centre d'études juives de l'Université de Manchester. Il est consultant en recherche en anthropologie sociale et en sociologie.

Janice E. Graham est anthropologue des systèmes de médecine (Ph. D. Université de Montréal, 1997). Elle a effectué des études postdoctorales en neuroépidémiologie et en médecine. Ses recherches portent sur la construction des diagnostics, sur la biotechnologie et la technoscience. Elle a dirigé la Chaire de recherche en anthropologie médicale de l'Université de Colombie-Britannique (1998-2000), dotée d'une bourse du CIRH, et elle

dirige actuellement la Chaire du Canada en bioéthique (2002-2007). Sa recherche est centrée sur une ethnographie des relations complexes entre science, industrie et politiques gouvernementales au ministère de la Santé du Canada. À la jonction de l'anthropologie, de l'étude des sciences, de la technologie et de l'éthique, cette recherche analyse comment les acteurs agissent dans des contextes où la sécurité, l'efficacité et la qualité des nouvelles thérapies géniques renvoient à des fondements moraux.

Annette Leibing est anthropologue ; ses travaux de recherche portent sur des sujets comme le vieillissement, la maladie d'Alzheimer, la santé mentale et la mémoire. Elle est titulaire d'un Ph. D. de l'Université de Hambourg, Allemagne. D'abord professeure à l'Université fédérale de Rio de Janeiro, du Brésil, elle est actuellement professeure invitée au département de médicine sociale de l'Université McGill. Ses deux derniers ouvrages s'intitulent : *Thinking about Dementia: Culture, Loss and the Anthropology of Senility* (en collaboration avec Lawrence Cohen, Oxford University Press, sous presse) et *The Shadow Side of Fieldwork : Theorizing the Blurred Borders Between Ethnography and Life* (en collaboration avec Athena McLean, soumis à University of California Press).

Margaret Lock est titulaire de la chaire Marjorie Bronfman en études sociales de la médecine. Elle est affiliée au département des études sociales de la médecine et au département d'anthropologie de l'Université McGill. Fellow de la Société royale du Canada et Officier de l'Ordre du Québec, Margaret Lock a reçu le Prix du Québec, domaine des sciences humaines, en 1997, et le prix Molson du Conseil des arts du Canada, en 2002. Elle a également reçu la médaille Wellcome de la Société royale d'anthropologie de la Grande-Bretagne. Ses publications incluent *East Asian Medicine in Urban Japan* (1980), *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America* (1993) et *Twice Dead : Organ Transplants and the Reinvention of Death* (2002) qui ont obtenu plusieurs prix. Ses recherches portent sur la biologie post-génomique et ses effets sur la clinique, au sein des familles et dans la société en général.

Angel Martínez-Hernáez. Professeur d'anthropologie sociale à La Universitat Rovira i Virgili (Tarragone, en Espagne). Docteur ès lettres en anthropologie (Paris, 1964) et maîtrise en psychiatrie sociale (Université de Barcelone). Professeur à l'Université de Barcelone, professeur invité à la UNAM (au Mexique), à la Università degli Studi di Perugia (en Italie), à la Universidade Federal de Santa Catarina (au Brésil) et à la University of California at Berkeley. Ses recherches les plus importantes portent sur l'ethnopsychiatrie, le système biomédical en Espagne et la théorie anthro-

pologique. Actuellement, il travaille sur la participation sociale et la santé au Brésil. Il a publié *What's Behind the Symptom* (2000) chez Harwood Academic Publishers.

Raymond Massé enseigne l'anthropologie de la santé à l'Université Laval. Il est professeur titulaire au département d'anthropologie, dont il est directeur depuis 2002. De 1983 à 1994, il fut chercheur à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. De 1998 à 2002, il a coordonné le Groupe éthique et santé publique du Réseau éthique clinique du Fonds de recherche en santé du Québec. Ses principaux champs de recherche sont la gestion populaire de la maladie aux Antilles françaises et anglaises et les contributions de l'anthropologie sociale et culturelle à la prévention de la maladie. Il a publié, entre autres ouvrages, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* (1995) et *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativités* (2003).

Gustavo Nigenda (M.A., M.Sc., Ph. D.). Diplômé en biologie, il a par la suite effectué des études en anthropologie sociale à l'École nationale d'anthropologie et d'histoire (à Mexico), en planification et finances des systèmes de santé à la London School of Hygiene and Tropical Medicine (à Londres) et au doctorat à la London School of Economics and Political Science (à Londres). Entre 1986 et 2001, il était chercheur à l'Institut national de Santé publique du Mexique. Il a également occupé diverses fonctions de consultant à la Banque mondiale, à la Banque interaméricaine de développement et à l'OMS; depuis 2001, il agit à titre de consultant permanent de la Fondation mexicaine de santé. Le D[r] Nigenda est aussi chercheur associé à l'Institut des études en développement de l'Université Sussex. Ses recherches portent sur la réforme des systèmes de santé, sur les partenariats public-privé en santé et sur les liens entre les réformes dans le secteur de la santé et les programmes de santé de la reproduction.

Mariella Pandolfi est professeure titulaire au département d'anthropologie de l'Université de Montréal. En 2004, elle a été lauréate du prix Éducation par la fondation Y des femmes de Montréal. Professeure invitée à l'Université McGill de Montréal, à l'ÉHÉSS de Paris et de Marseille, au CNRS, à l'Université de Tarragona, Bergamo, Bologna (1999) Milano Bicocca, elle participe à plusieurs comités scientifiques de revues d'anthropologie (AM, *anthropologia medica Perugia, Medicine and Anthropology,* Londres, *Cultural Anthropology,* Arlington Ethnos, Stockholm). Inspiré par les travaux de l'ethnologue italien Ernesto De Martino, son travail a contribué à développer l'anthropologie médicale critique et politique du corps. Ses

écrits (*Boundaries Inside the Body: Women's Sufferings in Southern Peasant Italy, Culture, Medicine, and Psychiatry*, 14 (2), 1990; *Itinerari delle emozioni: corpo e identità femminile nel Sannio campano*, Milan, Franco Angeli, 1991; « Le self, le corps, la crise de la présence », *Anthropologie et Sociétés*, 17 (1-2), 1993; *Perché Il Corpo ? Utopia, Sofferenza, Desiderio*, Rome, Meltemi, 1996) *Le arene politiche del Corpo* (2003) ont proposé un nouveau modèle d'analyse de la souffrance, de la narrativité et de l'incorporation (*embodiment*). Experte-consultante pour plusieurs organismes et fondations internationaux, son travail de recherche actuel, en Albanie, au Kosovo (et plus généralement dans les Balkans postcommunistes) développe une réflexion critique sur l'intervention humanitaire et une lecture biopolitique de l'anthropologie médicale.

Enrique Perdiguero. Docteur en médecine, professeur d'histoire de la science à l'Université Miguel Hernández (Alicante 1961, en Espagne). À la fin de ses études médicales, il a présenté une thèse de doctorat sur les ouvrages de médecine domestique dans l'Espagne des Lumières (1989). Ses recherches les plus importantes portent sur la médecine populaire, sur le pluralisme dans les soins et sur l'histoire de la santé publique. Il est responsable avec Josep M. Comelles de la publication du livre *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la Medicina* (Barcelone, 2000) et récemment, avec d'autres auteurs, d'une étude sur la lutte antipaludique dans l'Espagne du XX^{e} siècle (Madrid, 2003).

Eleanor Preston-Whyte (Ph. D. Université du Natal, 1969) est une chercheuse respectée en anthropologie sociale, possédant une longue expérience autant dans la coordination de projets de recherche personnels que dans les structures facultaires et administratives de recherche. Elle est actuellement chercheuse émérite à l'École des études en développement de l'Université du Kwa-Zulu-Natal. En collaboration avec le professeur H. M. Coovadia de la même Université, elle dirige le HIVAN, un centre de recherche de mise en réseau sur le VIH/sida.

Ilario Rossi est docteur en anthropologie et sociologie, professeur extraordinaire en anthropologie de la santé à la Faculté des sciences sociales et politiques et chef de projet à la Polyclinique médicale universitaire (département universitaire de médecine et santé communautaire) de l'Université de Lausanne. Auteur de nombreux articles et d'un livre (*Corps et Chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*), ses domaines d'intérêt universitaire portent vers une réflexion sur les politiques et les systèmes de santé occidentaux et du Sud, tout en mettant en relief les relations entre les pratiques de santé, la production du savoir et les enjeux de la société civile.

Carolyn Sargent est titulaire d'un Ph. D. en anthropologie de l'Université Michigan State et d'une maîtrise en anthropologie sociale de l'Université de Manchester (en Angleterre). Elle est actuellement professeure titulaire et directrice du programme d'études féministes à l'Université Southern Methodist. Ses recherches portent sur le genre et la santé, sur la reproduction et l'éthique médicale. Elle a mené des recherches au Bénin, en Jamaïque et en France, où elle effectue en ce moment une recherche sur les représentations de la famille et de la reproduction parmi les migrants de la vallée du fleuve Sénégal vivant à Paris. Elle est coresponsable des ouvrages : *Gender in Cross-cultural Perspective* (Prentice-Hall, 4e édition, 2005), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method* (Praeger 1996), et plus récemment coauteure de « Polygamy, Disrupted Reproduction, and the State: Malian Migrants in Paris, France » (*Social Science and Medicine,* 56, 2003).

Johannes Sommerfeld a étudié l'anthropologie, la sociologie et l'économique à l'Université de Hambourg (en Allemagne). Après avoir terminé un doctorat à la suite d'une recherche de terrain en Haïti et d'une thèse sur l'anthropologie médicale, il a obtenu une maîtrise en santé publique de l'Université de la Floride du Sud. Il est actuellement directeur de la recherche sociale, économique et comportementale au programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS, à l'OMS à Genève, en Suisse. Il a précédemment été associé à l'Institut de développement international de l'Université Harvard et à l'École de médecine de l'Université de Heidelberg. Il a effectué ses recherches au Mali, au Burkina Faso et en Haïti. Il a publié de nombreux travaux sur les maladies infectieuses dans une perspective alliant les sciences sociales de la santé, l'anthropologie médicale et la recherche sur la santé publique internationale.

Sjaak van der Geest est professeur d'anthropologie médicale à l'Université d'Amsterdam. Il a effectué des recherches au Ghana et au Cameroun et a publié divers articles et ouvrages sur une grande variété de sujets, incluant les perceptions et les pratiques de contraception, la recherche sur le terrain, la musique populaire ghanéenne, les missionnaires et les anthropologues, ainsi que sur des thèmes diversifiés en anthropologie médicale, en particulier la réinterprétation et l'usage des produits pharmaceutiques occidentaux dans les sociétés non occidentales, l'ethnographie en milieu hospitalier, les attitudes devant la mort et les perceptions de l'hygiène et la gestion des déchets. Il effectue actuellement des recherches sur la signification sociale et culturelle du vieillissement au Ghana.

Angelica Wolf a étudié l'anthropologie, la sociologie et la psychologie à l'Université Freie de Berlin. Elle est chercheuse associée au département de Gestion médicale et des sciences de la santé, à l'Université de Bayreuth, en Allemagne, et professeure adjointe au département d'anthropologie sociale à l'Université Freie. Elle a effectué des recherches en anthropologie médicale sur le VIH/sida en Afrique subsaharienne. Ses thèmes de recherche principaux portent sur les conceptions locales des infections sexuellement transmises, sur les enfants devenus chefs de ménage dans le contexte du VIH/sida en Afrique du Sud et sur les systèmes de sécurité sociale en Afrique.

INTRODUCTION

Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux

Francine Saillant et Serge Genest

Ce livre est né d'une intention fort simple : qu'advient-il de l'anthropologie médicale depuis la production des premiers manuels publiés aux États-Unis, il y a près de 30 ans (McElroy et Townsend 1979 ; Eisenberg et Kleinman 1981 ; Foster et Anderson 1978 ; Logan et Hunt 1978, parmi d'autres), et qui furent suivis d'une pléthore d'ouvrages produits par un très grand nombre d'auteurs se reconnaissant de ce domaine particulier de l'anthropologie (Sargent et Jonhson 1996 ; Nichter 1989 ; Lindenbaum et Lock 1993 ; Van Der Geest 1998, parmi d'autres). Certains affirmeront qu'une telle question n'a guère de pertinence tant sa réponse est d'une évidence criante. Plus d'une centaine de revues et des milliers de publications annuelles, des associations professionnelles implantées un peu partout dans le monde, des congrès et des colloques généraux et thématiques, des programmes de formation intégrés aux meilleures universités, cela ne suffit-il pas pour affirmer la vitalité et l'envergure de ce carrefour disciplinaire ?

Par ailleurs, l'anthropologie médicale reste éclatée par la multiplicité des traditions nationales dont elle peut se réclamer, les nombreux sous-champs disciplinaires (par exemple la nutrition, la naissance, la psychiatrie) qu'elle a laissés poindre et se développer, calquant en cela, il est vrai, des spécialités médicales. Elle est hautement travaillée de l'intérieur, par les enjeux que posent les problématiques comme celle de la souveraineté des corps, des cultures et des professions, ou l'implantation des technologies dans toutes les sphères du vivant et jusqu'aux moindres recoins du corps en apparence dévoilé de ses mystères, intimités et fonctionnalités, par les débats éthiques autour de ce qu'il serait « digne » ou « humain » de privilégier en situation d'incertitude médicale.

Les enjeux de justice entourant la vie et la mort n'ont d'ailleurs pas toujours pour cadre la médecine : lorsque des politiques se transforment en biopolitiques favorisant la vie de certains groupes ou personnes au détriment de celles d'autres groupes ou personnes, les décideurs sont souvent des politiciens, des fonctionnaires, des agents administratifs, des gérants de sociétés. Les médecins forment l'un des groupes d'acteurs de ces décisions, mais l'un des groupes seulement. Les conséquences de décisions défavorables pour la santé des uns ou des autres ont bien sûr à voir avec la médecine ; toutefois, dans le cas présent, le centre de l'attention n'est pas la pratique médicale ou l'événement médical mais les modalités qui conduisent à suggérer que certains pourraient, mieux que d'autres, se qualifier pour une vie digne, et pour la vie tout simplement. De nombreuses études mettent en scène des lieux bien différents que celui du cadre thérapeutique : la rue, la prison, les laboratoires, les industries, les usines, la morgue, la cour, les revues savantes et les congrès, pour instaurer cette anthropologie nouvelle en train de se constituer, hors des frontières de l'espace thérapeutique, mais touchant justement les enjeux de vie et de mort qui interpellent l'univers médical et bien sûr l'anthropologie. Quoiqu'elle soit issue de débats fort différents, cette question de la « qualification pour la vie » est mise chaque fois de l'avant lorsqu'il faut décider de la viabilité du fœtus (avortement), de la naissance de grands prématurés (néonatalogie), des manières de donner accès aux soins dans les bidonvilles (quelles normes pour la santé publique ?), de l'éradication des disparités que montre « l'épidémiologie politique » du sida (faut-il dans ce cas encore parler d'épidémiologie et de surcroît d'épidémiologie socioculturelle ?), des lieux d'intervention de l'Humanitaire (quelle causes sont nobles ou non ? quel groupe humain mérite l'aide ? quel niveau de violence ne plus tolérer ?), des façons de considérer les rejetés de ce monde vivant de la drogue et de la prostitution de rue, coupables à l'avance aux yeux des pouvoirs publics parce que « responsables » de leurs maux.

Au-delà des directions nouvelles que prend l'anthropologie médicale, il faut se demander comment traduire la pluralité des formes de pratiques, des traditions, des concepts, des théories des anthropologues et des sociétés et groupes qu'ils étudient et dont ils sont le produit. Comment rendre compte de l'extraordinaire productivité des auteurs concernés, de la variété de leurs lieux d'insertion, mais aussi des traditions intellectuelles sous-tendues par les expériences diverses conduites au sein des principaux pays où leurs activités se déploient ? Au-delà de la présence étasunienne, soutenue et imposante encore maintenant (par exemple, Ember et Ember 2004), était-il possible, dans un ouvrage à caractère à la fois synthétique et prospectif, de faire apparaître d'autres traditions, dans les Amériques, en Europe et ailleurs dans le monde ? Comment faire à la fois le bilan de l'anthropologie

médicale et en montrer les directions diverses, les enjeux multiples selon les localités, les histoires et les traditions, les déplacements, les renouvellements des problématiques ? Comment décentrer l'anthropologie médicale de ses cercles habituels et comment en même temps rendre à chacun son espace et sa contribution ? Revisiter ce domaine de l'anthropologie en proposant aux lecteurs la pluralité des regards de ceux qui le constituent, qui y occupent une place de choix parce qu'ils contribuent fortement à sa définition et à ses orientations, s'interroger sur ses expressions actuelles au regard des enjeux de société auxquels nous faisons tous face, prendre acte des remises en perspective des concepts fondateurs, voilà des propositions qui ont fait partie du projet ambitieux de cet ouvrage.

Il fallait au fond se demander si la vitalité de l'anthropologie médicale, quoiqu'elle soit impressionnante, se traduit ou non par une certaine forme d'institutionnalisation et de routinisation des pratiques scientifiques, ou même par un subtil essoufflement par délit de conformisme. Les paradigmes se sont transformés : plus empiristes et positivistes au départ, puis textualistes, ils se dirigent clairement vers des formes d'anthropologie critique à diverses saveurs.

Quoique certaines tendances se dessinent et s'imposent, il est frappant de constater à quel point tous les paradigmes qui ont marqué le champ depuis les années 1970 demeurent extrêmement vivants et tendent bien souvent à se chevaucher, l'obsolescence des uns se faisant parfois nécessité pour les autres. Les problématiques nationales et les enjeux de société, de même que les lieux de pratique (des départements d'anthropologie aux divers centres et institutions liés au monde de la santé) exercent, il faut le dire, des pressions considérables sur les programmes de recherche. Si la question de la migration est pertinente à Paris et à Montréal, celle de la violence et des inégalités aura des échos plus forts au Brésil, tandis que les questions aborigènes marqueront le tableau au Mexique, mais aussi au Canada. Tel anthropologue œuvrant dans les unités de santé publique ouvrira une certaine place à l'épidémiologie, se faisant alors plus empiriste ; tel autre, d'un département d'anthropologie voisin d'un département de littératures comparées, se sentira à l'aise de traverser tous les méandres des tendances textualistes et herméneutiques de la discipline.

N'est-il pas possible d'effectuer une nouvelle lecture de l'histoire de l'anthropologie médicale en montrant ses multiples lieux de naissance et si oui, cela ne favorise-t-il pas de nouvelles ouvertures en matières de théories et de méthodes ?

C'est donc à une histoire polyvocale et multisituée de l'anthropologie médicale que nous invitons les lecteurs, à une lecture plurielle du domaine et à un dépassement d'un internationalisme de bon aloi (signifiant souvent au Québec la trilogie Paris-Boston-Montréal...). Par sa contribution

à une lecture des sociétés et mondes locaux en traduisant leur pluralité, l'anthropologie est-elle en mesure d'appliquer la même démarche sur elle-même, favorisant de ce fait un certain décentrement ? Et comment cela pourrait-il bien se traduire dans le regard porté sur l'anthropologie médicale ? Bien sûr, se référer aux « anthropologies médicales nationales » (Diasio 1999) est un premier pas en ce sens, mais non le dernier.

Une autre question parmi celles qui hantent l'anthropologie médicale depuis ses origines, c'est celle de sa liaison dangereuse avec l'une des professions représentant l'*establishment*, le capitalisme biotechnologique et les formes pernicieuses de biopolitique, trop souvent pour se faire crédible, en se transformant parfois lors de certaines collaborations avec le corps médical, en pâle variable socioculturelle, sans autre innovation, et en ne devenant que l'ombre d'elle-même à force de réductions. Une trop grande spécialisation et fragmentation de l'anthropologie médicale contribuerait-elle à faire perdre de vue les finalités de ce que serait une anthropologie générale ? À quel renouvellement et à quelles urgences les transformations en cours dans le monde contemporain, marquées par l'omniprésence des technologies, par la mouvance et la fluidité des frontières politiques, identitaires et corporelles, par l'existence de l'épidémie du sida et la crainte du bioterrorisme, pour ne nommer que ces phénomènes, amènent-elles ? Les catégories de l'anthropologie médicale élaborées au cours de la décennie 1970-1980 souffrent-elles d'usure ? Par exemple, que sont devenus la triade *illness/disease/sickness*, les itinéraires thérapeutiques, le pluralisme médical, la notion de système médical, tout comme d'ailleurs l'appellation même « d'anthropologie médicale » ?

C'est donc à une interprétation localisée et située que nous avons convié les auteurs de cet ouvrage, tous leaders incontestés dans le domaine, à une présentation des pratiques établies et émergentes, de même qu'aux enjeux qui se dessinent pour l'avenir, localement et globalement. Seule une lecture croisée et ouverte de ces points de vue et perspectives permet de véritablement rendre compte des formes, des traductions, des déplacements, des postures supposant l'explicitation de ce que serait aujourd'hui « l'univers de l'anthropologie médicale ».

CHANGEMENTS D'ÉCHELLE

L'anthropologie médicale a été marquée à ses débuts par les caractéristiques de l'anthropologie faisant équivaloir le terrain à la métaphore de l'île : communauté fermée sur un territoire, formes pures, cultures délimitées, temps suspendu. L'étude des pratiques ethnomédicales et des systèmes

de médecines a été marquée par cet esprit, avec un accent mis sur le domaine le plus classique dans lequel se « classaient » et étaient interprétées les pratiques thérapeutiques diverses sur un mode holiste. Il fallait donc, du début du XX^e^ siècle jusqu'aux années 1950, entrer dans la vie d'un village, qu'il fusse africain ou asiatique, se familiariser avec son univers symbolique et religieux et découvrir que certaines pratiques trouvaient entre autres leur sens par leurs finalités thérapeutiques, leur pouvoir conféré de vie, de soin et de mort. Les peuples étudiés étaient dotés de culture, mais aussi de corps ; ils naissaient, souffraient, mouraient et cela était pris au sérieux. En sus des univers religieux, des théodicées du mal et de l'affliction, des univers moraux suggérant les relations entre le mal et le malheur, entre le bien et l'harmonie, toute la tradition scientifique de l'anthropologie nous a habitués à l'exploration des liens entre les cosmologies religieuses et les cosmologies médicales. Les études les plus approfondies des systèmes de médecines savantes non occidentales, les médecines chinoises et tibétaines, ayurvédique ou unani, par exemple, ont sur ce point servi d'exemples pour l'étude de médecines populaires ou sans tradition écrite et hors du monde occidental. La première anthropologie médicale, celle qui n'en portait pas encore le nom, a d'abord été une anthropologie symbolique et religieuse.

Avec les préoccupations pour le développement, dans les années 1950 et 1960, cet intérêt pour le symbolique et le religieux s'est instrumentalisé. Les merveilleux systèmes de pensée indigènes se sont transformés en croyances qu'il devenait bon d'étudier pour mieux implanter la biomédecine dans la perspective de l'amélioration de la santé des populations. Les travaux des anthropologues ont ouvert la voie à ce qui allait devenir plus tard l'anthropologie de la santé publique.

Ce n'est que vers les années 1970 que se nomme l'anthropologie médicale. Elle se fait d'abord très empiriste, avec le paradigme de l'écologie et de l'épidémiologie socioculturelle (McElroy et Townsend 1979) ; elle renoue ensuite avec ses préoccupations pour le symbolique, se faisant de plus en plus textualiste et herméneutique (Kleinman 1988) ; enfin, elle se transforme en une entreprise critique incluant de multiples tendances (par exemple, foucaldiennes, féministes, déconstructionnistes, d'économie politique) que ce livre illustre assez bien, du moins l'espérons-nous, dans la foulée de ce qui, de part et d'autre de l'Atlantique, avec des apports tels ceux de Baer, Singer et Susser (1997) mais aussi de Fassin (1996, 2004) et Farmer (2003) à propos d'une vision politique de l'anthropologie médicale. N'oublions pas qu'une telle vision, politique et critique, avait déjà été précédée par une tout autre tradition développée par les collègues italiens (dans ce livre, voir Pandolfi et Bibeau).

Les mutations de l'anthropologie médicale à travers ses paradigmes ont déjà été abondamment commentées par plusieurs auteurs avant nous

(Scotch 1963 ; Fabrega 1972 ; Leiban 1973 ; Colson et Selby 1974 ; Augé et Herzlich 1984 ; Augé 1986 ; pour ne citer que quelques repères historiques). Il semble toutefois important de souligner que l'étude des systèmes de médecine enchâssés dans des cosmologies et des univers religieux a fait la marque de l'anthropologie et de l'anthropologie médicale classique. Au cours de la décennie 1960-1970, eu égard à l'importance de la biomédecine et de son expansion dans le monde, le regard s'est porté davantage sur les phénomènes de contact, de résistance, de transformation et d'adaptation des pratiques locales, réduisant d'une certaine façon la focale sur des aspects de plus en plus spécifiques des pratiques thérapeutiques, biomédicales ou autres, dans un but « d'efficacité ». Il s'agissait là d'une première réduction.

Dans les années 1970, les travaux des anthropologues ont été de plus en plus critiques envers ce qu'ils percevaient comme la déshumanisation de la biomédecine, son réductionnisme biologique, sa technicisation, son hégémonie, sa collusion avec l'*establishment* et les sociétés, son insensibilité aux autres formes de savoir. Trois influences majeures allaient se faire sentir : la place que donna l'OMS à la médecine traditionnelle (1978), les mouvements sociaux de démédicalisation dont celui des femmes (Saillant 2003), et le travail de Michel Foucault sur le regard et le pouvoir médical (1963). Une attention accrue allait être donnée à la relation thérapeutique (*clinical gaze*), au pouvoir et à l'assujettissement des « patients » dans divers domaines (obstétrique, psychiatrie, par exemple) ; non seulement ces relations allaient être étudiées au Nord dans les cliniques et hôpitaux des différents pays, mais aussi au Sud, avec une attention portée au savoir local, au savoir indigène, à l'indifférence ou à la manipulation de ces savoirs, à la réification des sujets. Cette anthropologie allait demeurer sur un terrain assez limité dans l'espace (la clinique, le centre de santé, le village), reprenant sans nécessairement la nommer la métaphore de l'île. Bien sûr, la brèche du métissage était lancée, avec cette attention portée aux rencontres entre systèmes et pratiques héritées de diverses ontologies.

C'est le deuxième Foucault, celui de la biopolitique (2004), qui allait donner le coup le plus décisif quant au changement d'échelle. Le déplacement des analyses de cet auteur de l'univers de la clinique vers la biopolitique et la gouvernementalité, ses points de vue sur la subjectivation et la résistance, eurent une influence déterminante sur les travaux en anthropologie des systèmes de médecine, en particulier en Amérique du Nord. On sait que la pensée de Michel Foucault a fait l'objet d'une lecture assidue aux États-Unis, notamment par le biais des travaux de Rabinow (1983) et Dreyfus et Rabinow (1983).

DE L'ETHNOMÉDECINE AUX *MEDICOSCAPES*

L'anthropologie médicale a fait des ethnomédecines l'un de ses objets de prédilection (Benoist 1996) et a même considéré la biomédecine en tant qu'« ethno-médecine », bien que son statut, son pouvoir culturel et économique, son caractère expansionniste, fassent d'elle une « ethno-médecine » quelque peu différente des systèmes de médecine retrouvés en Amazonie ou dans telle population rurale de l'est de l'Europe. Toutefois, on a largement démontré que non seulement ses valeurs, sa cosmologie, sa rationalité sont bien imbriquées dans l'épistémè du Siècle des lumières et de la « raison occidentale », qu'elles leur sont contingentes, mais aussi que, selon les lieux de pratique (l'une ou l'autre des spécialités médicales, l'une ou l'autre des institutions d'insertion, l'une ou l'autre des localités dans le monde), ses modalités sont aussi sensibles à des variations importantes. La prétention à l'universalisme ne peut plus tenir si facilement. En effet, les applications et les modèles, incluant les styles de raisonnement, ne peuvent être les mêmes d'une unité de soins d'urgence à une unité de soins gériatriques, d'une médecine humanitaire à une médecine de rue, ou de la médecine pratiquée au Sri Lanka, à l'Hôpital américain de Paris ou chez les Inuit du Nord canadien. Cette avancée a été importante et a permis que les anthropologues se dégagent de l'exotisme et de l'ethnographie *ad nauseam* de toutes les ethnomédecines du monde, d'une sorte de folklorisme, et qu'ils s'autorisent à étudier la biomédecine comme tout autre système de médecine, avec son lot de « croyances » et d'irrationalité. Cela a pu entraîner un effet non désiré (et indésirable) : celui de coller encore plus l'anthropologie médicale sur l'étude de « la » médecine, la rendant apparemment plus « médicale » que jamais.

Cette situation a pourtant donné lieu à des ouvertures insoupçonnées : non seulement l'anthropologie médicale a pu sortir du folklore qui la marquait à l'origine, mais elle s'est également dégagée de son sociologisme et de l'empirisme à tout crin, en débordant l'espace clinique et l'objet privilégié de l'interactionnisme (la relation médecin-patient) et en se limitant de moins en moins à l'herméneutique de la clinique (la circulation du sens dans la relation médecin-patient), pour se rendre plutôt vers les territoires de la pratique les moins accessibles au regard. C'est alors que se sont amorcés les travaux d'anthropologues prenant l'angle généalogique pour l'étude des espaces de la pratique médicale (Fassin 1996), d'autres qui ont permis de sortir du chevet pour se rendre à la morgue (Sheper-Hugues 2000), de certains qui ont pris le chemin de la translocalité et de l'étude des relations entre les organisations internationales et les organisations locales (Pandolfi 2002) pour saisir les pratiques en tant que circuit de sens porté par des réseaux d'acteurs.

Dans cet esprit, il faut aussi mentionner les travaux qui se situent en aval de la clinique, là où se construit et se détermine la direction de certains « choix » thérapeutiques, c'est-à-dire les laboratoires de médicaments, de vaccins, de génétique, mais aussi les journaux médicaux et les congrès pour entendre et suivre les débats (Lock 2002, Franklin et Lock 2003). Ajoutons à cela tous les travaux qui permettent de comprendre que le corps de la biomédecine n'est pas cet objet fixe et figé qu'on pourrait lui attribuer : l'étude de l'imagerie médicale fait apparaître la multiplicité des corps en présence dans la pratique médicale, l'incertitude de ses frontières les plus évidentes, les questions ontologiques sur la définition de l'intérieur et de l'extérieur, de la matière et de l'esprit, de l'humain et du non humain (Franklin et Lock 2003). Abandonnant folklorisme et sociologisme, l'anthropologie change d'échelle et peut ainsi suivre, selon le mot de Marcus (1995), l'objet là où il se trouve, se déplacer hors de l'évidence empirique et d'une représentation de la clinique en tant que chevet, et rencontrer l'étrangeté et la pluralité intrinsèques des mondes cliniques en redéfinition. L'homogénéité du modèle occidental n'aura été qu'une rêverie. Ces déplacements successifs du regard anthropologique ont bien sûr en partie à voir avec la transformation de la pratique médicale elle-même.

L'anthropologie médicale a insisté, nous l'avons évoqué, sur la question de l'hégémonie médicale. En cherchant à se généraliser, à s'implanter dans les lieux les plus improbables de la planète et dans les sphères du vivant insoupçonnées encore il y a une cinquantaine d'années, la biomédecine a pu bénéficier de son aura de modernité et de progrès. Mais elle a pu aussi être « transportée » par des moyens autres que ceux des valises de médicaments et des hôpitaux sous la tente. Elle voyage aussi comme le Coca-Cola, les jeans et les CD de Céline Dion : les médias électroniques sont sans doute les ambassadeurs les plus efficaces de la biomédecine, par le biais de la publicité, des clips, des séries télévisées, des informations-spectacles. La couverture de la mort de Yasser Arafat fut un exemple frappant de ce que la biomédecine, d'ethnomédecine se transforme en *mediascape* et en *médicoscape* (voir dans cet ouvrage Wolf *et al.* : p. 245) Ce n'est pas que la pratique et ses moyens qui se transportent mais aussi son imaginaire de vérité, de réussite, de pouvoir sur la vie et la mort.

Le suivi du bulletin médical de Yasser Arafat avait tout d'un *médicoscape,* d'autant plus réussi que des images de sa mort, personne sauf les proches n'en ont eues, tout passant par la rumeur, l'évocation, l'imaginaire. Les chaînes de télé nous ont appris la mort d'Arafat, puis l'ont démentie ; on a compris plus que jamais le caractère contestable des critères de la mort, objet de discussion entre des proches, des civilisations, des politiques. Jamais une mort médicalement assistée n'avait été aussi politique, aussi contestée, en même temps que les meilleures autorités médicales ont bel et bien orchestré une part de la fin du Raïs. Sorti des camps de la désolation

palestinienne, parti en avion en saluant son peuple pour être soigné là où la médecine était accessible et plus « neutre » que celle du voisin israélien, il devait gagner les lieux de la médecine-spectacle où le diagnostic se confond avec le bulletin de nouvelles, où le secret médical se confond avec le secret d'État. Allah ne pouvait plus seul sauver le représentant légitime de la Palestine, d'autres sauveurs allaient veiller à cette mort sans visage et faire circuler l'image paradoxale de la médecine du pouvoir et du contrôle ramenée à sa seule véritable impuissance : constater la mort et ne plus pouvoir l'éloigner. C'est ainsi que pour l'anthropologie, l'hégémonie médicale combinée au *médicoscape* ouvre des horizons nouveaux sur l'étude des nouvelles ritualités, des cosmologies et du symbolisme du commencement et de la fin, même à l'ère actuelle.

LES LANGAGES DU CORPS

L'étude des représentations du corps est centrale à toute l'anthropologie médicale (LeBreton 1990, 1999). Toutefois, qui s'occupe du corps ne se préoccupe pas nécessairement de maladie ou de santé. Au cours des 30 dernières années, l'un des défis principaux de l'anthropologie médicale aura été de trouver un langage autre pour parler du corps et nommer les réalités du corps. Ce défi était important en raison bien sûr de l'hégémonie médicale et de l'autorité dont jouit cette institution, mais aussi parce que les langages des autres médecines ne pouvaient suffire à mettre au point des concepts qui devaient ouvrir la voie à un autre langage « scientifique » sur le corps. Il ne suffisait pas de comprendre le rôle du souffle ou du *qi*, de dessiner la cartographie culturelle des corps, mais il fallait plutôt pour parler du souffle et du *qi* se situer là où la biomédecine pense se tenir tout en ne jouant pas le jeu de la même manière : trouver un langage sur le corps qui soit « vrai », ou tout au moins « crédible », et ainsi faire éclater radicalement l'épistémologie dominante de la rationalité occidentale à propos du corps. L'ouverture permise par des auteurs tels que Csordas avec la notion d'*embodiment* (1994, 2002), Bourdieu (1994) avec celle d'habitus et Foucault (1994) avec celle de bio-pouvoir ne pouvait que permettre un ébranlement salutaire des représentations.

Alors que la médecine du XVIII^{e} siècle allait chercher à évacuer l'environnement, l'intériorité et la subjectivité du regard médical, c'est justement ce que les langages de la sociologie, de l'anthropologie, de la philosophie et de l'histoire allaient réintroduire d'abord en faisant du corps un « objet bon à penser » pour ces disciplines, donnant accès non plus seulement au corps mais à la société et à la culture, ensuite en se situant au cœur d'une nouvelle théorie existentielle de la culture (Csordas *op. cit.)*, d'une

nouvelle théorie des rapports entre l'intériorité et l'extériorité et des positions dans l'espace que représente l'habitus (Bourdieu *op. cit.*) et d'une nouvelle théorie du pouvoir par le pouvoir/savoir et le pouvoir disséminé (Foucault *op.cit.*) (Saillant, 2004 ; 2005).

Ces approches théoriques faisaient en sorte que la biomédecine n'était point le seul terrain empirique d'élaboration de ces théories et concepts. L'anthropologie médicale allait pour sa part prendre acte de ces avancées et les intégrer rapidement à son « vocabulaire » du corps. Les multiples formes d'incorporation que représentent la culture et le soi, la société et les rapports sociaux et enfin le pouvoir multiforme changeaient les représentations dominantes d'un corps biologique dont les scientifiques sociaux devaient décoder les appropriations et les distinctions dans le langage des profanes. C'est à une entreprise de décentrement du corps, comme à une autre époque cela fut fait pour les catégories d'Homme et d'Univers, que nous ont initiés ces auteurs. Ne plus partir du corps biologique en tant que catégorie, vérité et savoir, se situer sur le terrain des modalités multiples d'interpénétration du social, du subjectif mais aussi du biologique pour l'étude des réalités entourant les affaires du corps, voilà ce que devenait le nouveau programme scientifique qui a pour nom « l'incorporation ». Les interrogations plus récentes autour des manières dont la mémoire longue est incorporée, comme celle de l'esclavage et de la colonisation (voir le commentaire de Fassin au texte de Farmer (2004) dans *Current Anthropology*), des formes extrêmes de sujétion, viennent radicaliser ce point de vue, car il ne s'agit pas, parlant d'incorporation, de limiter sa portée à un rapport espace-temps restreint à un lieu ou une époque, mais de saisir les multiples médiations de *l'histoire faite corps.* Comment des perturbations manifestes sur le plan biologique sont-elles ou non le produit d'une série de médiations invisibles dans la clinique, plus ou moins mesurables par les outils de l'épidémiologie ? Et non seulement l'idée d'incorporation allait permettre une réouverture du corps comme lieu social, mais quelques débats laissés en plan par le rationalisme techno-scientifique allaient être réintroduits : de quel corps parlerons-nous dorénavant, quelle place laisserons-nous aux émotions, à la psyché médiatrice, clef des formes variées d'incorporation ?

Le langage du corps a donc pu se modifier sensiblement et sortir des ornières des « influences socioculturelles » et de son fonctionnalisme sous-jacent, héritage de l'épidémiologie faisant de la culture et du social une série de variables malheureusement trop souvent réductrices, pour insister davantage sur des relations complexes, défiant les relations espace-temps, corps-émotion, corps-environnement, biologie-société, science-non science. Si ce nouveau langage du corps ne pénètre pas véritablement les institutions les plus chargées en matière de vérité scientifique et de « *evidence-based medicine* », il ne tardera pas à le faire en certaines de ces franges les moins

conventionnelles et là où les vérités sont les plus conflictuelles et les plus débattues, notamment sous l'influence des spécialistes des sciences sociales et de l'anthropologie.

Les débats sur le langage du corps ont contribué à redéfinir les représentations des frontières du corps mais il est aussi évident que, qui pose la question des inégalités face à la vie et à la mort, du pouvoir sur la vie et la mort, fait aussi intervenir une grave question : qui sont donc les vrais propriétaires du corps ? Si les corps inutiles, ces laissés-pour-compte du capitalisme mondialisé, ces corps des êtres superflus auxquels se réfère Agamben (1997, 1999, 2003) reprenant les propos de Arendt, ici les vieillards improductifs, là les travailleurs usés à la corde qui laisseront une part de leur vie pour la production de la richesse des autres, là encore ceux qui mourront faute d'accès à des soins de base rudimentaires ou à des traitements qui ne sont que des routines dans les pays riches, sont d'une façon laissés à eux-mêmes et à leur « destin biologique », d'autres corps et parties de corps seront tout simplement chosifiés et vendus au marché (valeur boursière exclue...). Ainsi en est-il des travailleurs migrants, des travailleurs du sexe, des enfants esclaves et des enfants soldats : à qui appartient le corps et le corps peut-il se transformer, non seulement sur les lieux de la médecine mais aussi sur les lieux de la société du culte des choses, en une matière biologique et énergétique dont on dispose à l'infini et cela jusqu'à ce que mort s'ensuive ? La question de la souveraineté du corps fut posée par les féministes dans les années 1960 et illustrée par le slogan « Notre corps nous-mêmes » et à travers la revendication d'user de son corps et des fonctions de reproduction à sa guise et selon ses volontés, une manière de refuser l'équivalence entre le destin biologique et le destin social. Cette question doit être reprise, élargie et c'est le corps productif et reproducteur qui devrait ici être objet de préoccupations majeures autour des thèmes de sa dignité et de sa figure souhaitable pour l'humanité qui vient (Bibeau 2004, Franklin et Lock 2003). Sur des questions de ce type, il ne faut pas avoir peur de l'humanisme pas plus que de la quête de justice (Farmer 2003, Fassin 2004 et articles dans le présent ouvrage).

La propriété intellectuelle est aussi un enjeu qui touche une question centrale de la réflexion et de la pratique anthropologique. Les interrogations sur la propriété des corps viennent ici rejoindre celles, plus larges, sur la propriété du vivant. Elles sont cuisantes dans le domaine des biotechnologies, mais elles le deviennent également dans un secteur moins visible mais tout autant névralgique : celui des savoirs locaux. Le thème de la propriété intellectuelle des savoirs locaux des diverses médecines étudiées par les anthropologues fut absent des travaux car il était à une époque naturel et non problématique de traiter des cultures et des savoirs, de les décrire, au nom de la diffusion d'un savoir universel et de la contribution des cultures au

patrimoine universel. La tâche de l'anthropologue était de mettre au jour ces savoirs, de leur donner crédit et de faire œuvre scientifique en posant leur diversité et leur légitimité comme principes. Plusieurs facteurs sont venus troubler ce tableau simplificateur : d'abord certains courants intellectuels, et au premier chef celui du post-colonialisme (Ascroft, Griffiths et Tiffin 1995, Spivak 1999) et du postmodernisme qui a été certes le plus virulent sur la manière dont les anthropologues ont « volé » biens culturels et savoirs pour les réifier et les réinventer, les faire transiter vers des institutions diverses dont les institutions muséales et les délocaliser. Au chapitre des savoirs ethnomédicaux, cela a aussi voulu dire que des plantes se sont retrouvées dans les pharmacopées occidentales sans que les populations ne reçoivent aucune compensation des industries pharmaceutiques qui les avaient « découvertes ». Dans divers pays, notamment le Brésil, la crainte est devenue très grande de se voir dérober le patrimoine vert et la bio-piraterie, même si son ampleur reste difficile à évaluer, est une crainte majeure des autorités gouvernementales et locales. L'ouverture de l'Amazonie aux chercheurs est actuellement débattue. En clair, dorénavant la recherche ethnomédicale ne peut, elle non plus, se faire sans avoir en tête cet enjeu que constitue la propriété de ces savoirs sur le vivant et ayant été objet de transmissions et de réactualisations permanentes au fil des générations. Si nous nous interrogeons sur la propriété du corps devant la machine biotechnologique ou encore sur les excès du capitalisme triomphant, nous devons aussi réexaminer nos pratiques (anthropologiques) quant au sort que nous faisons à ces collectes de savoirs qui, selon une anthropologie symétrique et postcoloniale, sont *aussi* des savoirs sur le vivant.

DE LA MALADIE À LA SOUFFRANCE

Les travaux actuels autour de l'anthropologie du *social suffering* (que certains, dont Didier Fassin, nomment *afflictions* 2004) entrepris par Arthur Kleinman, Veena Das et Margaret Lock (Kleinman, Das et Lock 1997 ; Das Kleinman, Ramphele et Reynolds 2000 ; Das, Kleinman, Lock, Ramphele et Reynolds 2001) suggèrent un autre déplacement, transformant la « maladie » en lui donnant le statut potentiel de souffrance sociale. Rappelons d'abord que des débats ont eu cours depuis longtemps, sur un tout autre horizon, à propos du thème de la douleur : comment comprendre les liens entre la biologie de la douleur et l'environnement dans lequel se vit l'expérience de la douleur ? À ces débats les anthropologues avaient déjà largement contribué. Ici, il s'agit de tout autre chose, et même si plusieurs auteurs avaient souligné le fait que la douleur n'est pas strictement biologique et qu'elle implique une souffrance morale, le thème actuel de la souffrance sociale n'est

pas véritablement parent avec celui des débats antérieurs en anthropologie sur les rapports existant entre douleur et souffrance. La question soulevée dans les débats actuels nous ramène plutôt sur le terrain de la « maladie » comme catégorie, de la maladie comme expérience de souffrance, du travail des professionnels qui potentiellement réduisent une expérience de souffrance en maladie, la réifient et font violence aux individus en les subjectivisant dans un rôle de malade privé de son histoire. Il est intéressant de constater que ce sont des anthropologues médicaux qui ont créé tout ce courant d'anthropologie de la souffrance en interrogeant les diverses formes de violence structurelle, politique, institutionnelle, professionnelle et historique conduisant à produire des formes variées de souffrance qui sont productrices tantôt de détresse, tantôt d'inégalités profondes, et dans un nombre non négligeable de cas de maladies.

Il n'est pas à dire ici que les « maladies » comme catégories n'existent plus, mais que l'approche anthropologique proposée permet certes de sortir du médicocentrisme, en n'acceptant pas d'emblée les catégories médicales et leurs diverses significations, en ouvrant beaucoup plus largement le travail sur les lieux et les expériences de la souffrance dont la maladie peut être ou non une expression, et en redéfinissant les frontières du politique, du corporel et du subjectif. Les lignes de partage entre le macro et le micro, comme le ferait une anthropologie médicale critique de type économie politique à la Singer et Baer (1995), se trouvent quelque peu redéfinies. L'herméneutique de la maladie, issue de l'anthropologie médicale de type interprétativiste, subit la mutation de prendre non pas la maladie mais la subjectivité et ses mouvements pour terrain (de subjectivation, de désubjectivation), de considérer les expériences dans leur profondeur historique et existentielle (et non comme le seul résultat de rapports de force entre groupes, sans les nier pour autant), de retourner vers les régimes d'historicité (Hartog 2003) comme producteurs de ces souffrances, de saisir les différents niveaux de construction allant du régime d'historicité lui-même aux rapports sociaux spécifiques qu'il engendre, aux diverses médiations venant transformer l'expérience en diverses catégories (de maladies, administratives, ethniques) par l'action et les discours des agents administratifs, professionnels, politiques, et ainsi dérober au sujet son pouvoir de parole et sa capacité d'agir.

La souffrance sociale n'est pas un nouveau vocable pour parler de maladie, mais elle permet à l'anthropologie médicale de poursuivre son entreprise de mise en perspective de langage médical, d'éviter le modelage de la série « diagnostic-maladie-traitement-guérison » que calque la série « classification des maladies-entité locale-rituel de guérison-formes de guérison », encore trop proche de la rationalité médicale. Le travail sur la souffrance sociale fournit les moyens de dépasser le langage de la maladie en ne se

contentant pas de mettre du social dans la maladie mais de poser la souffrance comme sociale. La souffrance ne se présente plus seulement comme une forme moralisée et culturalisée de douleur et la maladie apparaît comme une conséquence possible de la souffrance. C'est pourquoi l'anthropologie médicale devient jusqu'à un certain point une anthropologie des afflictions qui laisse poindre « une nouvelle anthropologie médicale critique ».

DROIT À LA VIE ET JUSTICE SOCIALE

L'anthropologie médicale tend à se démédicaliser par les diverses formes de décentrements successifs qu'elle met en œuvre : le déplacement des frontières du « fait médical », du corps, la remise en perspective des catégories de système médical, de maladie, de thérapie et de guérison. Elle est aussi amenée à jouer sur des échelles qui la font sortir du strict cadre thérapeutique : sans délaisser les groupes de thérapie, les itinéraires thérapeutiques, les systèmes de médecine, les rituels de guérison, elle ouvre sur des questions nouvelles l'amenant à traiter non seulement de l'infiniment petit et de l'invisible du cadre thérapeutique (comme dans les études sur les biotechnologies, la circulation dans le marché des gènes, l'imagerie médicale), mais aussi de réalités intercontinentales comme le cadre des organisations multilatérales, les sociétés, les organisations transnationales et humanitaires (voir le numéro spécial de la revue *Les Temps modernes*, 2004). Elle passe aussi des sphères privées, familiales et domestiques de certains aspects des médecines « populaires » et locales, vers les réseaux de chercheurs, d'activistes et de malades, comme, par exemple, cela se fait en ce qui a trait au sida.

Alors que l'anthropologie médicale classique centrait son attention sur le droit d'existence et la légitimation des médecines autres dans le contexte d'une lutte économique et symbolique pour le « droit de soigner autrement » et la reconnaissance d'épistémologies alternatives (Saillant 1989, Saillant et O'Neil 1987), il semble que la question du droit de soigner autrement, sans être complètement tombée en désuétude, a été remplacée par une autre, partagée non seulement par de nombreux anthropologues médicaux, mais aussi par d'autres catégories d'observateurs issus de la société civile, des organisations internationales, des associations de défense de droits, et de diverses disciplines. Les questions médicales sont dorénavant associées facilement aux questions de droit puisque bien des populations dans lesquelles les anthropologues interviennent vivent dans des conditions de très grande pauvreté. Les privations observées sont nombreuses et difficilement justifiables, d'autant plus que nombre d'entre elles sont passées par de multiples processus de colonisation amorcés par l'Occident et vivent à des degrés divers les conséquences de cette dernière sous la forme

de violence et d'inégalités structurelles (Sheper-Hugues et Bourgois 2004) conduisant à la souffrance et à la maladie mentale ou physique.

Si, dans les années 1970, le thème de l'accès aux soins médicaux pour tous était reçu de façon ambiguë par les anthropologues, voyant en cela une façon supplémentaire, par la médecine et la technique, de coloniser des populations déjà colonisées, de saper davantage leurs cultures et leurs richesses matérielles et symboliques, cette question de l'accès prend maintenant un tout autre sens. Plusieurs faits sont venus sonner l'alarme et modifier la conscience des acteurs, aussi bien celles des populations que celle des scientifiques sociaux. D'abord, la question du scandale du sida et des inégalités criantes dans l'accès aux soins (voir Preston-Whyte, dans cet ouvrage), faisant de cette maladie un risque génocidaire en certains lieux de la planète, particulièrement au Sud et en Afrique. Ensuite, dans le contexte du néolibéralisme ambiant, on a constaté les effets néfastes des diminutions de ressources publiques pour la santé des populations dans les pays du Sud et du Nord et parmi les groupes les plus pauvres et les plus à risques. Dans ce cas, le problème d'accès ne pouvait plus être considéré comme géographique, culturel ou économique, mais bien comme politique et moral. Les politiques économiques des organismes multilatéraux, l'idéologie des États ayant adopté ou ayant été forcés d'adopter les approches néolibérales vidant les programmes sociaux de leur substance, ont amené des groupes sociaux entiers vers de nouveaux problèmes, le retour de vieilles épidémies comme la tuberculose, et des statistiques plus pessimistes en matière de morbidité et de mortalité. Il ne s'agit pas de penser sous l'angle de biomédecine à tout prix, mais d'amélioration des conditions d'existence pour tous, et de se rappeler que, aux yeux de certains, le choix pour sauver une vie n'équivaut pas nécessairement au choix pour un type de médecine ou pour un autre. La critique du tropicalisme de l'anthropologie à saveur strictement culturaliste, la façon dont maintenant certaines populations répondent à l'offre de biomédecine de manière positive tout en se réservant leurs zones d'influence et de résistance à ce modèle, en considérant important de se sauver et de sauver les leurs, les exigences d'une urgence éthique pour penser cette idée des soins pour tous sont dorénavant des idées capitales dans cette anthropologie qui se fait.

EXPRESSIONS LOCALES DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE GLOBALE

Les paragraphes précédents ont montré que l'anthropologie médicale du XXI^e^ siècle s'inscrit désormais au carrefour de problématiques élargies, de changements d'échelle. En élaborant ce projet, les responsables de

cet ouvrage misaient sur la fécondité d'un autre décentrement : celui de faire connaître l'anthropologie médicale telle qu'elle s'est exprimée historiquement et telle qu'elle se construit maintenant dans diverses traditions nationales. Bien sûr, il faut mettre l'expression « tradition nationale » dans un contexte qui lui rende toute sa pertinence ; reconnaître non seulement que la science, et cela inclut évidemment l'anthropologie, se construit dans une perspective universaliste, mais qu'elle est également tributaire d'une « demande sociale du savoir », souvent liée à des intérêts nationaux (Diasio 1999 : 26). Parvenir à mieux saisir la tradition de l'anthropologie, ici de l'anthropologie médicale, dans ses expressions locales (Copans 2000), s'avérait donc nécessaire pour penser les phénomènes sociaux tels qu'ils se présentent aujourd'hui dans la mondialisation et la globalisation, de même que pour être en mesure de mieux dégager les problématiques, les courants théoriques et les méthodologies qui servent à les interpréter.

Le défi était de taille, le résultat de la démarche des plus stimulants. Il nous reste maintenant à partager le fruit de ce travail avec les lecteurs.

Références

AGAMBEN G., 2003, *État d'exception, Homo Sacer II.* Paris, Seuil, L'Ordre philosophique.

——, 1999, *Homo sacer III, Ce qui reste d'Auschwitz.* Paris, Rivages.

——, G., 1997, *Homo sacer I. Le pouvoir souverain et la vie nue.* Paris, Seuil.

ASCROFT B., G. GRIFFITHS et H. TTIFFIN, 1995, *The Post-Colonial Studies Reader.* Londres, New York, Routledge, p.242-243.

AUGÉ M., 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme,* XXVI, 1-2 : 81-90.

AUGÉ M et C. HERZLICH (dir.), 1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris, Éditions des Archives contemporaines.

BAER H.A., M. SINGER et I. SUSSER, 1997, *Medical Anthropology and the World System.* Westport, Bergin & Garvey.

BENOIST J.,1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme* médical. Paris, Karthala.

BIBEAU G., 2004, *Le Québec transgénique.* Montréal, Boréal.

BOURDIEU P., avec L. WACQUANT, 1992, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive.* Paris, Seuil.

COLSON A.C. et K.E. SELBY, 1974, « Medical Anthropology », *Annual Review of Anthropology,* 3 : 245-262.

COPANS J., 2000, « Mondialisation des terrains ou internationalisation des traditions disciplinaires ? L'utopie d'une anthropologie sans frontières », *Anthropologie et Sociétés,* 24,1 : 21-42.

CSORDAS T.J., 1994, *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self.* Cambridge, Cambridge University Press.

——, 2002, *Body/Meaning/Healing,* Palgrave, Macmillan.

DAS V., A. KLEINMAN, P. RAMPHELE et P. REYNOLDS, 2000, *Violence and Subjectivity,* Berkeley, UCP.

DAS V., A. KLEINMAN, M. LOCK, M. RAMPHELE et P. REYNOLDS, 2001, *Remaking a World. Violence, Social Suffering and Recovery,* Berkeley, UCP.

DIASIO N., 1999, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas.* Paris, PUF.

DREYFUS, H.L. et P. RABINOW (éd), 1984, *Beyond Structuralism and Hermeneutics,* Chicago, Chicago University Press.

EISENBERG L., A. KLEINMAN, 1981, *The Relevance of Social Science for Medicine,* Boston, Reidel.

EMBER C.R. et M. EMBER (dir.), 2004, *Encyclopedia of Medical Anthropology.* New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2 vol.

FABREGA H., 1972, «Medical Anthropology», *Biennial Review of Anthropology*: 167-229.

FARMER P., 2003, *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor.* Berkely, University of California Press.

——, 2004, «An Anthropology of Structural Violence», *Current Anthropology*, 45, 3: 305-325.

FASSIN, D., 1996, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie.* Paris, P.U.F.

——, 2000, *Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises.* Paris, Karthala.

FASSIN D., 2004, *L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida.* Paris, Karthala.

FOSTER G. et B. ANDERSON, 1978, *Medical Anthropology.* Wiley & Sons.

FOUCAULT M., 1988, 1re édition 1963. *Naissance de la clinique.* Paris, P.U.F.

——, 2004, *Naissance de la biopolitique.* Paris, Seuil.

FOUCAULT M., D. DEFERT, F. EWALD et J. LAGRANGE, *Dits et écrits* II, 1976-1988. Paris, 2001 (édition 1994), Gallimard, chapitres: «Les rapports de pouvoir passent à travers le corps», «Biohistoire et piopolitique», «Naissance de la biopolitique».

FRANKLIN S. et M. LOCK, 2003, *Remaking Life and Death: Toward and Anthropology of the Biosciences.* Santa Fe, School of American Research Press.

GEEST S.van der, 1998, *The Art of Medical Anthropology: Readings.* Amsterdam, Het Spinhuis.

HARTOG F., 2003, *Régimes d'historicité.* Paris, Seuil.

KLEINMAN A., *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition.* New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN A., V. DAS et M. LOCK, 1997, *Social Suffering.* Berkeley, UCP.

Le BRETON D.,1990, *Anthropologie du corps et modernité.* Paris, Presses universitaires de France.

——, 1999, *L'adieu au corps.* Paris, Métailié.

Les temps modernes, 2004, «L'humanitaire», n° 627, mai-juin.

LIEBAN R.W., 1973, «Medical Anthropology»: 1031-1072, dans J. Honigman (dir.), *Handbook of Social and Cultural Anthropology.* Chicago, Rand McNally.

LINDENBAUM S. et M. LOCK, 1993, *Knowledge, Power and Practice*: *The Anthropology of Medecine and Everday Life.* Berkeley, University of California Press.

LOCK, Margaret M., 2002, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death.* Berkeley, University of California Press, California Series in Public Anthropology.

LOGAN M.H. et E.E. HUNT, 1978, *Health and the Human Condition: Perspectives on Medical Anthropology.* Duxbury, Duxbury Press, 1978.

MARCUS G., 1995, «Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Site Ethnography», *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.

McELROY A. et P. K. TOWNSEND, 1979, *Medical Anthropology.* Duxbury, Duxbury Press.

NICHTER, M., 1989, *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies.* London, Kluwer Academic Publishers.

OMS, 1978, *Promotion et développement de la médecine traditionnelle.* Rapport d'une réunion de l'OMS. Rapport technique 622, Genève.

PANDOLFI M., 2002, « "Moral Entrepreneurs", souverainetés mouvantes et barbelés. Le biopolitique dans les Balkans postcommunistes », *Anthropologie et Sociétés,* 26, 1 : 29-52.

RABINOW P., 1984, *The Foucault Reader.* New York, Pantheon Books.

SAILLANT, F., 1989, « Les thérapies douces au Québec : l'émergence d'une nouvelle culture thérapeutique, dans MOULIN, Madeleine, *Comprendre le recours aux médecines parallèles.* Centre de sociologie de la santé, Université Libre de Bruxelles, p. 168-175.

——, 2003, « Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs », p. 263-282, dans SAILLANT Francine et Manon BOULIANNE (dir.), *Transformations sociales, genre et soins. Perspectives critiques et comparatives.* Québec/Paris, PUL/L'Harmattan.

——, 2004, « Constructivismes, Identités flexibles et communautés vulnérables », p.19-42, dans Francine SAILLANT, Michèle CLÉMENT et Charles GAUCHER (dir.), *Identités, Vulnérabilités, Communautés.* Québec, Nota Bene.

——, 2005, « Corps, médiations, socialités », p. 157-174 dans Francine SAILLANT et Éric GAGNON, *Communautés et Socialités.* Montréal, Liber.

SAILLANT, F. et M. O'NEILL, 1987, *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels sur la grossesse et l'accouchement au Québec.* Montréal, St-Martin.

SARGENT C. et T. JOHNSON, 1996, *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method.* Westport, Preager.

SCOTCH N.A., 1963, « Medical Anthropology », *Biennial Review of Anthropology*: 30-68.

SHEPER-HUGUES S., 2000 « The Global Traffic in Human Organs », *Current Anthropology,* 41-2, p. 191-224.

SHEPER-HUGUES N. et P. BOURGOIS, 2004, *Violence in War and Peace. An Anthrolology.* Malden, Blackwell.

SINGER M. et H. BAER, 1995, *Critical Medical Anthropology.* Amityville, Baywood.

SPIVAK G. C., 1999, *A Critique of Postcolonial Reason.* Routledege, NewYork.

PREMIÈRE PARTIE

REGARDS DES AMÉRIQUES

CHAPITRE 1

Biosciences et biotechnologies sous surveillance ethnographique. Où se situent les anthropologues médicaux canadiens ?

Gilles Bibeau, Janice E. Graham et Usher Fleising

Dans un article de synthèse portant sur la pratique de l'anthropologie médicale au Canada anglais, Lock et Bibeau (1992) ont essayé, il y a plus de 10 ans, de comprendre la spécificité de l'anthropologie canadienne en montrant comment celle-ci est largement modelée par l'identité de la culture et de l'histoire du Canada. À ce sujet, ils ont écrit :

> « La continuité des débats de fond au Canada sur des questions telles que la langue, l'identité nationale et le multiculturalisme ont joué un rôle important en alimentant les spécialistes des sciences sociales de thèmes de recherche, d'enseignement et d'engagement social. Il n'est donc pas étonnant que les sujets considérés comme centraux en anthropologie canadienne recoupent ceux qui sont aussi centraux pour l'ensemble du pays. Il est vrai qu'il n'existe pas de paradigme original "canadien" dans la théorie anthropologique contemporaine et cette absence est sans doute le reflet du fait que l'anthropologie canadienne partage l'éternelle crise identitaire de la société canadienne » (1992 : 150). [Traduction]

Lock et Bibeau ont interprété l'éclectisme, la multiplicité des champs de recherches et la pluralité des cadres théoriques, qu'on trouve en anthropologie canadienne, en tant que signes positifs de vitalité et d'ouverture, et expression de la capacité des anthropologues à s'adapter aux thèmes sociaux qui dominent dans le pays à un moment donné. Dans la conclusion de leur article, ils ont soutenu que les anthropologues canadiens « ont cherché à interpréter les discours et les actions concernant les sujets à caractère médical dans un contexte social et culturel » (1992 : 171). [Traduction]

Il est remarquable de constater aujourd'hui que la majorité des études d'anthropologie médicale, passées en revue par Lock et Bibeau en 1992, se focalisait sur les communautés amérindiennes ou sur les groupes immigrés dans un Canada multiculturel. Les questions de pouvoir, de l'action politique et du militantisme étaient également présentes dans ces articles,

préparant ainsi le terrain aux concepts de biopolitique, de biopouvoir et de biosocialité qui sont aujourd'hui centraux dans la pensée des anthropologues médicaux, surtout chez ceux et celles qui travaillent dans le champ des biosciences et des biotechnologies. Il reste, bien évidemment, un bon nombre d'anthropologues médicaux canadiens qui continuent à produire un excellent travail sur les mêmes thématiques que celles qui furent à l'avant-plan dans les années 1980 et au début des années 1990.

La décennie 1980-1990 a été décrite comme une ère intellectuelle pendant laquelle les études culturelles, postcoloniales et multiculturelles ont produit, en même temps que des approches féministes et critiques, une explosion de créativité dans les sciences humaines et les sciences sociales, et en particulier en anthropologie. « Les guerres culturelles » de cette ère furent largement provoquées par l'introduction des approches culturelles, des études de genre et des perspectives postcoloniales dans les programmes départementaux des sciences sociales et humaines. Ces guerres se sont déroulées dans un contexte intellectuel n'ayant tenu aucunement compte de l'interprétation antiréductionniste de la culture qui existe classiquement en anthropologie : les chercheurs de nombreuses disciplines ont redéfini la culture en insistant sur son caractère situé et dynamique, la purgeant ainsi de ses dimensions statiques et essentialisées, et la transformant en un concept plus dynamique et plus flexible adapté à leurs propres buts. En dépit d'une telle redéfinition de la culture, beaucoup d'anthropologues critiques ont fait disparaître l'utilisation même du mot culture de leur vocabulaire. Les « guerres de la science » ont fait suite aux « guerres culturelles », de nouvelles thématiques ayant été propulsées, dans les années 1990, au premier rang des débats sociaux, juridiques et éthiques aussi bien dans le milieu universitaire que sur la scène publique. Ce sont surtout les questions liées à la biotechnologie, à la santé, à l'environnement et à des soucis « d'intimité », concernant l'accessibilité et l'intégration d'informations dans des bases de données de plus en plus automatisées, qui ont animé ces débats[1].

Bioscience et biotechnologie n'étaient pas encore des sujets de première priorité dans les années 1980 et au début des années 1990 lorsque Lock et Bibeau ont brossé le tableau de l'anthropologie médicale canadienne ; vers la fin des années 1990, ces deux domaines de recherche étaient déjà devenus des sujets de discussions d'importance primordiale dans les milieux de la recherche. Les rapports produits en 1998 et 2001 par le *Comité consultatif canadien de la biotechnologie* (CCCB) illustrent clairement ce glissement : les experts du CCCB recommandèrent explicitement vers les années 1990 que le gouvernement apporte un appui significatif à la bio-industrie canadienne. La position « pro-industrielle » préconisée par les présidents de Génome Canada et de Génome Québec (Godbout et L'Archevêque 2001) est également une bonne indication du fait que quelque chose a changé, à

cette époque, relativement à la place des biotechnologies. L'attribution en 1993 du prix Nobel au biologiste canadien Michael Smith, de l'université de Colombie-Britannique, a certainement incité l'élaboration d'un grand nombre d'expertises dans le domaine des biotechnologies[2]. Remarquant le développement de nouveaux champs, les anthropologues ont rapidement saisi l'occasion pour adapter leurs programmes de recherches, avec toutefois moins de précipitation et avec des perspectives critiques plus prononcées que ce ne fut le cas chez les bioéthiciens et les juristes: ces derniers se sont vu accorder la grande part des subventions portant sur les dimensions sociales, juridiques, environnementales et éthiques des recherches en génomique (Graham et Brunger 2003).

Jusqu'au début des années 1990, les anthropologues médicaux canadiens ont prêté une attention particulière aux groupes de patients, aux comportements des malades pendant leurs quêtes de la santé et des soins, à l'analyse des plaintes des patients, à la coconstruction médecin-patient des modèles explicatifs de la maladie, aux sémantiques des représentations de la maladie et finalement aux systèmes médicaux comparés[3]. Dans leur article de 1992, Lock et Bibeau ont exposé l'essentiel de l'anthropologie médicale anglo-canadienne en explorant, entre autres sujets, comment Patricia Kaufert et John O'Neil (1990) ont étudié des questions entourant l'accouchement et le consentement informé chez des femmes inuites sur la côte Ouest de la baie d'Hudson ; comment Linda Garro (1990) a conduit ses recherches portant sur le savoir médical chez les Ojibwa du Manitoba, en particulier sur leurs modèles explicatifs de la maladie et du traitement; comment Naomi Adelson a étudié la construction culturelle du concept de santé parmi les Cree du Nord du Québec ; comment Joseph Kaufert et John O'Neil (1990) ont passé en revue l'utilisation « des courtiers culturels » et « des interprètes linguistiques » dans les communautés cries, et comment Margaret Lock et Pamela Dunk (1990) ont interprété, comme forme ultime de communication, la « propension pour la somatisation » chez les femmes grecques immigrées.

Dans cet essai, nous avons choisi d'examiner les pratiques des anthropologues médicaux anglo-canadiens pendant la décennie passée en mettant l'accent sur les travaux de quelques chercheurs, y compris deux des coauteurs de cet essai. Nous procéderons à une juxtaposition des travaux de collègues qui ont concentré leurs activités de recherche sur des sujets reliés aux biosciences et aux biotechnologies, sous leurs différents aspects politiques, économiques et commerciaux ou dans leurs dimensions éthiques, cliniques et philosophiques. Les auteurs que nous avons retenus représentent une littérature croissante en anthropologie médicale dans laquelle les biosciences et les biotechnologies occupent une position centrale comme manière de comprendre les imaginaires collectifs et les infrastructures de

la société contemporaine. Parce que nous avons choisi les travaux de ces chercheurs, nous avons été incapables de couvrir tous les domaines dans lesquels les anthropologues médicaux conduisent actuellement des recherches à travers le Canada anglophone ; notre choix a été délibérément biaisé parce que nous avons voulu mettre l'accent sur ce que nous pensons être l'une des directions les plus prometteuses que le champ de l'anthropologie médicale a récemment prospectées.

Nous avons consciemment choisi cette voie qui conduit à une anthropologie médicale canadienne émergente se situant à la jonction de la science, de la technologie et du commerce. Pour explorer ces développements, nous avons articulé notre essai autour des quatre axes suivants : 1) ethnographies des cultures scientifiques ; 2) biosciences, marché, opérations bancaires et capitaux à risques ; 3) questions sociales et éthiques des biobanques, l'évaluation des technologies, essais cliniques, réglementation et marketing des produits thérapeutiques (pharmaceutiques, biologiques, génétiques) ; 4) tests génétiques, gènes du cancer du sein et clinique. Un encadré, en annexe de cet article, fait référence à un certain nombre de collègues travaillant dans des domaines en dehors des biotechnologies, sans pour autant prétendre nommer tous les anthropologues médicaux qui peuvent mériter d'être cités dans cet essai. Voyageant à travers le Canada comme s'il s'agissait de lire, nous nous déplacerons de l'ouest vers l'est pour pouvoir peindre les traits caractéristiques de l'anthropologie médicale des biosciences[4].

ETHNOGRAPHIES DES CULTURES SCIENTIFIQUES

Pendant les deux dernières décennies du XX^{e} siècle, des anthropologues ont élaboré des théories et des concepts pour cartographier et critiquer les sociétés contemporaines, les cultures et les technosciences. De nouvelles approches anthropologiques semblent être plus adaptées à l'étude de la globalisation des restructurations de l'économie mondiale, de la fusion croissante des horizons culturels qui réorganisent les villes canadiennes le long des lignes multiculturelles, et du remodelage profond de notre vie quotidienne sous l'influence des biosciences et de la biotechnologie. La prétendue troisième révolution industrielle (informatique, biologie moléculaire, Internet et systèmes de communication), en association avec le dogme néolibéral, la mondialisation économique des marchés nationaux et l'ordre du jour des droits de l'homme imposé à toutes les nations, a complètement transformé notre monde. Ce nouvel ordre mondial a produit des discours idéologiques de légitimation, premièrement en inventant des récits biopolitiques ancrés dans notre monde de plus en plus technologisé

et deuxièmement dans l'universalisation d'une éthique basée sur des valeurs purement occidentales.

Les chercheurs en sciences sociales ont démontré, d'une façon convaincante, que nous vivons dans une période où la biopolitique constitue la stratégie principale utilisée pour l'entretien des sociétés postindustrielles; le biopouvoir, un concept inventé par Michel Foucault (1980) et remodelé par Giorgio Agamben (1997), est également central à nos sociétés, en soumettant différents corps et communautés aux techniques sophistiquées de la surveillance au service du contrôle politique. Un certain nombre de discours critiques proposent activement des scénarios de rechange aux paradigmes néolibéraux et technoscientifiques dominants: comme la revendication de plus en plus insistante, par des organismes antimondialisation, d'une économie moins orientée vers le profit (Beck 2000); l'engagement de la société civile dans sa demande d'une participation plus démocratique; la critique des industries de haut risque et de pollution qui engendrent des dangers croissants aussi bien pour les systèmes écologiques que pour les individus eux-mêmes (Brown 2001); la dénonciation par les groupes écologiques actifs de la production exponentielle des produits toxiques, des organismes génétiquement modifiés et des produits biotechnologiques de plus en plus envahissants. Dans les livres dans lesquels ils écrivent au sujet des compagnies transnationales, des mouvements environnementaux, du gouvernement civil, des ONG, des organismes internationaux, de la Banque mondiale, des Droits de l'homme, de la démocratie, de la guerre et du terrorisme, les anthropologues ont capté les incertitudes et les ambiguïtés qui sont produites par nos sociétés de plus en plus complexes et contrôlées.

Les anthropologues sont bien conscients du fait que le Nouvel Ordre mondial est fondé principalement sur l'hégémonie, le pouvoir, les différences de classe et de genre, la concentration du capital, l'échange inégal et sur la surveillance serrée de la société par le biais des nouvelles technologies. Les notions anthropologiques de biopolitique et de biopouvoir révèlent que les biotechnologies emploient constamment l'hégémonie, l'inégalité et la subordination pour créer un consensus social afin de contrôler les individus et les collectivités. Les biotechnologies séduisent par leurs discours fantaisistes et invraisemblables comme l'utopie de l'immortalité, comme aussi cette tendance triomphaliste qui prétend éradiquer la maladie et ses racines. La rhétorique des compagnies biotechnologiques propose des stratégies pour discipliner les corps et les esprits, souvent aux dépens de l'équité, du consentement informé et de l'accès libre à l'information. Il est, toutefois, intéressant de noter que les organismes de la société civile exigent de plus en plus de pouvoir et de contrôle actifs pour établir la transparence et la responsabilité publique devant les stratégies émergentes avancées par des technoscientifiques et des propriétaires des firmes biotechnologiques. Les

anthropologues ont noté avec raison que notre monde est devenu beaucoup plus importun, plus élusif et plus contrôlé, surtout avec l'enchevêtrement, dans notre ère postindustrielle, de nouvelles formes de mondialisation, de modernisation et de biotechnicisation.

L'attention des anthropologues médicaux canadiens, dont nous discuterons les travaux dans cet essai, a été carrément tournée du côté de l'ethnographie de la science, sans perdre de vue les dimensions cliniques et scientifiques. Leurs ethnographies se sont surtout penchées sur les lieux de production de la recherche bioscientifique; ils ont également concentré leurs efforts sur l'évaluation de l'indice des produits technoscientifiques sur la vie des personnes. Les ethnographies courantes effectuées par les anthropologues médicaux anglo-canadiens dans le domaine de la biotechnologie opèrent dans ce que Michael Fischer (2003) nomme «*set of third spaces*». Leurs terrains sont complexes et multiples, tout en dépassant les dualismes classiques — Nord/Sud, Nous/Eux, primitifs/civilisés, science/magie, cru/cuit —, ces ethnographies post-industrielles, de la fin du XX^{e} et début XXI^{e} siècle, s'articulent sur trois domaines principaux:

a) L'ethnographie dans des laboratoires de sciences, dans des firmes qui effectuent des recherches dans les technologies de pointe et dans les grandes compagnies biotechnologiques. Les ethnologues utilisent des entrevues et surtout de l'observation participante parmi des scientifiques et des techniciens de recherche travaillant avec les instruments de pointe les plus sophistiqués pour fabriquer la science; leur approche d'études de la vie scientifique est, en grande partie, inspirée par le premier Bruno Latour, dans son travail (avec Stephen Woolgar) qui a mené à la publication de *La vie de laboratoire: la production sociale des faits scientifiques* (1979), révisée en 1986 avec la suppression du terme «social» pour laisser place à une performance plus large et plus hétérogène des acteurs. Ces premiers travaux ont été suivis, tout de suite après, par des descriptions ethnographiques historiquement situées, telles que l'étude du monde de la physique nucléaire (Traweek 1988), la recherche sur les proto-oncogènes (Fujimura 1996) et les essais cliniques de l'interleukin-2 (Löwy 1996).

   L'ethnographie comparative la plus achevée sur les variations internationales des «cultures des technosciences» dont nous disposons à ce jour, nous la devons à notre collègue Margaret Lock (2002), du Department of Social Studies of Medicine, à l'Université McGill, qui a montré, dans une remarquable étude, comment les valeurs dominantes des sociétés japonaise et nord-américaine modèlent, d'une manière très contrastée, l'univers des bio-industries. L'étude a comparé des pratiques de transplantation

d'organes, pratiques quasi inexistantes au Japon mais de plus en plus répandues en Amérique du Nord. Lock a démontré comment les différences dans la détermination du moment de la mort confèrent une configuration distincte aux cultures des technosciences qui existent en Amérique du Nord par rapport à celles qu'on trouve au Japon : sur les attitudes à l'égard du don d'organes et de leur réimplantation dans un autre corps, sur l'établissement des frontières entre corps et machines[5] et plus largement sur les représentations que les Japonais et les Nord-Américains se font de la personne, de la vie et de la mort. Lock insiste, dans son ouvrage, sur le fait que les Japonais refusent de reconnaître la mort cérébrale comme étant la fin de la vie ; la définition qu'ils se font de la mort les conduit à refuser catégoriquement que la technologie envahisse l'espace entourant la mort.

La « philosophie de la vie » qui structure la société japonaise s'immisce jusqu'au cœur des pratiques biotechnologiques des Japonais, fournit les balises éthiques qui leur permettent de juger des actions licites et illicites, fixe les critères qui leur servent à définir le moment de la mort et détermine, en dernière instance, les relations ambivalentes des Japonais face au don et à la greffe d'organes. La « culture techno-médicale » qui s'est développée au Japon, notamment autour de la mort et de la transplantation d'organes, diffère radicalement de celle qu'on trouve en Amérique du Nord, non pas pour des raisons de capacités technologiques plus ou moins grandes mais d'abord et avant tout, insiste Margaret Lock, parce que des valeurs culturelles différentes déterminent l'usage qu'une société fait des biotechnologies.

b) L'ethnographie des connections complexes et obscures qui lient les compagnies de biotechnologie, les gouvernements, les universités, le marché, les banques et les capitaux à risques. Les chercheurs ont documenté les voies par lesquelles les forces du capital prennent les décisions de vie et de mort concernant les compagnies de pointe, les poussant à la compétitivité commerciale compulsive, dans une sorte de jeu de coquille où les finances et la manœuvre des sociétés importent souvent plus que la qualité et la valeur réelles du portefeuille d'une compagnie ; en révélant les connections cryptées entre la recherche biotechnologique, la politique des gouvernements et les intérêts privés, les anthropologues ont soulevé des questions importantes au sujet de la construction de l'ordre biopolitique qui contrôle les groupes et les individus dans notre société.

c) L'évaluation ethnographique des conséquences éthiques et culturelles, sur la société et les individus, du déploiement massif des biotechnologies et des biosciences. Les questions éthiques soulevées par les anthropologues médicaux sont nombreuses et différentes dans la forme et le contenu de celles posées par les philosophes et les juristes traditionnels: qui décide et qui, en dernière instance, possède l'information biologique contenue dans les biobanques? Quels sont la signification et l'effet des origines structurales de ces inégalités? Dans quelle circonstance et par qui le test génétique est-il préconisé, consulté et appliqué? Comment les compagnies de biotechnologie établissent-elles les marchés et les plateformes professionnelles et publiques par le biais desquels elles peuvent faire tout ce qui est techniquement possible, par exemple dans le domaine des technologies reproductrices? De quelles manières différents publics s'accommodent-ils ou résistent-ils au pouvoir de l'argent et des capitaux à risques qui dirigent les industries de biotechnologie? Comment établissent-ils leurs droits? Que signifie réellement le consentement public devant l'incidence hégémonique des promesses exagérées d'une vie meilleure, annoncées par les médias qui travaillent pour le compte des compagnies biotechnologiques? Jusqu'à quel niveau les individus comprennent-ils et acceptent-ils que la science et la technologie construisent différemment le monde dans lequel ils vivent et meurent ? Par la dimension éthique de leurs questionnements, les anthropologues médicaux ont témoigné que nous vivons actuellement dans une société où la notion du risque est omniprésente (Douglas 1992) et doit être prise au sérieux (Beck 1992).

Les anthropologues médicaux documentent aujourd'hui ce qui se produit sur différentes scènes: le glissement vers la reconnaissance des brevets sur les diverses formes de vie; le contrôle croissant exercé sur le corps féminin à toutes les étapes de son développement: la naissance, la reproduction et la ménopause; la mort par des technologies médicales comprenant les effets sociaux, culturels et biologiques des interventions pharmaceutiques (par exemple, les thérapies par remplacement hormonal, la vaccination et les programmes de la santé publique) et le test génétique; l'émergence des capitaux à risques, des fonds publics et privés pour faire progresser la recherche en biosciences; les frontières de plus en plus floues entre la recherche universitaire et les laboratoires privés; les efforts déployés par les agences gouvernementales et les sociétés privées pour contenir les débats, dans la société civile, qui discutent des répercussions éthiques et morales liées aux développements vertigineux des biotechnologies; l'orientation de la

recherche scientifique vers les produits commercialisables ; la tendance générale à rendre commercialisables des produits autrement non commercialisables et indésirables ; la poussée violente des compagnies « *start-up* » dans le monde de « dot.com » pour annoncer de nouvelles découvertes spéculatives en tant que produits finaux ; l'incorporation de petites compagnies par de plus grandes sociétés qui achètent tous les droits de développement d'un futur produit.

Les anthropologues médicaux examinent de nouveaux genres de dilemmes éthiques dans des contextes et des situations très sensibles. Ils s'intéressent surtout aux questions de gouvernementalité, d'éthique de recherche, de sécurité, de confidentialité et d'exactitude des données dans les biobanques, de technologies génétiques et reproductrices, de tests génétiques et technologies de l'évaluation, de brevets, de génomique et de génétique, de produits biotechnologiques, d'imaginaires du diagnostic configuré, de conflits d'intérêts, de questions de fiabilité liées à la recherche financée par les compagnies pharmaceutiques privées, de rhétorique et de grammaire pharmaceutiques, d'hybrides machine-homme, de xéno-transplantation et de pharmacogénomique. Leurs objectifs consistent à élucider les droits d'une pluralité de sociétés, les intérêts nationaux, internationaux et transnationaux ainsi que les différentes précautions prises pour essayer de réguler le flux des produits biotechnologiques.

BIOSCIENCES, MARCHÉ ET CAPITAUX À RISQUES : USHER FLEISING

Aux universités de Calgary, de Colombie-Britannique et de Dalhousie, la recherche sur l'anthropologie de la biotechnologie et des nouvelles pharmaceutiques a été menée, au cours des dernières années, sous la direction d'Usher Fleising[6].

Les objectifs des projets multi-sites visent essentiellement, dans un contexte de développement rapide des technologies scientifiques, à élargir la compréhension des mécanismes de commercialisation et de réglementation des nouvelles médecines. L'exploration « du pipeline » (un cycle d'années de 10 à 13 et un coût de 400 à 800 millions de dollars de la découverte du médicament jusqu'à l'approbation du marché), a sondé les bases morales du profit en s'interrogeant sur son sens véritable quand la maladie est définie comme une possibilité du marché. L'équipe de recherche étudie les interrelations complexes qui se tissent entre les communautés scientifiques, industrielles, cliniques et politiques ; elle procède également à un examen suivi de la population générale qui doit finalement sanctionner et tirer bénéfice des pharmaceutiques.

Complémentaire du projet du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) sur le « pipeline », un autre projet, subventionné par le fonds de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), vise l'étude des traductions du savoir. Le but de cette étude est de saisir profondément les activités de traduction de la connaissance actuellement utilisées par les chercheurs en santé ainsi que les facteurs culturels qui conditionnent ces activités. Le projet emprunte à la littérature des Social Studies of Science and Technology (SSST) le concept d' « objets de frontière » pour tracer les domaines cognitifs qui relient le banc (expérimental) au chevet (clinique). Dans le meilleur des cas, cette information sert de base pour enquêter à grande échelle sur les différences entre science clinique et recherche fondamentale et les concepts communs qui lient ensemble ces différents champs. Actuellement, les travaux se centrent davantage sur la façon dont l'application des nouvelles innovations technoscientifiques (sous forme de Magnetic Resonance Imaging (MRI)) transforme la pratique clinique et donc la traduction du savoir de la physique et des mathématiques en des arrangements de soins médicaux et de recherche clinique.

Fleising (2003) s'est basé sur des reconstructions ethnohistoriques du changement social dans les Grandes Prairies pour démontrer que l'innovation disruptive de la technologie de recombinaison est également caractérisée par une continuité sociale et idéologique par le biais des processus de formation d'alliances et de distribution de l'autorité. La répartition de l'autorité est un thème qui fait également partie de son étude de la culture organisationnelle des sociétés biotechnologiques. Fleising (2002) a démontré que les fondateurs de la biotechnologie moderne, dans un effort d'éviter la diabolisation rattachée à l'industrie nucléaire, ont délégué l'autorité pour la négociation de la réglementation et de la gestion des risques à des chercheurs chevronnés au sein de leurs firmes.

Dans une publication à paraître sur la culture des finances en biotechnologie, Fleising examine le trafic entre les technologies (médecine à base d'ADN), les structures économiques de la production (les marchés financiers) et l'idéologie (la culture de l'intervention thérapeutique). Ce trafic comprend un engagement socio-moral qui est en œuvre dans toutes les sociétés. Son cadre théorique favorise la symbolique du pouvoir et la représentation centrée sur la signification et le sens de l'intervention thérapeutique. « On attribue un pouvoir fortement symbolique, écrit Fleising, à l'AND et à la génétique dans les médias comme dans les publications scientifiques, dans lesquels on affirme que la médecine moléculaire et fondée sur l'AND montre comment la médecine allopathique va affronter le cancer, la maladie d'Alzheimer, les maladies génétiques et la plupart des autres enjeux rattachés au corps incluant la calvitie, l'obésité et certains problèmes de santé mentale » (2001 : 239). Le symbole du pouvoir a été opérationnalisé

par l'adoption d'une définition socio-psychologique de l'idéologie inspirée de Geertz (1973). Le lieu de l'intervention thérapeutique est la culture du financement des biotechnologies dans les marchés financiers américains. Un examen des métaphores et de la rhétorique utilisées dans les lieux d'opérations bancaires où des compagnies sont présentées aux investisseurs potentiels montre combien la biotechnologie exagère les tensions sociales créées par la frontière entre l'organique et le socio-moral.

En commençant par la question « d'où vient la médecine ? », Fleising place la pharmacogénomique dans la métaphore globale des médicaments en transit et décrit le rapport d'échange entre les compagnies biotechnologiques, les marchés financiers et l'industrie pharmaceutique. Dans le modèle financier du *pipeline* médical, la maladie est perçue comme une possibilité du marché et la médecine provient d'un cycle continu d'écoulement d'affaire. Vue de cet angle, la tendance des firmes qui consiste à traiter les pharmacogénomiques comme des marchandises est contre-productive dans la culture du marché, qui est définie par l'incertitude de la science génomique, le profil de risque caractéristique de l'industrie du développement et un appétit insatiable pour le capital. Une image limpide de l'arène sociale et de l'habitus produits à la jonction du corps, de la technologie et de la pharmaco-(marchandise) doit distinguer et séparer entre la science génomique et les affaires de la génomique. La culture du marché dans le domaine de la génomique (y compris la pharmacogénomique) est constamment reproduite par les relations d'échange qui sont fortement vulnérables à l'incertitude, au risque et au changement.

Les travaux d'Usher Fleising sur les dimensions sociales, économiques et politiques des biotechnologies comptent parmi les plus novateurs. Dans des articles récents parus dans *New Genetics and Society* (2001), Fleising a insisté sur deux concepts : celui de « genohype » et celui d'« essentialisme génétique » au moyen desquels il discute des risques liés aux objectifs commerciaux des entreprises biotechnologiques qui considèrent l'ADN comme une marchandise. Usher Fleising a eu le courage d'envisager les biotechnologies, d'une part, en prenant au sérieux les dimensions commerciales et économiques de la bio-industrie et, d'autre part, en montrant comment la marchandisation des produits corporels stockés a été favorisée par l'hégémonie des modèles réductionnistes en biologie.

Appliquées aux biotechnologies, les nouvelles et innovatrices approches biosociales de Fleising (ADN comme marchandise ; essai génétique ; droits de propriété ; le risque nucléaire) font de plus en plus écho dans les cercles anthropologiques et contribuent au changement, de manière substantive, d'un certain nombre de visions communes en bioéthique et en biotechnologie de la santé. Les concepts de Fleising de « genohype » et d'« essentialisme génétique » ouvrent de nouvelles voies pour les études

ethnographiques de la bio-industrie; dans ses deux articles de 2001, dans *New Genetics and Society*, Fleising a décrit avec rigueur les grands risques rattachés à la vision réductionniste dominante dans les compagnies génomiques qui tendent à surévaluer les aspects génétiques (genohype) des problèmes de santé. Les recherches actuelles entreprises par Fleising le placent parmi les spécialistes de la biosociologie les plus prestigieux qui étudient, dans une perspective critique, le champ d'extension de la génétique et de la médecine à base d'ADN. Le modèle de recherche préconisé par Fleising est basé sur une solide analyse qui relie le génotype au phénotype, les signatures génétiques de la vie avec les conditions environnementales des individus, les activités des laboratoires avec la commercialisation de la génétique. La position critique de Fleising a été établie en réaction à deux paradigmes dominants, à savoir « l'approche déterministe dans la génétique » centrale dans les compagnies d'ADN nord-américaines et le « modèle du marché » qui est au cœur même des activités de recherche en génétique.

Selon Fleising, l'objectif des compagnies biotechnologiques est clair: elles veulent fabriquer des produits commercialisables innovateurs et compétitifs. On comprend aisément pourquoi tout ce qui ressemble à une « découverte » est immédiatement transformé en un événement médiatique: des stratégies publicitaires ciblées servent à annoncer, sur toutes les tribunes, que la compagnie « X » a été la première, par exemple, à découvrir une association entre tel gène et telle maladie, que les « découvreurs » occupent déjà le territoire sur tel chromosome, que des demandes de brevet ont été déposées et que les retombées financières reviennent, de plein droit, à telle compagnie et à ses associés. Les firmes n'ont apparemment, de nos jours, d'autre choix que de suivre, si elles veulent survivre dans la jungle de la compétition, l'audimat d'une « grande presse » applaudissant à leurs exploits: leur part du marché en dépend; l'appui des gouvernements y est subordonné; le crédit des banques et le capital de risques tendent à s'y adapter.

Les anthropologues ont montré que la bioscience est coincée entre les discours triomphalistes des grands laboratoires et de quelques chercheurs vedettes et une société civile avide d'entendre la science répondre à tous les défis médicaux. Les ethnographes des biotechnologies montrent combien la rhétorique idéologique sur le gène sert opportunément les affaires des bio-entrepreneurs ambitieux, les banquiers et les politiciens. Les logiques financières ont su se saisir des discours inflationnistes et simplistes en mettant arbitrairement le génome au centre de la biologie et en dictant l'orientation politique de la recherche. Et ce, au prix d'une fuite en avant qui sollicite d'être problématisée, y compris par les chercheurs eux-mêmes. La bioscience a toujours été, et est encore, une affaire de recherche; elle est aussi, depuis longtemps déjà, affaire de marché; elle est devenue, plus récemment, affaire d'État et de compétition commerciale entre pays. La

fonction Recherche et Développement (R et D), dans l'industrie des biotechnologies, est plus que jamais envahie par des considérations politiques, économiques, commerciales et juridiques.

QUESTIONS ÉTHICO-CULTURELLES AUTOUR DES BIOBANQUES. RÉGLEMENTATION ET COMMERCIALISATION DES PRODUITS THÉRAPEUTIQUES : JANICE GRAHAM

Janice Graham[7] applique l'approche des études de la science aux problèmes du vieillissement, de la démence et de la déficience cognitive, aux imaginaires diagnostiques, aux bases de données en tant que textes culturels et à l'évaluation technologique des nouvelles thérapies émergentes. Sa recherche actuelle explore les relations culturelles et les technologies employées par les scientifiques, l'industrie, les régulateurs gouvernementaux et les politiques dans l'évaluation et la réglementation des pharmaceutiques et des thérapies biologiques et génétiques[8]. Graham a orienté ses recherches vers l'étude de la création, de l'efficacité et du marketing du produit prétendument *thérapeutique.* Analysant les techniques du diagnostic et des bases de données épidémiologiques et cliniques créées à partir d'une étude nationale sur le vieillissement et la démence, ses recherches doctorales ont été effectuées dans un laboratoire d'épidémiologie génétique à Montréal pendant qu'il transitait d'un groupe de recherche universitaire vers une compagnie biotechnologique « dot.com ».

Son intérêt initial pour la formation des diagnostics secondaires de la démence (Graham 1996a, 1996b) l'a conduite à une recherche postdoctorale en médecine gériatrique et en neuro-épidémiologie (Graham 1997, 1999), et plus tard à un examen des technologies de l'estimation critique et de l'évaluation des traitements dans les essais cliniques et la recherche pharmaceutique financées par l'industrie (Graham 2001, 2003). Portée par un intérêt soutenu pour les espoirs et les effets du traitement sur les personnes souffrant de la démence, elle a mis au point des techniques ethnographiques qualitatives (clinimétriques) pour estimer les symptômes cibles décelables par chaque individu. Cet intérêt a été provoqué, non sans critique, quand les techniques mises au point ont été plus tard utilisées pour montrer des « améliorations » et pour ainsi être lancés sur les marchés des médicaments dont l'efficacité réelle était moins que convaincante (Graham 2000, 2001).

Les essais cliniques sont en grande partie financés par l'industrie pharmaceutique. Les journaux médicaux continuent de consacrer des numéros entiers aux résultats de la recherche financée par l'industrie, dont les découvertes positives alimentent constamment l'espoir des ventes records dans les

grands marchés. Les traitements potentiels pour la démence qui a atteint 8 % des Canadiens âgés de 65 et plus, pendant les années 1990, peuvent être ciblés dans une catégorie diagnostique (et un marché plus large), celle de la déficience cognitive, touchant à peu près 25 % des personnes âgées (Graham 1997). Pendant les années 1990, alors que les fonds publics diminuaient, des chercheurs-cliniciens ont été encouragés à s'associer directement avec l'industrie pour former des partenariats de recherche université-industrie, public-privé. Bien que l'analyse montre que ces rapports sociaux sont minés par des conflits d'intérêts, les résultats de recherche occupent des espaces spéciaux dans les revues scientifiques et restent en grande partie incontestés. Ces résultats de recherche, avec des stratégies de recrutement soigneusement conçues, des approches méthodologiques innovatrices et sophistiquées, et parfois même énigmatiques, ainsi que des analyses biostatistiques magiques, expédient sans grands problèmes ces médicaments par les voies de l'approbation régulière. (Graham 2003).

Avec une sensibilité ethnographique, Graham a élaboré une approche centrée sur le patient et le soignant pour ainsi déterminer les effets du traitement qui prennent en compte la vie quotidienne et le monde social des personnes atteintes par la maladie. Toutefois, cette approche a été employée pour favoriser les espoirs de la personne souffrante, et forcément la vente de médicaments, au lieu de traiter les symptômes originaux de la maladie. Parallèlement, le langage et la pratique servant à déterminer « des traitements qualitativement significatifs » se sont transformés en scénarios de recherche prenant la forme d'essais cliniques et d'une rhétorique de marché propre aux compagnies pharmaceutiques (Graham 2001).

Graham étudie actuellement le rôle de l'efficacité dans les pratiques de la réglementation scientifique et la politique qui lui est associée, où elle explore les interrelations complexes entre la science, l'industrie, le gouvernement et les décideurs politiques. Cette recherche remet en cause la base morale du profit et les significations culturelles de la maladie dans l'histoire des compagnies pharmaceutiques et biologiques. Aussi avait-elle mené ses travaux à Santé Canada, à la Direction des thérapies génétiques et biologiques, afin d'examiner le processus d'approbation et les outils d'enquêtes des preuves basées sur la connaissance disponible pour évaluer et réglementer les éléments pharmaceutiques, biologiques et les thérapies génétiques émergentes. Cette ethnographie des cultures de réglementation des problèmes moraux de sécurité, d'efficacité et de qualité des nouveaux produits émergeant dans l'administration de réglementation à Santé Canada permet de suivre des équipes de recherche formées de scientifiques, de biologistes, d'employés médicaux et de techniciens, équipés des technologies et instrumentations les plus sophistiquées, pendant qu'elles communiquent avec des commanditaires d'industrie, des analystes et des

bureaucrates. Les scientifiques, les experts cliniques et les conseillers bureaucratiques passent en revue les soumissions, la consistance des échantillons et effectuent souvent des tests chimiques, en fournissant des données partielles qui équilibrent les dates-limites et les besoins de la santé publique avec les désirs du public et de l'industrie.

Les substances qui s'approchent des barrières poreuses entre science et société, culture et nature, humain et non-humain, industrie et gouvernement, sont pesées, mesurées et analysées concrètement et au-delà des considérations abstraites. Selon qu'elles sont pharmaceutiques ou biologiques, ces substances sont traduites et transformées, en produits du marché visant à faciliter la vie de tous les jours ou négociées et clarifiées dans le retrait. Graham essaie d'articuler, dans leurs complexités, les processus scientifiques, commerciaux et politiques qui interviennent dans la réglementation des pharmaceutiques, du biologique et des thérapies génétiques au sein de Santé Canada. Au cours de ce processus, elle se heurte aux difficultés risquées qui restreignent la rhétorique de la franchise, de la transparence et de la responsabilité, dans un climat de recherche menée par des partenariats entre université et industrie activement favorisés par les nouveaux Instituts canadiens de la recherche en santé (ICRS) et par Santé Canada. Des conflits d'intérêts parmi des scientifiques-cliniciens financés par l'industrie ont fréquemment surgi et ont été intensivement couverts par les principales revues de médecine au cours des deux dernières années.

Tandis qu'émergent des critiques croissantes des questions éthiques relatives aux rapports entre la recherche, les universités et l'industrie, et alors que le travail de John Abraham au Royaume-Uni a examiné la régulation pharmaceutique européenne, il n'existe, toutefois, aucune étude anthropologique qui se soit penchée sur le processus de réglementation tout en appliquant une approche ethnographique au système d'évaluation des réglementations.

L'équilibre entre les risques sanitaires et sociaux et les bénéfices d'ordre économique, ainsi que le rôle croissant de l'évaluation des risques et les questions de la gestion dans le règlement de nouveaux produits thérapeutiques exigent une enquête ethnographique rigoureuse. Le travail de Graham analyse la gestion stratégique des intérêts multiples des parties prenantes dans la prise des décisions politiques d'ordre public. Comment le principe de précaution est-il évoqué et comment la science, censée assurer la sûreté, la qualité et l'efficacité des produits thérapeutiques, est-elle employée pour parvenir à ces décisions (Government of Canada 2001 ? Le rôle de l'expert a été longtemps contesté dans la littérature anthropologique, alors que l'efficacité à long terme de la connaissance pratique locale peut être favorable à une communauté donnée. Les experts scientifiques peuvent montrer des degrés d'incertitude semblables à ceux du grand public.

Comment l'équation ambiguë qui réunit sécurité, efficacité, morale et profit pourrait-elle être résolue quand les individus désirent la salubrité et la sécurité, pendant que les communautés s'attendent à des emplois et à l'aisance et que les actionnaires visent uniquement le profit? En dirigeant stratégiquement la recherche vers le profit, le rôle du gouvernement canadien, et en particulier celui d'Industrie Canada et des agences de placement, ne reste pas incontesté.

Graham et Brunger (2003) ont examiné l'aspect éthique, culturel et social de Génome Canada. Génome Canada a reçu 300 millions de dollars du gouvernement canadien pour concevoir et mettre en application une stratégie nationale dans la recherche des génomiques et des protéomiques au profit de tous les Canadiens. Encouragé à promouvoir des partenariats publics/privés, les cinq centres du Génome établis à travers le Canada ont un mandat pour s'assurer que le pays sera un leader mondial dans la recherche des génomiques. La recherche inclut le développement de l'agriculture, des bio-informatiques, de l'environnement, de la pêche, de la sylviculture, de la santé et de la technologie. Suivant l'initiative de l'Ethics Legal and Social Issues (ELSI) au National Institutes of Health des États-Unis, Génome Canada soutient également les projets de recherche qui visent à étudier et à analyser les dimensions éthiques, environnementales, économiques, légales et sociales liées à la recherche en génomique (GE3LS). Mais jusqu'à combien, se demande Graham, ces études peuvent-elles être critiques à la lumière des mandats et des sources de subvention provenant d'Industrie Canada? Les technologies risquent-elles d'être arrêtées?

Margaret Everett fournit une excellente vue d'ensemble sur la tentative de transformer des gènes en marchandise et comment elle témoigne du fondement complexe des arguments légaux et de la jurisprudence sur les droits de propriété adoptés par des groupes d'intérêts privés et publics. Elle met en évidence les conflits d'intérêts qui surgissent, et comment les groupes d'intérêts négligent le consentement informé et individualisé en utilisant le consentement présumé afin de maximiser le groupe de clientèles captives. Ces bases de données peuvent ainsi être vendues aux compagnies de biotechnologie. Les deux parties peuvent utiliser différemment des arguments dans lesquels des parties du corps — organes, gènes, sang — en tant que métaphores de droits de propriété individuelle, servent à fragmenter et à objectiver le corps et conduisent ces groupes d'intérêts à des situations quelque peu contradictoires. En dépit de la tendance à établir une valeur économique pour différentes parties du corps et à réduire les gènes à des marchandises, il reste tout de même, souligne Everett (2003), «une résistance culturelle à transformer ces parties en produits commercialisables».

TEST GÉNÉTIQUE, GÈNES DU CANCER DU SEIN ET CLINIQUE : PATRICIA KAUFERT

Dans une ère où la culture de la science est remise en cause par les scientifiques eux-mêmes, « une ambivalence culturelle profonde », qui surgit avec la marchandisation et la commercialisation du corps, la maladie et son traitement par des thérapies émergentes, a été notée par les chercheurs en sciences sociales qui avaient examiné la nouvelle génétique aux Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada (Kaufert 2000 ; Kerr et Cunningham-Burley 2000 ; Everett 2003 ; Glassner et Rothman 2001 ; Graham 2001). Avec l'instauration d'innombrables comités d'experts et de citoyens partout dans le monde pour alimenter la gouvernance et, presque quotidiennement, les tribunaux, de décisions sur des droits de brevetage, la vie privée et les droits de propriété reliés aux « découvertes » biotechnologiques de gènes humains, de plantes, de souris, des cellules souches et du clonage humain, même les membres de ces comités deviennent confus et moins certains devant toutes ces ambiguïtés (Everett 2003). Comme Rapp (1999 : 37) le montre d'une façon convaincante, le « choix est dicté par le marché » et diverses tactiques sont employées par une industrie persuasive pour forcer un consentement présumé, allant de la publicité visant directement le consommateur (Mintzes *et al.* 2002) à la cooptation par les Big Pharma des groupes de défense des patients (Batt 1994, 2002).

Les récents changements en biotechnologie ont fait naître un monde biologique et culturel tout à fait nouveau dans lequel une multitude de produits corporels de différentes sortes — les gènes, le sang, les gamètes, des tissus — sont extraits du corps humain, sont associés à des fichiers médicaux et à des généalogies familiales, et stockés dans des biothèques. Les laboratoires universitaires, les firmes de recherche géno-protéomique et les compagnies biotechnologiques ont en effet créé, dans le cadre de leurs recherches sur les bases génétiques des maladies, de nouvelles « marchandises » : généalogies, fiches génétiques d'individus contenant snips et haplotypes, génomes typiques recueillis auprès de malades souffrant d'une même maladie, génomes régionaux et nationaux.

Les biotechnologies comprennent un large éventail de techniques, de procédés et de produits qui sont de plus en plus considérés comme de véritables marchandises. La nature non traditionnelle de ces nouveaux objets d'échange a amené les juristes à redéfinir les droits de propriété pour tout ce qui touche aux organismes vivants naturels ou génétiquement modifiés, aux dérivés d'organismes vivants, aux biothèques de tous genres, aux techniques et procédés utilisés pour modifier ou créer des produits, etc. Les entreprises de biotechnologie ont principalement eu recours au brevetage pour garantir les droits sur leurs produits, principalement dans les secteurs

de la santé et de la pharmacie, de l'agriculture, de l'alimentation, des cosmétiques et de l'environnement. On ne pourra sans doute échapper à la marchandisation croissante des produits stockés dans les biothèques que si les chercheurs eux-mêmes opposent à l'essentialisme génétique des modèles biologiques plus complexes.

Les travaux de Patricia Kaufert sur la santé des femmes comprennent la ménopause, l'obstétrique et la mammographie. Vers la fin des années 1990, elle s'est tournée vers la politique de la santé et la nouvelle génétique, et plus particulièrement le test génétique, pour déterminer la transmission du cancer du sein. Partageant un même souci pour la façon dont les technologies reproductrices et génétiques altèrent la santé des femmes, Patricia Kaufert est membre du groupe de travail sur les femmes et la nouvelle génétique (Working Group on Womens Health and the New Genetics (WGWNG), une ramification du réseau national sur les environnements et la santé des femmes (National Network on Environment and Women's Health (NNEWH). Ils satisfont les besoins de recherches et fournissent les conseils politiques liés aux initiatives du gouvernement fédéral telles que la stratégie nationale de biotechnologie, le projet de loi C-47 (*The Human Reproductive and Genetic Technologies Act*) et la proposition d'une banque de données nationale d'ADN (WGWHNG 1999). L'activisme social et féministe de Kaufert est bien souligné dans ses activités (Kaufert et Kaufert 1996 ; Goel, Kaufert *et al.* 1998 ; Mustard Kaufert, Kozyrskyj *et al.* 1998 ; D. Kaufert 2000a, 2004a) et rendu dans le livre *Pragmatic Women and Body Politics* (Lock et Kaufert 1998). Elle reconnaît que les questions du consentement de la commercialisation, du brevetage, de l'assurance, de l'équité, de l'accès et de la justice, qui ont émergé à la suite de la nouvelle génétique, sont sans intérêt pour la santé publique et l'épidémiologie (Kaufert 2000b). Elle a essayé, dans les années 1990, de soulever « beaucoup de questions » et surtout une nouvelle conscience dans la communauté des sciences sociales (Kaufert 2004b), soutenant qu'une « nouvelle langue » et de nouvelles méthodologies sont nécessaires. Comme chez Rapp, c'est l'ancrage des expériences individuelles dans les biotechnologies qui est au cœur de ce travail (Kaufert 2000b). Kaufert évalue également l'importance d'autres formes de l'information, telles que des statistiques et des données épidémiologiques et de santé publique utilisées par les décideurs de la politique à suivre dans le domaine de la santé. Une « industrie familiale » (Kaufert, citant Leeming 1999) a représenté le pastiche des programmes d'essais génétiques au Canada, par exemple, avant l'envahissement de Myriad Genetics et ses semblables.

Le fait que les femmes vulnérables soient exclues des processus de prise de décision dans les modèles de la nouvelle génétique, alors que leurs corps « désincarnés » sont examinés sans les moyens disponibles, constitue, pour Kaufert, des problèmes qui nécessitent d'être soulevés. Qui exerce le

contrôle sur les technologies de santé pour le screening et qui accède à ces technologies ? Le test et le traitement restent des questions critiques, de même que les coûts et bénéfices différentiels des secteurs publics et privés. Kaufert démontre comment les débats autour des intérêts des compagnies d'assurances sur l'accès aux données génétiques — et leur insistance sur leur droit de choisir ceux qui peuvent être assurés et ceux qui ne le peuvent pas — lient, aux États-Unis, médecine, loi et commerce, créant ainsi « une situation idéale pour une analyse approfondie du pouvoir et de la politique » (2000b : 827). Le savoir et l'argent mènent ensemble la biotechnologie.

Si, pour Kaufert, « l'industrie de l'assurance maladie est probablement la plus difficile à cibler » (*ibid.* : 828) pour les anthropologues, nous proposerions que l'industrie pharmaceutique multinationale, avec ses nombreuses filiales, ses chercheurs créant leurs propres données, devient probablement plus difficile à saisir que le secteur des assurances.

Les problèmes de risque surgissent incontestablement quand de nouveaux produits, entraînant d'énormes conséquences sociales et sanitaires, entrent dans le système de réglementation canadien. En plus des risques souvent liés à la santé et à la sécurité, il existe des risques sociaux et éthiques liés aux contrôles moins rigoureux quant à l'efficacité et à l'efficience du traitement. Dans une société civile possédant des services de santé dont les fonds sont publics, les technologies ayant des bénéfices limités devraient-elles être réglées de la même manière que les technologies dont les bénéfices sont beaucoup plus considérables ? Comme le potentiel pour cibler des structures moléculaires connues est maintenant un fait, motivé par des intérêts commerciaux, des soumissions de nouveaux médicaments, propres à quelques-uns mais peut-être accessibles à une minorité plus faible encore, pourraient très bien se multiplier. La recherche et le développement de différentes thérapies individuelles à coûts élevés, au lieu des approches médicales à tendance populationnelle, peuvent attirer de plus grands capitaux à risques et trouver plus rapidement leur chemin sans la réglementation. Comment les risques sont-ils évalués dans des soumissions de réglementation ? Comment sont-ils anticipés dans la prise de décisions administratives ? Et plus important encore, comment les risques imprévus peuvent-ils être contrôlés quand les portes de la réglementation sont ouvertes aux nouvelles thérapies et aux technologies nouvelles, comme elles doivent l'être dans l'environnement encouragé du libre-échange global du TRIP (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) ? Est-ce que le risque peut et doit être géré ? Comment les incertitudes qui définissent un risque fluctuent-elles sous les contraintes des inégalités politiques, du biopouvoir, du savoir marginalisé et des interprétations variables ? (Lock 1998 ; Sjöberg 2002).

CONCLUSION : LES COULEURS DE L'ARC-EN-CIEL DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE CANADIENNE

Comme dans le cas de leurs collègues américains (George Marcus 1995a, 1995b; Mary-Jo DelVecchio Good 1995; Paul Rabinow 1996, 1999; Michael Fischer 2001, 2003; Allan Young 1995; Rayna Rapp 1999), les travaux (de terrain) ethnographiques et les études de cas sont demeurés les outils premiers pour les anthropologues médicaux canadiens qui travaillent actuellement dans les domaines décrits précédemment. Utilisant des techniques de l'ethnographie multilocale ou multisite (Marcus 1995a, 1995b, 1998) comme moyens pour accéder au phénomène étudié sous ses différents aspects, ils ont également employé les techniques de multivocalité afin d'obtenir les voix des différents acteurs, le dominant et le dominé. Les approches critiques fournies par Foucault, Bourdieu et Agamben sont au cœur des comptes ethnographiques produits par les anthropologues canadiens, en particulier parmi ceux qui étudient les relations changeantes entre l'État, le milieu universitaire, la finance et le marché; les conflits d'intérêts entre les partenaires dans les biotechnologies et les sciences de la vie; et les complexités des structures du pouvoir et les alliances commerciales.

Ils étudient les positions prises pour ou contre les tests génétiques, ainsi que les points de vue de ceux dont les intérêts sont réellement servis. Ils suivent le financement public des activités de recherches entreprises par les compagnies privées et les types de résultats obtenus quand la subvention privée soutient la science médicale. Les anthropologues tendent à associer leur examen des nombreux débats sur l'éthique, qui ont lieu dans la société, au biopolitique et aux biosocialités, ainsi qu'aux diverses formes de critique culturelle. Les anthropologues sont souvent perçus comme des agents de l'éthique, parfois en tant que militants subversifs; dans la plupart des cas, ils sont les observateurs perspicaces de la société et des outils de la relation « nature-cultures » dans lesquels les dilemmes éthiques se posent. Le travail anthropologique contraste avec une éthique normative embourbée dans les principes canoniques des philosophes et des juristes. Les anthropologues examinent les forces culturelles, sociales, historiques, économiques et politiques qui construisent le savoir. Ils appliquent, à la science et aux biotechnologies, une approche sociale critique qui prend en considération non seulement les structures de la politique des économies globales, mais également les instances locales d'adaptation et de résistance.

Nous pensons que les caractéristiques principales de la pratique de l'anthropologie médicale au Canada peuvent être récapitulées en faisant référence aux caractéristiques principales suivantes. À la fin de leur tour d'horizon de 1992, Lock et Bibeau ont noté la répugnance des anthropologues canadiens à construire des théories à grande portée, une répugnance,

qui est toujours vivante parmi les anthropologues anglo-canadiens. Ils montrent néanmoins un goût croissant pour la critique des théories sociales passées et ont également participé à la construction des théories culturelles, postcoloniales et critiques où les concepts de biopolitique, de biopouvoir et de biosocialité dominent largement. Les anthropologues médicaux canadiens exercent leur profession en utilisant un modèle d'application des connaissances qui s'appuie sur les communautés qui incorporent l'action et le militantisme ainsi que l'engagement très fort pour la justice sociale et la bioéthique. (Cela pourrait refléter l'aspect sociopolitique de l'identité canadienne.) Ils créent et fournissent des outils conceptuels et méthodologiques pour aider à articuler leur critique de la biotechnologie avec des institutions au travail dans la société. Leur niveau d'autoréflexivité a considérablement augmenté durant la décennie passée : les auteurs sont présents dans l'écriture de leurs études ethnographiques des environnements scientifiques. Il est aussi curieux de constater comment l'utilisation des anecdotes personnelles et les événements bien dépeints engagent le lecteur sur des terrains dont les enjeux sont accrus.

D'AUTRES PAYSAGES EN ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ANGLO-CANADIENNE : UN VOYAGE DE L'OUEST VERS L'EST

Comme on le montrera brièvement dans les paragraphes qui suivent, les anthropologues médicaux anglo-canadiens étudient plusieurs autres sujets de recherche. Ils s'intéressent à l'analyse de genre et à celle du déroulement de la vie des personnes en transition : celles dont les corps sont examinés, sondés et classifiés par des professionnels de la santé et des diagnostiqueurs utilisant les nouvelles technologies reproductrices, pharmaceutiques et génétiques. Le corps, jamais dissocié, et toujours confondu avec le politique, est exploré comme un espace de glissement et de changement et comme un lieu où s'exerce la violence de la mondialisation post-industrielle ; où les distinctions nord-sud éclatent à mesure que les personnes, les identités et les emplois aussi divers que le commerce du sexe, l'industrie, les finances et la génétique trouvent de nouveaux lieux pour s'exercer. Tandis que certains ont adopté l'approche de l'anthropologie américaine de la souffrance d'Arthur Kleinman par exemple, d'autres interrogent la douleur, le trauma et la violence des vies brisées au moyen d'une vision politico-économique, problématisant et transformant des victimes en agents. En mariant les méthodologies de l'ethnographie et de l'analyse critique des récits et du discours avec la surveillance des maladies et de l'épidémiologie des maladies, beaucoup d'anthropologues cana-

diens ont également ouvert une fenêtre culturelle qui a sensiblement changé le fondement, la conception et la conceptualisation de l'enquête strictement biomédicale.

À l'Université de Victoria, Peter Stephenson a travaillé sur les maladies cardiovasculaires dans les communautés hutterites, sur l'automédication et les soins à domicile parmi des personnes âgées à Victoria, sur l'éthique médicale en Thaïlande et au Canada, de même que sur l'application des méthodes anthropologiques dans les contextes cliniques associés aux problèmes des réfugiés et des victimes des écoles résidentielles ainsi que sur le trauma général. Lisa Mitchell explore comment les technologies sont utilisées sur les corps des femmes, en se référant plus particulièrement à l'imagerie ultrasons, comment sont construits les récits de la perte périnatale et de l'anomalie fœtale; elle s'intéresse également à la construction culturelle du fœtus et à la reconnaissance des problèmes de santé des enfants appauvris des Philippines. Au département des études pacifiques et asiatiques, Leslie Butt se penche sur la culture, la santé et la politique en Indonésie orientale et étudie le sida dans l'industrie croissante des emplois liés au sexe.

À l'Université de Kwantlen, les travaux de Sam Migliore portent sur la détresse, l'immigration, la localité et l'identité des Canadiens italiens. En couplant l'analyse empirique des descriptions en profondeur et l'autoethnographie des récits de la maladie vécue telle qu'elle est exprimée localement, Migliore incorpore des facteurs historiques et structuraux plus larges à une analyse comparative des communautés italo-canadiennes.

À l'Université Simon-Fraser, Dara Culhane continue son travail sur la santé des Aborigènes et dans des projets sur les services de santé des petites villes intérieures, tandis que Stacy Pigg étudie la conception du sida au Népal, à comprendre comment une expertise globale devient liée à des problèmes sociaux locaux par des questions de nature médicale.

À l'Université d'Alberta, les projets de Denise Spitzer et de Christopher Fletcher portent sur des projets communautaires. Spitzer travaille dans un cadre féministe tandis que Fletcher intègre divers groupes dans ses travaux, comprenant des groupes indigènes nordiques et les victimes des maladies environnementales chroniques au Canada maritime, avec leur connaissance locale des paysages, du corps et de la maladie. Joel Wilbush reconnue sur le plan international en tant qu'« historienne de la ménopause » est actuellement intéressée par l'évolution de la reproduction humaine. Nancy Gibson, du département d'écologie humaine, étudie les problèmes de santé des personnes en transition, telles que les immigrants, les réfugiés et les aborigènes. Pamela Brink et Janice Morse, toutes les deux de la faculté de nursing à l'Université d'Alberta, dirigent des recherches dans le nursing transculturel. Brink étudie l'obésité, la santé des

femmes et les réflexions théoriques sur le rapport entre l'anthropologie et le nursing. Janice Morse mène des recherches dans le domaine du nursing clinique qui explore la souffrance et la peur. Elle est la fondatrice et la directrice de l'International Qualitative Health Research Institute, qui promeut des méthodes qualitatives dans la recherche en santé.

En plus du programme de recherche orchestré autour des pharmaceutiques et des biotechnologies et dirigé par Usher Fleising au département d'anthropologie de l'Université de Calgary, Melanie Rock, du département des sciences de la santé communautaire, est une anthropologue socioculturelle qui se spécialise dans l'analyse des dynamiques populationnelles et des systèmes de santé. Sa thèse (2002) analyse comment le diabète a été reconnu au Canada en tant que problème d'urgence majeure en santé publique. Cette recherche ethnographique est construite sur des rapports entre l'anthropologie et l'histoire, la philosophie de la science, l'économie politique, le poststructuralisme, les technologies relatives à la santé, la décision politique, l'épidémiologie, l'épistémologie et l'incarnation (*embodiment*).

À l'Université de Saskatchewan, Michel Desjardins étudie les processus rituels liés à l'inclusion ou à l'exclusion des personnes étranges et anormales, notamment les individus classifiés comme étant des handicapés mentaux; il mène également des recherches sur la sexualité, la procréation et la stérilisation parmi ces personnes ; les représentations culturelles de la croissance et du cycle de la vie; les transitions et les changements associés aux événements traumatiques ou disruptifs. Son collègue James Waldram, qui lui aussi est au département de psychologie, étudie la culture et la santé mentale, le traitement médico-légal, l'anthropologie de la psychologie et de la psychiatrie, les prisons et la justice sociale, la maladie et le traitement comme formes de trauma, la construction de l'ordre et du désordre en médecine et en psychiatrie, les peuples autochtones de l'Amérique du Nord et de l'Amérique latine, et, enfin, le monde nordique, urbain et institutionnel.

Dans le programme d'études féministes, Pamela Downe analyse les expériences liées au genre dans les maladies infectieuses, les répercussions de la violence sur la santé et le bien-être collectif dans les communautés du commerce sexuel. À l'Université de Regina, Sylvia Abonyi analyse la négociation identitaire, la revitalisation culturelle et l'autodétermination comme avenues de la santé des Autochtones à partir d'un cadre participatif et communautaire centré sur les programmes et la politique. Elle est principalement rattachée au Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU), dans des études de kinésiologie et de santé. Son travail a essentiellement porté sur le rôle de la vitalité et de l'identité culturelles dans la santé — tout en apportant une vision anthro-

pologique critique au discours sur la santé des populations dans les recherches en culture et santé. Steve Ferzacca de l'Université de Lethridge pratique une anthropologie médicale critique avec une concentration sur l'anthropologie du corps, le pluralisme médical et il applique des approches phénoménologiques à l'expérience de la maladie.

À l'Université du Manitoba, les travaux d'Emöke J. E. Szathmary, en génétique des populations aborigènes, analysent les prédispositions contemporaines au diabète ainsi que la cartographie des migrations préhistoriques et les groupes linguistiques. Robert Hoppa étudie la santé aborigène, l'anthropologie légale, le vieillissement et la longévité. William Koolage, au département d'anthropologie, et John O'Neil, Patricia Kaufert et Joseph Kaufert, au département des sciences de la santé communautaire, ont développé une approche longitudinale sur la santé des Aborigènes du Nord canadien. Comme il a été souligné, l'intérêt de Patricia Kaufert pour la santé des femmes, et en particulier le cancer du sein, a intégré une critique sensible des pratiques de résistance et d'accommodation utilisées par des femmes confrontées à de nouvelles technologies médicales.

À l'Université Laurentienne, les recherches de Miguel Bombin sont consacrées à la santé publique et à l'épidémiologie, à l'épistémologie des traditions médicales et à la médecine scientifique. À l'Université de Windsor, Adam Barry est engagé dans des recherches sur le HIV chez les groupes gays. Bill O'Grady, de l'Université de Guelph, travaille à l'inégalité sociale et au contrôle du tabac. À l'Université McMaster, Ana Ning est engagée dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, de la culture, de l'appartenance ethnique et de la santé, ainsi que de la santé environnementale. Wayne Warry fait de l'anthropologie appliquée dans les communautés aborigènes canadiennes, en particulier dans le domaine de la santé mentale et de la médication communautaire. Les travaux de Dennis Willm sont centrés sur l'étude du risque et de la vulnérabilité dans la prévention contre le sida. À l'Université Trent, les recherches de Joseph K. J. SO portent sur l'épidémiologie descriptive et comparative, principalement sur le cancer.

À l'Université de Toronto, Michael Lambek effectue des travaux relativement au trauma, à la mémoire et au corps ; Janice Boddy a accompli un travail colossal sur l'anthropologie du corps au Soudan et au Moyen-Orient; Richard Lee a récemment lancé des recherches sur les interactions entre le sida, l'économie politique et la politique de la culture et de la santé en Afrique australe ; Larry Sawchuk est intéressé par la santé et la maladie dans les populations urbaines ; Holly Wardlow mène des recherches en santé internationale, en santé reproductrice, ainsi qu'en études de genre et de la violence en Nouvelle-Guinée. À l'Université York, Naomi Adelson étudie la question de la résistance et la construction culturelle de

la santé. Ses intérêts scientifiques se situent aussi bien dans le domaine de l'anthropologie du corps que dans la critique culturelle du savoir biomédical. Elle continue également ses recherches parmi les Cris de Whapmagoostui (Great Whale) du Nord du Québec, en relation avec l'identité politique, sur la souffrance sociale, la médication et la santé. À l'Université de Carleton, Florence Kellner contribue à l'étude épidémiologique de l'utilisation et l'abus des drogues, l'identification des tendances canadiennes dans l'utilisation des médicaments psycho-actifs et la phénoménologie de la toxicomanie. Jacques Chevalier étudie la sémiotique et le cerveau et a conçu, en étroite collaboration avec des chercheurs de l'International Development Research Centre (IDRC), une approche « écosystémique » qui adapte des éléments de l'anthropologie cognitive, physique et des sciences comportementales aux études de la santé.

En plus des études de Margaret Lock, précédemment mentionnées sur les questions socio-technologiques (Lock 2002 ; Franklin et Lock 2003), le programme de l'Université McGill en psychiatrie culturelle a considérablement bénéficié, pendant les deux dernières décennies, des recherches innovatrices menées par Laurence Kirmayer, Ellen Corin, Cécile Rousseau et Allan Young[9]. Ce dernier, dont le travail formateur a été consacré à l'anthropologie de la maladie (Young 1982), continue une minutieuse étude sur le désordre du stress post-traumatique, et porte surtout un intérêt considérable à son contexte de développement, où l'ensemble des pratiques, des technologies et des récits « scellent » en quelque sorte le diagnostic.

À l'Université de Dalhousie en Nouvelle-Écosse, les études de Jerome H. Barkow traitent, en plus de l'évolution, de l'anthropologie de la nourriture et de la santé. Le thème qui permet de relier entre eux les différents aspects de son travail réside dans le fait que la psychologie évoluée des humains est à la base de la société et de la culture. Ses recherches actuelles visent à comparer les productions de la connaissance indigène et du savoir scientifique. Trois autres anthropologues, dans la même université, dirigent des recherches portant sur les personnes âgées et les communautés vieillissantes. Robin Oakley étudie essentiellement l'économie politique de la santé et les questions culturelles du vieillissement en Afrique du Sud et en Asie du Sud qui l'ont conduit à plusieurs projets de collaboration sur la santé, le vieillissement et la nutrition parmi des réfugiés, des immigrants et des ouvriers âgés au Canada. Jerry Singleton, à la faculté des professions médicales, est un gérontologue social étudiant les loisirs à des fins thérapeutiques, la planification de la préretraite, et l'utilisation des données secondaires pour mieux comprendre les phénomènes du loisir et du vieillissement. Au bureau du doyen des professions médicales à Dalhousie, Jutta B. Dayle est intéressée par la théorie

critique et biotechnologie et elle est conseillère quant au *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (FOIPOP) pour la même faculté.

En plus du travail sur les technologies du diagnostic et la réglementation des médicaments, Janice Graham vient de mettre en place, à l'Université de Dalhousie, un service de recherche audiovisuel multimédia très sophistiqué qui permet de relier, via un Internet Protocol (IP), des projets de recherche qualitatifs multisites aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale. Dans le cadre d'une recherche participative et éthiquement engagée, ce service fournit un accès fluide, ouvert et interactif, en temps réel, aux diverses communautés de recherche avec les moyens d'enregistrement les plus sophistiqués ainsi que des possibilités d'édition.

Fern Brunger, du programme de l'Université commémorative de Terre-Neuve sur l'éthique et les sciences humaines médicales, situe ses travaux à l'interface de la bioéthique et de l'anthropologie. Ses secteurs de spécialisation incluent les éthiques cliniques interculturelles, les éthiques de la recherche en santé visant les populations socialement décelables et les éthiques des nouvelles technologies génétiques.

Qu'ils le soulignent explicitement ou non, les travaux de la plupart des anthropologues médicaux ont été ancrés dans des communautés choisies, des groupes qui, pour une raison ou une autre, avaient à faire face à de multiples mobilités, souvent liées « à l'autre ». Il n'y a aucun doute que le savoir et la connaissance partagés orientent avec beaucoup de succès la rédaction des projets de recherches, comme ces nouvelles avenues qui ont été ouvertes, pour subventionner la recherche en sciences sociales de la santé, avec la mise en application de la loi sur les Instituts canadiens de la recherches en santé (IRSC)[10]. Cet acte « encourage l'interdisciplinarité et la coordination dans la recherche en santé ».

Alors qu'il y a eu des résistances compréhensibles de la part des anthropologues pour adopter, sans critique, le langage de l'IRSC/CIHR, les chercheurs qui travaillent, par exemple, auprès des « communautés locales », des « populations vulnérables » sur « les inégalités sociales » y ont découvert des sources de financement de leurs projets. Pendant que l'IRSC/CIHR fonctionne, et non sans grandes difficultés, en tant que successeur de l'ancien Conseil de la recherche médicale du Canada (CRM), clairement orienté vers la biomédecine et la science expérimentale (de laboratoire), un langage commun est établi, quoique parfois péniblement, pour développer le travail critique de l'anthropologie.

L'importance et l'utilité des travaux des anthropologues médicaux, engagés dans des projets plus larges examinant les déterminants sociaux de la santé, sont, peut-être, plus évidentes que ceux en biomédecine. Ainsi,

au cours des dernières années, beaucoup d'anthropologues médicaux travaillent en dehors des départements traditionnels d'anthropologie, dans les facultés de médecine embrassant des approches interdisciplinaires, et dans des programmes communautaires, de santé publique, d'épidémiologie et de bioéthique. Liés à des programmes interdisciplinaires et d'études féministes et des départements de psychologie, une majorité des anthropologues médicaux canadiens ont un rattachement administratif principal en dehors des départements d'anthropologie. La lenteur de plusieurs départements d'anthropologie à reconnaître la légitimité de l'examen ethnographique des cultures de la science pourrait être l'une des causes majeures qui explique pourquoi la génération courante des anthropologues de la médecine, de la science et de la technologie se situe, en grande partie, en dehors des départements traditionnels de l'anthropologie.

Notes

1. Les « guerres de la science » ont pris une tonalité folklorique, non seulement avec des créationnistes très actifs dans leur opposition à de grands domaines de la science et de la technologie, mais également avec les cultes abandonnés tels que les Raëliens, qui annoncent médiatiquement et par étapes leurs entreprises de clonage (http://www.rickross.com/groups/raelians.html et http://www.rael.org /), dernière consultation février 2004). Un article ironique par le physicien Alan Sokal (1996) a été publié dans le journal *Social Text* alors que les « guerres de la science » finissaient. Cela a incité les sociologues à répondre par des démentis défensifs, suivis d'une réévaluation de la validité de leurs méthodes dans l'étude des biosciences ; une profonde fissure s'est ainsi créée entre les théories et les méthodes des positivistes logiques et le rôle post-structural critique des constructivistes sociaux.
2. Bibeau (2004) a décrit comment les biotechnologies ont été constituées comme une grande priorité à travers le Canada, y compris au Québec.
3. Allan Young (1982) a fourni une excellente description des thèmes principaux étudiés dans l'anthropologie médicale classique.
4. Étant donné qu'un article traite expressément de l'anthropologie médicale canadienne francophone dans cet ouvrage (Massé), nous limiterons notre étude du travail fait au Québec à celui des anthropologues canadiens anglophones.
5. L'anthropologue de l'Université McGill démontre comment les constructions imaginaires du cyborg – le robot moitié-humain moitié-machine –, si répandues dans les pays occidentaux, diffèrent radicalement de l'attitude japonaise qui établit une frontière nette et marquée entre la vie et l'artefact, entre l'homme et la machine.
6. Le projet comporte la collaboration de l'Université d'Alberta (Tim Caulfield, loi de la santé), de l'Université de Colombie-Britannique (Michael Burgess, du Centre d'éthique appliquée) et de l'Université de Dalhousie (Janice Graham, bioéthique et anthropologie).
7. Graham détient une chaire de recherches en bioéthique à la faculté de médecine de l'Université de Dalhousie. Elle a détenu une chaire de recherche en anthropologie médicale à l'Université de Colombie-Britannique (1998-2002) et le prix des IRSC du nouveau chercheur. Son recrutement récent à une chaire de recherche du Canada en bioéthique à Dalhousie prolonge une tendance parmi les anthropologues médicaux canadiens qui, de plus en plus, quittent les départements d'anthropologie pour les facultés de médecine et des sciences de la santé, comme il sera mentionné plus loin.
8. Deux étudiants au doctorat travaillant avec Graham à Dalhousie se concentrent sur ethnographie de la bioscience subventionnée par le CRSHC et les IRSC, et particulièrement sur la réglementation des pratiques scientifiques. Spécialisée en ethnographie multisites, Christina Holmes (2003) explore le processus culturel des biotechnologies agricoles ; elle s'interroge sur les tenants et les aboutissants du développement scientifique des plantes génétiquement modifiées dans les pays développés et en voie de développement. Chercheuse à Santé Canada et aux centres de récolte internationale, Holmes étudie comment le développement scientifique et technologique interagit avec d'autres questions, comme les tendances dominantes dans les sciences, les buts scientifiques, les subventions scientifiques, la construction sociale des besoins de la société, les impératifs et les restrictions commerciales. Sharon Batt examine les aspects éthiques et politiques qui résultent du financement des groupes de soutien pour les patients par l'industrie

pharmaceutique. S'inspirant d'une expérience personnelle en tant qu'ancienne patiente du cancer du sein qui a passé quinze ans à défendre les causes des patients, Batt (1994, 2002) a soulevé des questions de conflit d'intérêts en attestant que les organismes de défense des patients étaient fortement financés par l'industrie pharmaceutique.

9. Les auteurs ont décidé de ne pas examiner le corpus impressionnant des recherches réalisées par Kirmayer, Corin, Rousseau et Young dans le domaine de la psychiatrie culturelle. Les travaux de Corin et Rousseau sont présentés dans le chapitre consacré à l'anthropologie médicale au Québec.
10. [http://www.parl.gc.ca/36/2/parlbus/chambus/house/bills/government/C-13/C-13_4/90094bE.html#1], (dernière consultation, février 2004).

Références

ADELSON N., 2000, *« Being Alive Well » : Health and the Politics of Cree Well-Being.* Toronto, University of Toronto Press.

AGAMBEN G., 1997, *Homo Sacer 1. Le pouvoir souverain et la vie nue.* Paris, Seuil.

BANQUE MONDIALE, 2002, *Global Economic Prospects and The Developing Countries.* Washington, Banque Mondiale.

BATT S., 1994, *Patient No More : The Politics of Breast Cancer.* Charlottetown, Gynergy Books. Également publié en 1996 en Grande-Bretagne, à Londres, par Scarlet Press et en Australie et en Nouvelle-Zélande, Melbourne, par Spinifex. Version française : 1998, *À bout de patience : les enjeux de la lutte au cancer du sein.* Montréal, Remue-ménage.

——, 2002, « Perfect People : Cancer Charities », p. 57-74, dans Kathryn Strother Ratcliff (éd.), *Women and Health : Power, Technology, Inequality and Conflict in a Gendered World.* Boston, Allyn and Bacon.

BECK U., 2000, *What is Globalization ?* London, Blackwell (version originale allemande, 1997).

——, 1992, *Risk Society : Towards a New Modernity, Thousands Oaks.* Calif., Sage (version originale allemande, 1986).

BIBEAU G., 2004, *Le Québec transgénique. Science, marché, humanité.* Montréal, Boréal.

BOURDIEU P., 2001, *Science de la science et réflexivité.* Paris, Éditions Raisons d'agir.

BROWN O., 2001, *Transnational Companies in the Global Economy.* Oxford, Oxfam.

CANADIAN BIOTECHNOLOGY ADVISORY COMMITTEE, [http://cbac-cccb.ca/epic/internet/incbac-cccb.nsf/vwapj/F448_IC_CBAC_Annual_E.pdf/$FILE/F448_IC_CBAC_Annual_E.pdf], (dernière consultation, février 2004).

COMITÉ CONSULTATIF CANADIEN DE LA BIOTECHNOLOGIE (CCCB), 2002, *Brevetabilité des formes de vie supérieures et enjeux connexes.* Ottawa, Industrie Canada. [http://www.cbac.cccb.ca], (dernière consultation, février 2004).

COMITÉ CONSULTATIF CANADIEN DE LA BIOTECHNOLOGIE (CCCB), 1998, *Assumer le leadership au prochain millénaire.* Ottawa, Industrie Canada, [http://www.cbac.cccb.ca], (dernière consultation, février 2004).

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE HUGO, 1999, « Déclaration relative aux principes devant guider la conduite en matière de recherche génétique », *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique,* 24, avril.

DOUGLAS M., 1992, *Risk and Blame : Essays in Cultural Theory.* London, Routledge.

EVANS ROBERT G., M. L. BARER et T. R. MARMOR (éd.), 1994, *Why are Some People Healthy and Others Not ? The Determinants of Health in Populations.* New York, Aldine de Gruyter.

EVERETT M., 2003, «The Social Life of Genes: Privacy, Property and the New genetics», *Social Science and Medicine*, 56, 1: 53-65.

FISCHER M. M. J., 2001, «Ethnographic Critique and Technoscientific Narratives: The Old Mole, Ethical Plateaux, and the Governance of Emergent Biosocial Polities», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 25: 355-393.

——, 2003, *Emerging Forms of Life and the Anthropological Voice.* Durham, N.C. et London, Duke University Press.

FLEISING U., 2001, «In Search of Genohype: a Content Analysis of Biotechnology Company Documents», *New Genetics and Society*, 20, 3: 239-254.

FLEISING U., 2001, «Genetic Essentialism. *Nana* and the Meaning of DNA. *New Genetics and Society*, 20, 1 : 43-57.

——, 2002, «The Legacy of Nuclear Risk and the Founder Effect in Biotechnology Organizations», *Trends in Biotechnology*, 20, 4: 156-159.

——, 2003, «The Horse and the Molecule : Reflections on Biotechnology and Social Change», *International Journal of Biotechnology*, 5, 2: 57-169.

——, sous presse, «From Bank to Bench to Pharmacy Shelf: Biotechnology and the Culture of Finance. Proceedings», dans Edna Einsiedel, éd., *Crossing Over: Genomics in the Public Arena.* Kananaskis, Alberta, avril 25-27.

FLEISING U. et A., 1993, «The Development of Property Rights in Biotechnology», *Culture, Medicine & Psychiatry*, 17, 1 : 43-57.

FOUCAULT M., 1966, *Les mots et les choses. Archéologie des sciences humaines.* Paris, Gallimard. (Traduction: *The Order of Things.* New York, Pantheon, 1970)

——, 1980, *Power / Knowledge.* New York, Pantheon.

FRANKLIN S. et M. LOCK (éd.), 2003, *Remaking Life & Death: Toward and Anthropology of the Biosciences.* Santa Fe, School of American Research.

FUJIMURA J. H., 1996, *Crafting Science: a Sociohistory of the Quest for the Genetics of Cancer.* Cambridge, Mass., Harvard University Press.

GARRO L., 1990, «Continuity and Change: The Interpretation of Illness in an Anishinaabe (Ojibway) Community», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 : 417-454.

GEERTZ C., 1973, *The Interpretation of Cultures: Selected Essays.* New York, Basic Books.

GLASS K. C. et J. KAUFERT (éd.), 2001, *Continuing The Dialogue: Genetic Research with Aboriginal Individuals and Communities.* Vancouver, National Council on Ethics in Human Research

GLASSNER P. et H. ROTHMAN, 2001, «New Genetics, New Ethics? Globalization and its discontents», *Health, Risk and Society*, 3, 3: 245-259.

GODBOUT M. et P. L'ARCHEVÊQUE, 2001, «Science et éthique. Protéger la recherche en génomique», *Le Devoir*: 17 décembre.

GOEL V., M. COHEN, P. KAUFERT *et al.*, 1998, «Assessing the Extent of Contamination in the Canadian National Breast Screening Study», AM J PREV MED, 15, 3: 206-211.

GOOD DELVECCHIO M.-J., 1995, « Cultural Studies of Biomedicine : An Agenda for Research », *Social Science and Medicine*, 41, 4 : 461-473.

GOVERNMENT OF CANADA, 2001, *A Canadian Perspective on the Precautionary Approach/Principle. Discussion Document.* [http://www.pco-bcp.gc.ca/raoics-srdc/docs/Precaution/Discussion/discussion_e.pdf], (dernière consultation, février 2004).

GRAHAM J. E., 2001a, « Harbinger of Hope or Commodity Fetishism : Re-cognizing Dementia in an Age of Therapeutic Agents », *International Psychogeriatrics*, 13, 2 : 131-134.

——, 2001b, « If Meaning Counted : Measuring E/Affect in Antidementia Therapies », *Gerontologist*, 47 (suppl. 1) : 572-573.

——, 2003a, « Anthropology of Biotechnology and Pharmaceuticals ». *Humankind/Nature Interaction : Past, Present, Future. International Union of Anthropological and Ethnological Sciences (IUAES).* Florence, Italie.

——, 2003b, « Creating Hope and Commodifying Disease : Redefining Dementia », *International Psychogeriatrics*, 15 (suppl. 2) : 90-91.

GRAHAM J.E., K. ROCKWOOD, B.L. BEATTIE, I. MCDOWELL, M.R. EASTWOOD et S. GAUTHIER, 1996a, « Standardization of the Diagnosis of Dementia in the Canadian Study of Health and Aging », *Neuroepidemiology*, 15 : 246-256.

GRAHAM J.E., A.B. MITNITSKI, A.J. MOGILNER, D. GAUVREAU et K. ROCKWOOD, 1996b, « Symptoms and Signs in Dementia : Synergy and Antagonism », *Dementia*, 7 : 331-335.

GRAHAM J.E., K. ROCKWOOD, B.L. BEATTIE, R. EASTWOOD, S. GAUTHIER, H. TUOKKO et I. MCDOWELL, 1997, « Prevalence and Severity of Cognitive Impairment With and Without Dementia in an Elderly Population », *Lancet*, 349 : 1793-96.

GRAHAM J.E., A.B. MITNITSKI, A.J. MOGILNER et K. ROCKWOOD, 1999, « The Dynamics of Cognitive Aging : Distinguishing Functional Age and Disease from Chronological Age in a Population », *American Journal of Epidemiology*, 150, 10 : 1045-54.

GRAHAM J.E., R. BASSETT et K. STADNYK, 2000, « A Twist of the Prism : Family & Clinical Measures of Alzheimer's Disease Treatment », *Neurobiology of Aging*; 21, 1S : S91.

GRAHAM J. E. et F. BRUNGER, 2003, « Examining the Ethical, Cultural and Social of Genome Canada », *Joint Conference of the Canadian Anthropology Society and the Society for Anthropology in North America.* Halifax, Nova Scotia.

HOEKMAN B. et M. KOSTECKI, 1995, *The Political Economy of the World Trading System : From GATT to WTO.* Oxford, Oxford University Press.

HOLMES C., 2003, « Hazarding the Knowledge Maize : Expert Knowledge and Risk in the Controversy over Transgenic Food Genome », Canada GELS Symposium, Montreal.

KAUFERT P., 2000a, « Screening the Body : the Pap Smear and the Mammogram » : 165-183, dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio (éd.), *Living and Working with the New Medical Technologies.* Cambridge, Cambridge University Press.

——, 2000b, « Health Policy and the New Genetics », *Social Science and Medicine,* 51, 6 : 821-829.

——, 2004a, « From the Laboratory to the Clinic: The Story of Genetic Testing for Hereditary Breast cancer », dans *Head, Heart and Hand. Partnerships for Women's Health in Canadian Environments, vol.I et II.* Édité par Penny Van Esterik : « Highlights of Research, Workshops, Policy Papers and Advocacy Tools from National Network on Environment and Women's Health (NNEWH) First Seven Years, 1996-2003 ».

——, 2004b, « Belling the Cat: Learning to Know (but not Necessarily Trust) the New Genetics ». [http://www.cwhn.ca/groups/biotech/availdocs/3-kaufert.pdf], (dernière consultation, février 2004).

KAUFERT P. et J. O'NEIL, 1990, « Cooptation and Control: The Reconstruction of Inuit Birth », *Medical Anthropology Quarterly,* 4: 427-442.

KAUFERT P.A. et J.M. KAUFERT, 1996, « Anthropology and Technoscience Studies: Prospects for Synthesis and Ambiguity », *Medical Anthropology Quarterly,* 10, 4: 686-690.

KAUFERT J. et J. O'NEIL, 1990, « Biomedical Rituals and Informed Consent: Native Canadians and the Negotiation of Clinical » : 41-63, dans George Weisz, éd., *Social Perspectives on Medical Ethics.* Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

KELLER E. F., 2000, *The Century of the Gene.* Cambridge, Mass., Harvard University Press.

KERR A. et S. CUNNINGHAM-BURLEY, 2000, « On Ambivalence and Risk : Reflexive modernity and the New Human Genetics », *Sociology,* 34, 2: 283-304.

KNOPPERS B. M. (éd.), 1998, *Socio-Ethical Issues in Human Genetics.* Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc.

LATOUR B. et S. WOOLGAR, 1986, *Laboratory Life: the Construction of Scientific Facts.* Princeton, N.J., Princeton University Press [1979 Beverly Hills, Ca., Sage Publications]

LEEMING W., 1999, *Medical Specialization and Medical Genetics in Canada (1947 and After).* Unpublished doctoral dissertation, York University, Canada.

LIPPMAN A., 1992, « Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities », *American Journal of Law and Medicine,* 17: 15-50.

LOCK M., 1993, *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America.* Berkeley/Los Angeles, University of California Press.

——, 1998, « Breast Cancer: Reading the Omens », *Anthropology Today,* 14, 4: 7-16.

——, 2002, *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death.* Berkeley/Los Angeles, University of California Press.

LOCK M. et P. WAKEWICH-DUNK, 1990, « Nerves and Nostalgia: Expression of Loss Among Immigrants in Montreal », *Canadian Family Physician,* 36: 253-258

LOCK M. et G. BIBEAU, 1992, « Healthy Disputes: Some Reflections on the Practice of Medical Anthropology in Canada », *HCS/SSC,* 1, 1: 147-175.

LOCK M. et P. KAUFERT (éd.), 1998, *Pragmatic Women and Body Politics.* Cambridge, Cambridge University Press.

LOCK M., A. YOUNG et A. CAMBROSIO (éd.), 2000, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry.* Cambridge, Cambridge University Press.

LOCK M. et P. KAUFERT, 2002, « Menopause, Local Biologies, and Cultures of Aging », *American Journal of Human Biology,* 13: 494-504.

LÖWY I., 1996, *Between Bench and Bedside.* Cambridge. Mass., Harvard University Press.

MARCUS G., 1995a, *Technoscientific Imaginaries : Conversations, Profiles, Memoirs. Late Editions 2.* Chicago, University or Chicago Press.

——, 1995b, « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multisited Ethnography », *Annual Review of Anthropology* (W. Durham, E.V. Daniel, and B. Schieffelin, Eds. Palo Alto : Annual Reviews, Inc.) : 95-117.

——, 1998, *Ethnography Through Thick and Thin.* Princeton N.J., Princeton University Press.

MASSÉ R., 2000, « Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique », *Anthropologie et Sociétés,* 24, 2: 13-30.

MINTZES B., M. L. BARER, R. L.KRAVITZ, A. KAZANJIAN, K. BASSETT, J. LEXCHIN, R. G. EVANS, R. PAN et S. A. MARION, 2002, « Influence of Direct to Consumer Pharmaceutical Advertising and Patients' Requests on Prescribing Decisions: Two Site Cross Sectional Survey », *British Medical Journal,* 324: 278-279.

MUSTARD C.A., P. KAUFERT, A. KOZYRSKYJ *et al.,* 1998, « Sex Differences in the Use of Health Care Services », *NEW ENGL J MED,* 338, 23: 1678-1683.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS ON BIOMEDICAL AND BEHAVIOURAL RESEARCH, 1978, *Belmont Report* (traduction française: 1982, Le rapport Belmont, *Les Cahiers de bioéthique,* 4: 232-250. Québec, Les Presses de l'Université Laval).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 1997, *Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services,* Genève. [http://www.who/gl/eth/98], (dernière consultation, février 2004).

ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE, 1994, «Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce»: annexe 1 C de *l'Accord de Marrakech instituant l'Organisation mondiale du commerce,* Marrakech. [http://www.wto.org/indexfr.htm], (dernière consultation, février 2004).

RABINOW P., 1996, *Making PCR.* Chicago, University of Chicago Press.

——, 1999, *French DNA.* Chicago, University of Chicago Press.

RAEL, 2004, *Welcome to the Realian Revolution.* [http://www.rael.org/], (dernière consultation, février 2004).

RAPP R., 1999, *Testing Women, Testing the Fetus: the Social Impact of Amniocentesis in America.* New York, Routledge.

REID R. et S. TRAWEEK (éd.), 2000, *Doing Science + Culture.* New York, Routledge.

ROCK M., 2002, *Sweet Blood and Power: Making Diabetics Count.* Thèse de doctorat, départment d'Anthropologie. Montréal, Université McGill.

ROSS R. A., 2001, *The Raelians.* [http://www.rickross.com/groups/raelians.html], (dernière consultation, février 2004).

SJÖBERG L., 2002, «The Allegedly Simple Structure of Experts' Risk Perception: an Urban Legend in Risk Research», *Science, Technology & Human Values,* 27, 4: 443-459.

SOKAL A., 1996, «Transgressing the Boundaries», *Social Text,* 46-47: 217-252.

STRATHERN M., 1992, *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies.* New York, Routledge.

TRAWEEK S., 1988, *Beamtimes and Lifetimes.* Cambridge, Mass., Harvard University Press.

UNESCO (1997), *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme,* Paris: 11 novembre. [http://www.unesco.org/ibe/fr/genome/projet], (dernière consultation, février 2004).

WILLIAMS-JONES B. et GRAHAM J. E., 2003, «Actor-Network Theory: a Tool to Support Ethical Analysis of Commercial Genetic Testing», *New Genetics and Society,* 22, 3: 271-296.

WORKING GROUP ON WOMENS HEALTH AND THE NEW GENETICS, 1999, *Shifting Connections: a Report on Emerging Federal Policy Relating to Women's Health, the New Genetics and Biotechnology.* [http://www.cwhn.ca/groups/biotech/availdocs/macintosh.PDF], (dernière consultation, février 2004).

YOUNG A., 1995, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder.* Princeton/New Jersey, Princeton University Press.

——, 1982, «The Anthropologies of Illness and Sickness», *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.

CHAPITRE 2

L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes

Raymond Massé

L'anthropologie de la santé occupe une place tout à fait spéciale dans l'anthropologie québécoise. Comme nous le verrons dans les pages qui suivent, son développement fut stimulé par les collaborations qu'ont su nouer les anthropologues francophones avec les collègues anglophones du Québec, bien sûr, mais aussi avec l'anthropologie anglo-saxonne américaine et canadienne-anglaise. Certaines caractéristiques propres aux deux traditions apparaîtront probablement, moins peut-être au chapitre des thématiques de recherche que dans les approches théoriques et méthodologiques retenues. Le but ici n'est pas de mettre en évidence ces caractéristiques; toutefois, nous verrons que la sensibilité des francophones envers la sémiotique, la phénoménologie et l'herméneutique européenne vient colorer plusieurs de leurs recherches.

Le présent texte ne pourra pas rendre justice à l'ensemble des anthropologues québécois ayant conduit des recherches sur des questions liées à la maladie et aux soins. Nous viserons plutôt à définir quelques lignes de continuité (en particulier, les préoccupations pour l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle) et certaines des thématiques contemporaines de recherche. Nous soulignerons de même les contributions québécoises aux grands débats théoriques, tels ceux liés à la tension entre violence et ascétisme en anthropologie interprétative ou liés aux risques de décontextualisation d'une anthropologie critique des catégories diagnostiques. Les contributions de l'anthropologie à la santé publique et le souci d'une pratique de recherche axée sur la complémentarité des méthodes qualitatives et quantitatives apparaîtront aussi comme originales. L'importance de ces deux derniers points s'explique par le fait que l'anthropologie de la santé québécoise est particulièrement soucieuse des applications des concepts et des retombées des recherches pour l'intervention et la planification, applications encouragées par une certaine réceptivité du milieu de la santé aux contributions de cette sous-discipline. En fait, l'anthropologie québécoise

apparaîtra comme marquée au sceau d'une ouverture sur les collaborations transdisciplinaires autant avec le monde médical et de la santé publique qu'avec les groupes communautaires. Le texte conclura sur les dangers d'une médicalisation de l'anthropologie de la santé.

BREF HISTORIQUE DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE AU QUÉBEC

Dans deux textes faisant une recension exhaustive des recherches liées aux dimensions sociales et culturelles de la santé et de la maladie, Marc-Adélard Tremblay (1982, 1983) fait remonter ces dernières aux années 1960 et 1970. Associé, dans les années 1950, aux travaux en santé mentale de l'équipe d'Alexander H. Leighton en Nouvelle-Écosse (Bibeau et Corin 1995), Tremblay contribuera directement, dès le début des années 1960, à l'implantation de l'anthropologie médicale au Québec par ses enseignements et ses recherches à l'Université Laval. Les années 1960 ont donc vu la production d'une série de recherches traitant de l'épidémiologie socioculturelle des désordres psychologiques autour de chercheurs des universités de Montréal, Laval et principalement McGill. Les recherches ciblent alors les travailleurs forestiers, les communautés autochtones mais aussi, dans une perspective de psychiatrie transculturelle, la comparaison de la nature et des causes de la maladie mentale dans des communautés francophones et anglophones du Québec (Murphy 1974). À l'Université de Montréal, un groupe de recherche lié aux travaux des « anthropologues physiques » Jacques Gomila et de Jean Benoist s'intéresse alors aux interfaces entre la génétique, la société et la culture dans de petites populations isolées, canadiennes et antillaises. Au début des années 1980, un nouveau champ de recherche émerge à la faveur des préoccupations d'anthropologues pour la santé des femmes (De Koninck *et al.* 1981 ; De Koninck et Saillant 1981 ; Saillant 1985). D'autres champs de recherche de cette époque pionnière étaient alors les conditions de vie sociale des malades, les professionnels de la santé, les représentations sociales de la santé et de la maladie, l'épidémiologie socioculturelle ainsi que l'éducation et la prévention. Dans ce dernier cas, Tremblay n'en déplorait pas moins que « les ethnologues sont encore peu sensibilisés à l'importance comme à l'urgence d'entreprendre des recherches empiriques dans ce domaine [d'éducation à la santé] » (Tremblay 1982 : 268). Or, comme nous le verrons plus bas, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé sont devenues l'un des lieux significatifs d'expression de l'anthropologie de la santé au Québec. En parallèle, dès le début des années 1970, des anthropologues étaient embauchés par certaines des nouvelles institutions de santé (Centres régionaux de santé

et de services sociaux, Centre de services sociaux, Centres locaux de santé communautaire, Département de santé communautaire), jetant les bases d'une collaboration interdisciplinaire. Enfin, Tremblay (1982) signalait, par contre, le manque d'intérêt des anthropologues québécois pour l'analyse du fonctionnement des établissements de soins et des rapports des malades aux soins. Même si ce premier champ de recherche demeure toujours sous-exploité, certains se sont intéressés aux rapports aux soins dans les populations immigrantes (Bibeau 1992), chez les réfugiés (Rousseau 2000), les autochtones (Roy 2002).

Le dynamisme de la recherche en anthropologie de la santé s'est principalement exprimé autour des activités du Groupe interuniversitaires de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME). Ce groupe émergea des besoins d'échanges exprimés par des chercheurs de diverses disciplines engagés dans la *Transcultural Psychiatric Research Review* fondée à l'Université McGill en 1956 par Éric Wittkower. Cette revue interdisciplinaire acquit une réputation internationale en psychiatrie transculturelle et stimula de ce fait les échanges entre la médecine, la psychiatrie, la psychologie et l'anthropologie. De 1974 à 1983, 89 séminaires mensuels furent organisés, auxquels participa un nombre toujours croissant de chercheurs. La revue *Santé, Culture, Health* d'abord publiée sous forme de *Bulletin d'information en anthropologie médicale et en psychiatrie transculturelle* a ensuite joué un rôle majeur dans le développement de l'anthropologie de la santé en s'inscrivant comme l'une des revues phares dans ce domaine. Elle canalisa, jusqu'à sa disparition en 1994, les motivations d'une génération d'anthropologues intéressés par le champ de la santé.

THÉMATIQUES ACTUELLES DE RECHERCHE

Avant d'aborder les thématiques phares que sont la santé publique et la construction socioculturelle des catégories diagnostiques psychiatriques, nous allons d'abord illustrer la pluralité des champs d'intérêt des collègues québécois en ne retenant que quelques exemples.

Anthropologie de la maladie

Le sida a bien sûr retenu l'attention de certains chercheurs. Dans un numéro de la revue *Anthropologie et Sociétés* (1991), codirigé par Gilles Bibeau et Ruth Murbach, les auteurs font le point sur les recherches traitant des dimensions sociale, culturelle, juridique et politique du sida. La

séropositivité y est abordée en tant que révélateur des contradictions dans les discours des professionnels et de la population qui considère certains sous-groupes sociaux comme boucs émissaires. Plus récemment, Vinh-Kim Nguyen s'intéresse aux usages sociopolitiques des témoignages des personnes vivant avec le VIH au Burkina-Faso et à l'« économie morale » de la séropositivité qui détermine les obligations et les devoirs des divers paliers de responsabilité (Nguyen 2002). La réflexion s'élargit pour englober les inégalités devant l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les pays en voie de développement et débouche sur un bilan critique des contributions de l'anthropologie de la santé à la remise en cause des théories classiques invoquées pour expliquer les rapports de causalité entre les inégalités socio-économiques et la santé des populations (Nguyen et Peschard 2003). Le sida est alors abordé comme lieu d'émergence de nouvelles formes de sociabilité à travers les interfaces entre les changements sociaux et biomédicaux dans le contexte de la mondialisation.

Au-delà des approches classiques traitant des facteurs de risque associés au sida (Godin, Lévy et Trottier 2002), certains explorent des avenues tout aussi novatrices. Joseph Lévy, par exemple, s'intéresse aux dimensions culturelles des rapports homosexuels et bisexuels en lien avec la transmission des MST/sida. Il aborde les pratiques sexuelles à risque de façon originale en traitant des « scénarios » sexuels. Ces derniers ouvrages peuvent être cités en exemples de collaboration multidisciplinaire (anthropologues, philosophes, médecins de santé publique, intervenants communautaires) dans l'analyse des rapports des groupes vulnérables avec le VIH et le sida, mais aussi de leurs rapports avec les programmes de prévention. Mais Lévy sort tout particulièrement des sentiers battus lorsqu'il traite avec Alexis Nous (Lévy et Nouss 1994) du sida tel qu'il est présenté dans les romans américains et français. Dans un exemple intéressant de conjugaison de l'analyse narrative et de l'ethnologie de la maladie, ces auteurs se démarquent de l'approche empirique en recherche pour faire ce qu'ils appellent une « anthropologie romanesque » qui permet, mieux que la recherche empirique, d'entrer dans le cœur de la multiplicité de sens de la maladie, tant dans ses rapports à la mort que dans ses rapports au sexe et au texte.

Dans la même veine des maladies physiques, l'anthropologie du cancer au Québec faite par Francine Saillant (1988; 1990b) marque l'une des premières applications systématisée des concepts de l'anthropologie interprétative tels ceux de modèles explicatifs et de réseaux sémantiques de la maladie. Encore une fois ici s'exprime le souci marqué de l'anthropologie québécoise pour faire déborder l'analyse fine du sens de la maladie sur une phénoménologie respectueuse du vécu de la maladie au quotidien, dans la société générale comme dans les services hospitaliers de soins oncologiques. L'auteur conjugue sémiotique du cancer et construction du sens, autant

dans l'espace biographique que dans la société plus large avec ses héros mythiques en lutte avec ce symbole de mort. La perspective critique constructiviste qui marquera les travaux de Lock (1993) sur la ménopause ou plus récemment de Roy (2002) sur le diabète en milieu autochtone n'est à cette époque qu'esquissée.

Bioéthique et anthropologie

Dans la mouvance des appels à contribution des sciences sociales à la bioéthique, divers collègues ont amorcé une réflexion sur les dimensions socioculturelles des valeurs et principes qui guident la bioéthique nord-américaine. Leigh Turner (1998) fait la critique anthropologique et sociologique de la bioéthique et édite actuellement une anthologie sur les méthodes et les théories en bioéthique. Plus ou moins directement, les travaux de Lock (2002) sur les transplantations d'organes et la mort cérébrale ou de Bibeau (2003) sur la génomique abordent les enjeux éthiques soulevés par les nouvelles biotechnologies. Soucieux d'approfondir les contributions de l'anthropologie, et en particulier du relativisme culturel, à la bioéthique, Massé (2000) invita divers collègues à faire le point sur ce thème dans un numéro de la revue *Anthropologie et Sociétés*. Au-delà des enjeux soulevés par la biomédecine curative, l'anthropologie québécoise s'intéresse aussi à ceux soulevés par les interventions de prévention et de promotion de la santé. Dans le souci d'une éthique de la santé publique sensibilisée à la pluralité des valeurs véhiculées par les populations ciblées, Massé (2003) définit divers enjeux éthiques émergents au chapitre de l'étiquetage social, de la discrimination ou de l'abus de pouvoir qui se dégagent des conflits opposant les valeurs dominantes des institutions de santé publique aux valeurs « populaires ». Il propose un modèle d'identification et d'analyse de ces enjeux fondé sur les valeurs phares de la société contemporaine et la notion de moralité partagée, modèle dans lequel la sensibilité aux réalités culturelles et ethniques de même que le souci de contextualisation des mondes moraux tiendront une place centrale.

L'anthropologie et l'humanitaire

L'humanitaire est aussi abordé dans deux directions. D'abord, certains travaux traitent des liens entre le vécu migratoire des réfugiés et leur santé mentale. Rousseau s'est ainsi particulièrement intéressée à la santé des femmes réfugiées victimes de violence (Atlani *et al.* 2000) et à l'aide humani-

taire (en particulier sanitaire) en contexte de violence internationale envers les femmes et les enfants (Rousseau 2000). Au-delà de la simple analyse des facteurs de risque et de protection liés aux désordres mentaux et à la réussite scolaire, Rousseau *et al.* (1996, 1998) informent les autorités publiques sur les variations des besoins en services d'un groupe ethnique à l'autre; l'adéquation des politiques et des stratégies de prévention mises en place par les écoles et le système de santé pour l'ensemble des populations immigrantes est ainsi remise en question. Dans la « tradition » québécoise, ces recherches sont menées en collaboration étroite avec les milieux concernés et les institutions publiques, en particulier avec les « tables de concertation ». Plus récemment, dans une perspective plus critique, l'anthropologie québécoise aborde l'humanitaire comme une forme d'ingérence des pays du Nord dans la gouvernance du monde à travers des ONG transnationales souvent inféodées au pouvoir financier (Fonds monétaire international) et à l'ONU (Pandolfi 2002). En se référant respectivement aux ONG brésiliennes et québécoises, Saillant et Paumier (2004), Saillant, Cognet et Richardson (2005) ont analysé les discours des organisations humanitaires travaillant sur le handicap et les réfugiés et ont toutefois suggéré que l'humanitaire puisse se présenter comme un univers pluriel, polysémique, non homogène, dont les enjeux et les définitions varient selon les acteurs, les organisations et les localisations.

L'anthropologie, les aidants naturels et les soins à domicile

Le regard anthropologique sur les soins passe notamment par un souci des pratiques non institutionnelles. C'est à une telle anthropologie des soins domestiques que Saillant (1999) convie l'anthropologie à se préoccuper, dans le cadre d'un pluralisme médical, de l'articulation de tout l'éventail des pratiques de maintien de la vie, y compris des pratiques informelles du secteur domestique généralement mises en œuvre par les femmes. Un numéro d'*Anthropologie et Sociétés* (1999), dirigé par Saillant et Gagnon, plaide pour une anthropologie des soins, non comme sous-discipline de l'anthropologie, mais comme nouvelle entrée pour un questionnement sur l'individualité, l'altérité, les rapports de genre et les nouvelles formes de socialité. L'intérêt se porte dès lors sur le vécu quotidien des personnes aidantes, conjoint(e)s, enfants, autres parents, qui prennent en charge les soins quotidiens des personnes malades vivant à domicile (Saillant et Gagnon 2000), et vers l'influence des normes sociales sur la construction de la responsabilité de ces personnes aidantes. Inspirés par les théories de la responsabilité de Ricoeur et de Lévinas tout autant que par une grille de lecture féministe du « travail de la reproduction », les auteurs font une analyse nuancée de la construction de la responsabilité envers le parent

malade aux confins de l'affectif, de l'électif et du devoir. Les analyses faites des pratiques d'aide et de soins à domicile chez les intervenantes des organismes communautaires (Gagnon et Saillant 2000) alimentent une réflexion en profondeur sur l'évolution des liens sociaux dans les sociétés modernes caractérisés par les soins professionnalisés et institutionnalisés. Ce regard anthropologique sur les services complémentaires offerts par une multitude d'organismes « intermédiaires » (entreprises d'économie solidaire, groupes communautaires bénévoles, coopératives d'usagers, etc.) qui misent sur une approche caractérisée par la proximité avec les malades, l'abolition des rapports hiérarchiques, l'entraide, le don et, corrélativement, le refus de la neutralité professionnelle soulève la question de la place de ces nouvelles formes de socialité et d'entraide dans la gestion des groupes vulnérables fragilisés par la mutation des liens sociaux au sein du couple, des familles, du quartier. Une anthropologie de la santé doit être tout autant préoccupée par ces reconfigurations des relations entre les personnes dépendantes et la collectivité.

Nous pouvons clore ce rapide tour d'horizon en invoquant l'intérêt pour les thérapies douces et les médecines alternatives (Rousseau *et al.* 1990 ; Rousseau, Saillant et Desjardins 1990), la médecine populaire dans les familles québécoises du début XX^{e} siècle, (Saillant 1990a), la construction socioculturelle du handicap physique (Fougeyrollas 1995), et l'ethnomédecine appliqué à la clinique dont un numéro d'*Anthropologie et Sociétés* dirigé par Saillant et Genest (1990) fit un bilan stimulant.

UNE COLLABORATION FRUCTUEUSE AVEC LA SANTÉ PUBLIQUE

L'anthropologie de la santé québécoise est particulièrement ouverte au développement de collaborations constructives avec le monde biomédical. La recherche en santé publique a joué un rôle clé dans ce domaine. D'abord, les milieux de travail furent ouverts à l'intégration d'anthropologues et plusieurs travaillent actuellement dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Directions régionales de santé publique (DRSP), les organismes de gestion de la santé et de la sécurité au travail, les Centres Jeunesse du Québec, voire le ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs anthropologues universitaires ont aussi facilité le dialogue en menant des recherches avec certaines de ces institutions. Ces collaborations débordent largement les problématiques particulières que posent par les populations autochtones et immigrantes, objets d'étude plus classiques pour les anthropologues, pour couvrir l'ensemble de la population générale. Quelques exemples en sont les travaux portant sur l'adaptation des programmes de santé publique à la réalité pluriethnique de Montréal

(Gravel et Battaglini 2000), sur diverses questions (enfantement, otite, etc.) concernant les populations inuites (Dufour 1988, 1989), sur la prévention des abus et négligences envers les enfants (Massé 1992), les causes socioculturelles des désordres mentaux en région éloignée (Corin *et al.* 1900) ou l'ethnoépidémiologie de la détresse psychologique (Massé 1999).

Il faut évidemment éviter de donner une image idyllique d'une telle cohabitation. La tâche fut généralement des plus difficiles; le fossé qui sépare l'épistémologie (empirisme *versus* interprétativisme; prédiction *versus* explication des comportements) et les méthodes (qualitatives *versus* quantitatives) proposées par les uns et les autres, de même que le discours résolument critique des anthropologues à l'endroit des catégories, concepts et modèles théoriques de la médecine préventive constituent des barrières à la communication. De plus, aux yeux de certains anthropologues (Bibeau 1997), une telle intégration, en Amérique du Nord, ne va pas sans un risque de dénaturalisation de l'approche anthropologique (nous y reviendrons plus loin). Néanmoions, cette cohabitation a joué un rôle clé dans le développement d'une anthropologie de la santé soucieuse de transcender les oppositions entre recherche fondamentale et recherche appliquée, méthodes qualitatives et méthodes quantitatives, milieu universitaire et institutions publiques.

Les contributions de l'anthropologie aux interventions de prévention et de promotion de la santé ont fait l'objet d'un ouvrage de synthèse (Massé 1995). En s'inspirant de l'exemple de plusieurs recherches empiriques, l'auteur défend dans son ouvrage l'idée selon laquelle les comportements à risque pour la santé sont ancrés dans des pratiques sociales et dans la culture des populations ciblées par les programmes de santé publique. Il suggère, que la santé de la population étant clairement influencée par la culture et les rapports sociaux, la santé publique ne peut que collaborer avec les sciences sociales, dont l'anthropologie, les mieux aptes à décoder ces déterminants socioculturels. Les concepts théoriques et les approches méthodologiques proposés par l'anthropologie de la santé sont incontournables. Les concepts de savoirs populaires, de réseaux de sens, de modèles explicatifs de la maladie, de comportements reliés à la maladie, de récits d'épisodes de maladie s'avèrent, entre autres, des plus pertinents pour décoder le sens que prennent pour les populations ciblées la maladie, les symptômes, les comportements à risque, voire les interventions préventives elles-mêmes. Bref, l'anthropologie a su sensibiliser la santé publique aux réalités pluriethniques, aux dimensions communautaires, aux savoirs locaux et à l'incontournabilité d'une approche contextualisée des comportements à risque (Bibeau 1997).

Une telle ouverture à l'égard de la santé publique, de ses problématiques et de ses méthodes ne signifie pas pour autant que l'anthropologie

endosse un processus de médicalisation de l'anthropologie de la santé. Ainsi, Bibeau (1997) déplore que plusieurs anthropologues travaillant en santé publique négligent leur formation d'anthropologue de terrain pour adopter, avec un manque de recul critique, les modèles rationalistes de l'épidémiologie, de l'économie de la santé et leur modélisation des prédictions des comportements reliés à la santé. Nous ne pouvons que nous rallier à la mise en garde de ce dernier quant aux dangers, pour les anthropologues, d'adopter sans recul critique les orientations de travail, les postulats épistémologiques et les méthodologies prévalentes en santé publique. L'anthropologie, par l'analyse de l'ancrage des comportements dans les croyances, les valeurs, les idéologies, se doit de faire échec à la marchandisation des modèles de prédiction des comportements qui simplifient à l'extrême (dans un cadre cognitiviste et comportementaliste) les déterminants des comportements à risque pour la santé (Bibeau 1997: 250). Nous avons eu l'occasion de renforcer ces mises en garde devant l'adoption naïve des modèles psychosociaux de prédiction des comportements à risque (Massé 1995) ou de la propension à la fétichisation des méthodes quantitatives (Massé 1993).

En particulier, l'anthropologie a su dénoncer les usages réducteurs de la notion de rationalité sur lesquels reposent les modèles de prévention en santé publique. Rappelons ici la contribution théorique importante d'Allan Young (1981) lorsqu'il rappelle que le savoir rationalisé ne constitue que l'une des manifestations des savoirs populaires aux côtés des savoirs prototypiques, empiriques, intersubjectifs et autres. En fait, les anthropologues eux-mêmes seraient victimes de leurs propres présupposés concernant le langage et la raison et du postulat de l'existence d'un « homme rationnel hypothétique ». En fait, il existe un espace non cognitif important entre les explications populaires de la maladie construites, logiquement et de façon cohérente, par les individus, et les structures cognitives qui sont supposées avoir guidé ces constructions. On tombe alors dans un biais de textualisation qui nous porte à croire que les récits de maladie recueillis sont le reflet exact des structures du langage propre à une culture donnée. D'autres ont poursuivi ces réflexions critiques sur ce pilier des interventions de santé publique en suggérant de reconnaître la co existence d'une pluralité de logiques des savoirs et des rationalités des comportements liés à la santé (Massé 1997), les raccourcis simplificateurs qu'induit ce postulat de rationalité dans les pratiques de santé publique (Bibeau 1997), voire l'importance d'une reconnaissance des détours de la raison comme préalable à une sémiotique de la maladie (Corin 1993). Cette critique de la rationalité conduit ainsi Young à souligner les dangers de réduire les modèles populaires explicatifs de la maladie à des modèles cognitifs réifiés de croyances explicatives de la maladie et à des modèles individuels projetés sur l'ensemble de la population

ciblée par des programmes de prévention ou de promotion de la santé. Le danger est d'y voir des ensembles structurés et cohérents de croyances décontextualisées dans lesquelles l'individu puiserait le matériel qui alimente la construction, *a posteriori*, du sens de son épisode vécu de maladie (Young 1990).

Bibeau n'en radicalise pas moins sa critique des rapprochements entre anthropologie et santé publique en soulignant que, « en dépit des intentions déclarées de se démarquer des modèles dominants en santé publique, la plupart des anthropologues ne sont pas réellement disposés à prendre une distance face aux méthodologies et aux théorisations de ce qu'ils perçoivent comme la "véritable" science en santé publique : questionnaires fermés; études ciblant des problèmes de santé spécifiques tels que la tuberculose, la diarrhée, la malaria et ainsi de suite; analyses quantitatives et établissement probabilistiques de la causalité; et théories représentées sous forme de modèles» [Notre traduction] (Bibeau 1997: 246). Il suggère que les anthropologues médicaux doivent aller plus loin dans leur critique alors « qu'ils refusent délibérément de remettre en question les fondements de l'entreprise de la santé publique telle qu'elle existe dans les pays en développement» [Notre traduction] (*ibid.*: 246) et que certains « s'aliènent eux-mêmes au point qu'ils deviennent hésitants à afficher leur propre formation anthropologique ou à trivialiser ses théories et ses méthodes» [Notre traduction] (*ibid.*: 246). Cette critique apparaît trop radicale si elle concerne des anthropologues qui sont employés dans des institutions de santé publique et qui doivent composer avec les contraintes de la multidisciplinarité. Une telle charge s'explique par le fait que, à l'image du courant dominant dans la discipline, la contribution de l'anthropologie est définie par défaut, par nature, comme une entreprise critique. Ici, l'objet de la critique devient une santé publique démonisée, posée d'avance comme une menace au respect des besoins et des valeurs de la population visée par ses programmes. Pourtant, les fondements de l'entreprise de la santé publique peuvent aussi être positifs, tels ceux visant l'amélioration de la qualité de la santé, la prévention de la maladie ou la promotion d'un environnement sain. Une véritable contribution de l'anthropologie à la santé publique sera difficile, croyons-nous, si les anthropologues ne se défont pas de l'attitude réflexe consistant à poser la santé publique (mais aussi la biomédecine et les organismes publics de soins) comme un ennemi, un nouveau lieu de pouvoir autoritaire et d'assujettissement des populations aux pouvoirs politiques, médicaux, économiques, à la mondialisation.

En contrepartie, l'anthropologue doit garder un œil critique sur les usages politiques, idéologiques et économiques des programmes de prévention. Il ne doit pas perdre de vue que l'unité d'investigation ne doit pas être ni l'individu atomisé et ses comportements, ni les significations, valeurs,

croyances dominantes (confinant au culturalisme désocialisé), mais « plutôt aux réseaux à travers lesquels les acteurs activent et transforment des valeurs et significations en pratiques » [Notre traduction] (Bibeau 1997: 249). L'espace manque ici pour approfondir ce débat. Soulignons toutefois qu'au Québec la tradition de collaboration entre les anthropologues et la santé publique alimente amplement le débat sur le départage entre collaborer « avec » la santé publique (ce qui laisse place à une plus grande marge de manœuvre, à une plus grande liberté critique) ou « dans » la santé publique (ce qui suppose l'intégration des méthodes et des finalités de la santé publique, mais sans abdiquer devant toute critique).

UN SOUCI POUR UN USAGE COMPLÉMENTAIRE DE MÉTHODOLOGIES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

La réflexion théorique et le questionnement critique des catégories et de l'épistémologie de la médecine reposent généralement au Québec sur des recherches empiriques couplant méthodes ethnographiques classiques et méthodes quantitatives. En fait, la plupart ont partagé leurs travaux entre, d'un côté, leur participation à des recherches empiriques de type épidémiologie socioculturelle, utilisant des méthodes quantitatives (échantillonnages aléatoires, questionnaires, outils de mesure standarisés, analyses statistiques, etc.) sans pour autant totalement mettre en retrait des réflexions théoriques relevant d'une anthropologie critique, sans abdiquer devant l'analyse proprement anthropologique des interfaces entre les significations de la maladie et les pratiques de soins, ni non plus abandonner les recherches de terrains personnels. Illustrons cette affirmation par quelques exemples.

Dans son ouvrage critique portant sur la ménopause au Japon, Lock (1993) pratique la conjugaison des approches quantitatives et qualitatives, liant un terrain classique à une enquête de type épidémiologique. L'éventail des techniques de collecte de données va des entrevues de groupes, aux entrevues individuelles, aux extraits d'histoires de vie, à l'analyse documentaire, voire aux questionnaires fermés auprès de 1 316 Japonaises portant sur les symptômes rapportés associés à la ménopause. L'usage conjuguée de ces méthodologies a pour but, d'offrir une base de comparaison transculturelle des symptômes associés à la ménopause, d'analyser les contradictions entre les expériences subjectives relatées par les femmes japonaises et les idéologies véhiculées par les médias et les médecins à l'égard de la ménopause.

La plupart des travaux de Cécile Rousseau (ex: Rousseau *et al.* 2000, 2001) portant sur la santé mentale des réfugiés sont de nature empirique et comparent plusieurs groupes ethniques d'immigrants. Pour sa part, Corin

combine, dans plusieurs travaux, analyses statistiques et approches herméneutique et phénoménologique. Dans sa recherche portant sur le monde vécu des schizophrènes, Corin (1990) utilise des données tirées d'outils de mesure standardisés des liens sociaux et des analyses qualitatives fondées sur l'observation et les entretiens répétés de recherche. Elle partage un intérêt pour l'étude des limites de la complémentarité de méthodes somme toute partiellement incommensurables. Un même souci pour coupler analyse quantitative dérivée de questionnaires fermés et analyse phénoménologique, herméneutique et sémantique a marqué les recherches de Massé sur l'expérience et l'expression de la détresse psychologique au Québec (Massé *et al.* 1998a; 1998b; Massé 1999). Dans ce cas, une analyse ethnosémantique fut faite de récits d'épisodes vécus, par des Québécois, de détresse psychologique afin d'en découvrir les manifestations cognitives, physiques, émotives ou comportementales. Cette approche à la fois phénoménologique, herméneutique et sémantique fut par la suite couplée à une démarche de construction et de validation d'outils épidémiologiques de mesure de l'état de détresse dans une population générale.

Cette ouverture à la conjugaison de méthodologies quantitatives et qualitatives ne va pas sans soulever des questions. En se basant sur une analyse opposant parfois un peu radicalement méthodes quantitatives et « anthropologie véritable », certains postulent que la cohabitation des méthodes ethnographiques et quantitatives risque de dénaturer l'approche anthropologique. Dans une réflexion sur l'anthropologie médicale au Canada, Lock et Bibeau dénoncent « son échec à remplir ce qui est accepté comme un mandat fondamental en anthropologie de décrire l'autre pour mieux se connaître soi-même » [Notre traduction] (Lock et Bibeau 1993: 147). Ils désignent comme principal coupable « la présence d'une forte pression de l'intérieur de certaines sous-disciplines de l'anthropologie pour rendre leurs méthodes plus scientifiques » [Notre traduction] (*ibid.*: 147). Évidemment, l'aspiration à la rigueur scientifique pour une discipline qui se positionne comme « science » sociale n'est pas un mal en soi. Ce qui est en cause ici, c'est plutôt l'idéologie de scientificité et la transposition sans réserve à l'anthropologie des postulats épistémologiques de l'épidémiologie. En fait, les méthodes qualitatives utilisées par les anthropologues, tant pour la collecte que l'analyse des données textuelles (analyse de contenu thématique, théorisation ancrée, analyse de l'énonciation, analyse structurale, etc.) ont bénéficié au cours des 20 dernières années d'avancées fulgurantes qui renforcent la rigueur des analyses et, de là, la crédibilité des conclusions. Évidemment, un appel à plus de rigueur scientifique n'est pas un mal en soi. Ce qui serait dramatique serait plutôt une abdication face au défi d'un usage rigoureux des méthodes d'analyse de données textuelles et un repli sectaire sur une critique déconstructiviste de résultats de recherches

ayant pour « omission » d'utiliser des méthodes et des outils non familiers. La critique de conclusions de recherche découlant de l'usage d'échelles de mesure et autres questionnaires fermés qui réduisent les analyses à la détermination de patterns de corrélation entre des variables décontextualisées et vidées de leur substance sera toujours bienvenue. L'un des mandats de l'anthropologie est de développer une compréhension de la culture et de la vie sociale en tant que « négociation de significations », où la culture n'est pas vue comme un donné, mais comme un construit « soumis à la négociation et à la reformulation à travers le temps et l'espace, et est de là inévitablement associée avec les rapports de pouvoir » [Notre traduction] (Lock et Bibeau 1993 : 148). C'est justement dans un tel souci de contextualisation que des approches hybrides furent créées et mises en application.

UNE ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ PRÉOCCUPÉE PAR LA CONJUGAISON DE L'HERMÉNEUTIQUE ET DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE ET PAR LA CONTEXTUALISATION ETHNOGRAPHIQUE

L'une des tendances fortes de l'anthropologie de la santé québécoise sera donc une ouverture aux approches mixtes balisée par un souci de contextualisation ethnographique. Les travaux menés par Ellen Corin (1990) sur l'intégration sociale et institutionnelle des schizophrènes illustrent parfaitement cette tendance. Pour ce faire, elle s'inspire autant de l'approche phénoménologique intéressée par l'analyse des « mondes vécus spécifiques » des malades que de l'anthropologie critique préoccupée de la construction socioculturelle de ces désordres. Elle combine ici, tout comme dans l'enquête qu'elle codirigea sur la santé mentale dans le Nord-Ouest québécois (Corin *et al.* 1990), l'approche anthropologique de construction du sens, l'herméneutique de Ricoeur et la phénoménologie psychiatrique européenne intéressée par l'étude des formes d'être au monde et la quotidienneté. Une telle approche hybride lui permet de dépasser l'analyse des prédicteurs du syndrome de la porte tournante pour comprendre, de l'intérieur, les nouveaux modes de socialité qu'adoptent les patients psychiatriques. Le concept réducteur de « stratégie d'adaptation » des expatients psychiatriques à leur société est remplacé par celui, plus large, d'expérience vécue des schizophrènes, mieux apte à révéler l'originalité du processus de reconstruction de leur identité. L'anthropologue ne doit pas subordonner sa recherche à une définition normative, décontextualisée, de ce que serait une forme acceptable d'intégration sociale du patient, et un « bon » résultat des traitements. La parole est laissée aux patients qui définissent leur sociabilité comme « générale », soit exprimée sous forme d'une

dose de retrait social stratégique variant en intensité et en nature d'un ex-patient psychiatrique à l'autre, au gré de l'évolution quotidienne de leurs besoins et de leur tolérance respective à la pression sociale induite par une sociabilité « normale ». La recherche montre que les patients qui ne vivent pas de réhospitalisation se démarquent de ceux vivant des ré hospitalisations répétées par leur habilité à structurer et à opérationnaliser une forme de « retrait positif » ; le retrait prend dans ce cas le statut de facteur de protection. Les premiers vivent l'isolement comme une forme d'« exclusion » sociale imposée ; les seconds comme une forme de « détachement » souhaité, assumé et accepté. Corin parle de ce « retrait social » comme d'une icône de l'isolement social des individus dans les sociétés occidentales (Corin 1990 : 183). Ici le plaidoyer est en faveur d'une anthropologie soucieuse de saisir cette « épaisseur de l'être » (Corin 1998c) chez le malade, à travers ses expériences, ses stratégies identitaires et sa gestion du rapport à la sociabilité. Que ce soit dans l'étude des traumatismes de guerre vécus par les populations réfugiées ou de la sociabilité des ex-patients schizophrènes, le danger existe pour les chercheurs, autant que pour les cliniciens, de chercher à construire, seuls, le sens des expériences vécues, sans un souci de respect du sens que leur donnent les individus concernés eux-mêmes (Corin et Rousseau 1997). Ces exemples suggèrent toutefois que ce souci pour une anthropologie attentive à une prise en compte du contexte et de la dimension signifiante de l'expérience de la maladie ne doit pas être confinée à la réflexion théorique : il doit s'exprimer à travers des études empiriques mettant à contribution diverses méthodologies.

SOUCI D'ÉQUILIBRE ENTRE ASCÉTISME ET VIOLENCE DE L'INTERPRÉTATION

Ce souci de l'anthropologie de la santé québécoise pour l'analyse contextualisée du sens de la maladie fait aussi partie d'une critique des débordements des approches textualistes qui ont, au cours des deux dernières décennies, visées à réduire la culture à un texte et les interprétations de la maladie et les pratiques de soins à des « sous-textes ». L'analyse de la culture, dans le cadre d'une telle sensibilité à l'herméneutique et à la construction du sens, doit demeurer en tension entre une violence interprétative inévitable et un véritable souci pour une lecture ascétique de la culture comme texte, tel que le présentent de façon convaincante Bibeau et Corin (1995) dans un texte classique. Il est postulé qu'une large partie de l'expérience vécue demeure obscure pour les acteurs sociaux eux-mêmes et que le sens de ces expériences leur est largement inaccessible, d'où la nécessité de recourir à de multiples niveaux d'interprétation, du niveau le plus immédiat à celui,

plus inductif, qui flirte avec le risque de surinterprétation. En fait, les acteurs sociaux sont contraints par les limites du langage et par une certaine cécité devant les contradictions entre leurs gestes et leurs intentions ou valeurs. Bref, l'expérience ne pouvant se réduire à sa seule dimension consciente, l'anthropologie (et les méthodes qualitatives) doit s'autoriser une certaine dose de « violence interprétative ».

La spécificité de l'anthropologie comme discipline résiderait dans cette « dialectique entre proximité et distance, soumission et violence » [Notre traduction] (Bibeau et Corin 1995 : 5). Ainsi, tout mimétisme des méthodes anthropologiques avec les méthodes des analyses textualistes ne peut que disqualifier la discipline. La culture n'est pas réductible à un ensemble de textes. Il faut défendre une anthropologie interprétative crédible et fiable où les anthropologues sauront garder une distance optimale entre l'expérience et les discours, entre le contexte et le sens. L'intersubjectivité ne réside pas seulement dans la tête de plusieurs individus ; elle fait partie des pratiques collectives, sociales et communautaires. Les auteurs donnent en exemple leur étude sur la santé mentale dans le Québec rural pour illustrer une « interprétation sémiotique contextuelle » qui montre que « les modèles populaires utilisés dans les trois milieux [communautés forestières, minières et agricoles] pour l'identification, l'explication et la gestion des problèmes de santé mentale ne peuvent être compris indépendamment du contexte social de chacune de ces trois sous-cultures ni du système de valeur spécifique qui s'y trouve » [Notre traduction] (Bibeau et Corin 1995 : 41). Ils mettent en évidence la spécificité des trois « systèmes de signes, de sens et d'action » propres à chacun de ces milieux. Se confirme ainsi l'intérêt de l'anthropologie francophone québécoise pour la conjugaison de l'herméneutique, de la sémantique et de l'ethnographie, soit le souci de lire le sens à travers les pratiques localement inscrites dans la réalité sociale. La communauté devient plus que le lieu d'appartenance des informations, plus que le contexte éloigné, mais un véritable coauteur qui participe à l'entreprise interprétative.

CONSTRUCTIVISME, DÉCONSTRUCTIVISME ET CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES

L'anthropologie médicale n'est plus préoccupée par la seule analyse descriptive des savoirs et des pratiques thérapeutiques des diverses ethnomédecines mais, de façon plus radicale, « [l]'accent est déplacé vers la façon dont tout le savoir relié au corps, à la santé et à la maladie est culturellement construit, négocié et renégocié dans un processus dynamique à travers le temps et l'espace » [Notre traduction] (Lock et Bibeau 1993 : 149). Bref,

elle s'intéresse aux prises de décisions, à la praxis de la médecine dans ses interrelations avec les patients et la société, mais surtout aux façons dont les valeurs et les intérêts des médecins et des chercheurs façonnent la définition de la maladie. L'anthropologie médicale a pris très au sérieux ce rôle, en particulier à l'égard des catégories nosographiques.

Lock (1993), par exemple, montre que la ménopause, au-delà de la réalité physiologique de l'arrêt des menstruations, émerge comme une construction sociale, culturelle et professionnelle, historiquement située. La ménopause serait influencée par les conceptions culturelles du rôle social de la femme, en particulier au milieu et à la fin de sa vie reproductive, par les conséquences économiques de la ménopause et les politiques nationales à l'égard du vieillissement. À partir d'une analyse comparative transculturelle de la symptomatologie associée en pré et post-ménopause, elle remet en question l'universalité des symptômes rapportés par les femmes nord-américaines et plaide pour une approche des « biologies locales » qui reflètent la forte variabilité dans les conditions sociales, culturelles et physiques des femmes asiatiques et nord-américaines. Il en va ainsi de la remise en question de la définition de la mort cérébrale et des débats autour de la détermination de l'instant de mort à des fins de transplantation d'organes. À partir d'une analyse des positions de médecins et d'infirmières nord-américains et japonais interviewés, Lock (2000a) déplore que les sociétés européennes et américaines aient accepté le concept de mort cérébrale sans véritables débats, dans le contexte d'une forme d'« anesthésie culturelle », au contraire du Japon qui s'y est opposé jusqu'en 1997. Cette anesthésie est alimentée du fait que ces débats sont « masqués par les métaphores persuasives liées aux vies sauvées grâce à l'industrie de la transplantation ». [Notre traduction] (Lock 2000a: 238). Ainsi, l'anthropologie peut remettre en cause les raisons qui font que les prélèvements d'organes ne sont pas autorisés sur les patients végétatifs, même si eux aussi ne présentent plus de vie consciente (*ibid.*: 259).

Mais le principal lieu d'expression d'un tel constructivisme critique demeure celui de la santé mentale. Dans l'un des numéros de *Transcultural Psychiatry*, traitant des rapports entre culture et DSM IV, Kirmayer (1998) appelle divers auteurs à faire le point sur la capacité des éditeurs du *Diagnostic and Statistical Manual* à prendre en considération les suggestions du groupe de travail Culture and Diagnostic. Dans un éditorial sévère, Kirmayer dénonce leur inaptitude à tenir compte de l'influence de la culture sur l'incidence et la prévalence des problèmes de santé, des limites à l'universalité des catégories diagnostiques, ou encore à considérer les modes d'expression des symptômes à travers des idiomes locaux. Cette approche critique est renforcée par celles défendues par Corin (1996) quant aux variations dans les frontières diagnostiques, par Kirmayer et Young (1998) à

propos de l'influence de la culture sur la somatisation des troubles mentaux ou la construction de la notion de « désordres mentaux », en particulier des désordres de l'anxiété (Kirmayer 1994 ; Kirmayer, Young et Hayton 1996), et les désordres dissociatifs (Lewis-Fernandez et Kirmayer 1998) ou par Young concernant la construction socioculturelle des stress post-traumatiques (Young 1995a). Pourtant, l'influence de la culture est manifeste à la fois sur les modalités d'expression des symptômes et sur les processus de recherche d'aide, de communication de la souffrance, sur la signification attribuée aux symptômes par le malade et l'entourage. Cette réflexion critique sur les catégories psychiatriques implique aussi la proposition voulant non seulement que les processus d'attribution des causes de la maladie tiennent une place centrale dans la construction du sens de la maladie, mais qu'ils influencent largement la pathogenèse, l'évolution de la maladie, le tableau clinique et les réponses aux traitements (Young et Robbins 1994).

Une autre illustration d'une telle critique des prétentions empiristes de la psychiatrie réside dans les travaux d'Allan Young (1995b, 2000) sur les désordres de stress post-traumatique (DSPT). En utilisant une position d'anthropologue et d'historien, Young se livre à un travail d'archéologie des présuppositions qui ont guidé la recherche sur le DSPT au cours du siècle dernier. Ce travail fait partie d'une approche critique des catégories psychiatriques vues comme des constructions socioculturelles et des produits historiques. Le DSPT, par exemple, est abordé comme un techno phénomène résultant de la confluence aussi bien du « travail » de construction induit par les pratiques nosologiques et cliniques et les technologies de recherche biomédicale que de la demande des groupes d'intérêt et des institutions qui s'en servent comme argument moral. Bref, les ressources biomédicales sont mobilisées pour construire une catégorie diagnostique sur des désordres qui, tout en se référant à des souffrances réelles, ne sont étiquetés tels que grâce à la conjoncture d'intérêts et de moyens contemporains. En fait, soutient Young (2000), les autorités médicales américaines et britanniques ne sont pas en mesure d'établir de liens directs entre des incidents, des toxines, des virus ou autres facteurs expliquant le syndrome de la guerre du Golf, par exemple. Les modèles étiologiques de tous les syndromes de stress post-traumatiques (liés à la guerre, aux antécédents d'abus physiques ou sexuels, etc.) ne peuvent être validés. Ni les modèles psychogéniques (causes psychologiques liées à l'hystérie), ni les modèles somatogéniques, ni les modèles mixtes ne sont démontrables. La portée critique de cette remise en question est lourde. À l'opposé de certains qui décèlent en Occident une épidémie d'hystérie, Young ne voit pas de liens entre le syndrome de la guerre du Golf, les désordres de personnalité multiple ou le syndrome de fatigue chronique. Par contre, ces désordres présentent un facteur étiologique commun : un syndrome de la mémoire. Une approche constructiviste de

l'hystérie et du DSPT passe par une analyse de la construction sociale de la mémoire comme mécanisme de sélection par l'individu des épisodes significatifs, voire par une « grammaire de l'oubli et du souvenir » se référant aux divers processus d'oublis et de mémoire sélectifs qui guident la reconstruction, par l'individu, de ses expériences passées. Dans tous ces syndromes, il existe des historiques de l'origine des traumatismes définis comme des formes d'idéologies en tant que « comptes rendus explicatifs standardisés utilisés de routine par les cliniciens, les chercheurs, les patients et les littéraires pour traduire (réduire, simplifier, homogénéiser) le monde vécu du patient dans des patterns (généralement des séquences) interreliant causes et effets. Ils sont publiés sous la rubrique *post-traumatic stress disorder* dans le manuel diagnostique de l'American Psychiatric Association, et fournissent 1) une représentation des connexions invisibles qui sont supposées relier les circonstances visibles et les événements et 2) un plan directeur pour désigner comme « relié au trauma » tel phénomène, ses circonstances et les événements reliés » [Notre traduction] (Young 2000 : 143).

Limites de l'anthropologie médicale critique

L'anthropologie médicale québécoise, en particulier anglophone, s'est donc engagée activement dans la critique de l'empirisme qui fonde la construction des catégories diagnostiques et des modèles étiologiques. En mettant en évidence l'influence aussi bien des postulats épistémologiques de la biomédecine que des usages sociopolitiques de ces catégorisations, elle montre que les concepts et catégories ne sont pas que ce qu'ils semblent être, qu'ils sont les produits de constructions intéressées et biaisées. Elle contribue ainsi à dépasser les approches ethnosémantiques, herméneutiques, sémiotiques et autres formes de culturalismes qui privilégient la quête du sens que prend la maladie pour le malade, son entourage et la société, plutôt que la critique de la construction des nosographies et étiologies biomédicales. Ce constructivisme critique possède toutefois ses propres limites. Comme le rappelle Ian Hacking (1999), sans remettre en question la réalité de l'objet construit (ex : la maladie), le constructivisme est une entreprise de déconstruction du caractère « essentialiste » d'un objet. Cet objet n'est plus abordé comme déterminé par la nature des choses ; il est évitable, voire il faut travailler à l'éliminer dans les discours scientifiques.

Mais un tel déconstructivisme qui réduit la culture à des idéologies justifiant divers usages sociaux, politiques et corporatistes des objets d'études autorise-t-il une pleine prise en considération du poids de la culture ? Ne réduit-il pas la culture à une source de biais dans l'étude anthropologique de la maladie ? Les anthropologues critiques contemporains n'auraient-ils

pas ainsi inventé une notion de culture pour mieux pouvoir ensuite la rejeter, comme le suggère Brightman (1995) ? En faisant référence à l'analyse faite par ce dernier de la place de la culture en anthropologie, Corin rappelle que, « par un ensemble de stratégies rhétoriques, les anthropologues critiques ont en fait adopté une conception essentialiste de la culture, caractérisant cette dernière par une série de traits opposés à ceux que valorisent actuellement les *cultural studies...* » (Corin 1998b: 14). Ne faut-il pas déplorer qu'une telle anthropologie critique « disqualifie l'idée d'une trame symbolique supra narrative susceptible de fonder tant les relations interpersonnelles que la notion même de sujet et son rapport à l'autre » (Corin 1998b:14-15) ? L'anthropologie québécoise est en fait préoccupée par le « travail de la culture » sur la santé, cela tout en évitant les abus des surinterprétations du constructivisme et d'une certaine anthropologie critique (qui subordonnent la culture à l'intertextualité, à la coconstruction du sens, à l'irréductibilité avec la science). À l'instar de tous ceux qui se réclament d'une herméneutique et d'un courant interprétatif, les anthropologues québécois semblent critiques envers « tout système méta interprétatif qui risque d'imposer du dehors à la réalité culturelle une structure signifiante au lieu de permettre à cette dernière de surgir d'un examen attentif des rapports des éléments culturels entre eux, au sein d'un contexte particulier » [Notre traduction] (Corin 1998a : 38).

Hacking (1999) pose une autre question de fond par rapport à certaines formes de constructivismes: ne prêtent-ils pas une voix à une rage contre la raison et à une hostilité impuissante envers la science, en particulier pour ceux qui n'en connaissent pas les rudiments ? (1999 : 97). Tel n'est évidemment pas le cas des auteurs abordés dans ce chapitre. Il reste toutefois que la critique constructiviste en anthropologie s'inscrit dans la mouvance d'une critique des prétentions scientifiques de la discipline. L'avenir de l'anthropologie de la santé passe certainement par une complémentarité entre critique des nosographies et des étiologies purement empiriste et le souci pour une analyse « scientifique » des symptômes, des causalités ou des démarches de recherche de soins. Il faudra admettre que « quelque chose peut à la fois être réel et être une construction sociale » (2001: 98). L'anthropologie médicale aura comme défi l'appel à une anthropologie scientifique qui, dans la version ouverte et sensible aux contributions du constructivisme qu'en donnent, par exemple, Kuznar (1996) et Lett (1997), saura concilier le travail de la culture et le souci pour des recherches empiriques pouvant déboucher sur une anthropologie comparative, mais surtout sur une saine complémentarité avec les sciences biomédicales.

Divers travaux tentent une telle conciliation entre analyse des significations associées à la maladie par des populations et analyse critique de l'influence des structures sociales et politiques sur la production de la

maladie, et ce, encore une fois, en vertu d'études empiriques. Ces travaux répondent plus ou moins implicitement à l'appel lancé par Bibeau (1988) pour une analyse des interfaces entre les forces macrosociologiques qui conditionnent la structuration sémiologique de la réalité, le contexte historique et les rapports de pouvoir dans lesquels se sont développés les valeurs culturelles, de même que, les paliers intermédiaires par lesquels les codes culturels s'articulent au contexte macro-social. Un exemple des plus intéressants est l'étude menée par Bernard Roy (2002) sur le diabète dans les populations amérindiennes de l'est du Québec. À partir d'une étude de terrain classique, Roy montre de quelles façons le diabète est récupéré par la culture locale comme marqueur identitaire et symbole de l'affirmation de la différence entre Blancs et Autochtones, et ce, au point de miner la réceptivité des populations ciblées aux messages de promotion de saines habitudes alimentaires et d'activité physique. Cette lecture interprétativiste ne l'empêche pas de situer cette construction du sens à l'intérieur d'une analyse critique du colonialisme interne qui a modelé les rapports interethniques et politiques de ces populations autochtones avec la société canadienne. Dans une perspective semblable, Massé (2001a) structure une ethnoépidémiologie de la détresse psychologique à la Martinique en tentant de concilier, dans un même modèle à trois paliers, a) une analyse ethnosémantique des catégories diagnostiques et des modèles étiologiques populaires, soit une analyse du travail de la culture locale sur les idiomes d'expression et d'explication de la maladie, b) une analyse des causes intermédiaires (chômage, changements rapides des structures familiales traditionnelles, rapports de couleur, conflits de genres, etc.) qui, au cœur de la vie quotidienne, prédisposent les Antillais à des désordres psychologiques, c) une analyse critique du contexte néocolonial contemporain qui consacre la dépendance économique et la sujétion politique des Antillais aux politiques métropolitaines françaises.

Bref, sans prétendre que l'anthropologie de la santé québécoise réussit à transcender l'opposition entre interprétation du sens et déconstruction des catégories et explications biomédicales, nous croyons qu'elle se caractérise par un souci particulier pour la combinaison, voire la réelle conjugaison des approches.

LE QUÉBEC RÉSISTE TANT BIEN QUE MAL À LA MÉDICALISATION DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

L'anthropologie québécoise réussit-elle à éviter les pièges d'une médicalisation de l'anthropologie de la santé ? Arrive-t-elle à éviter la médicalisation insidieuse des objets et du programme de recherche induite par la science médicale, piège qualifié par Browner (1999) d'« indigénisation

médicale» marquée par l'adoption du langage et des pratiques de recherche? En dépit de sa contribution significative à une anthropologie de la complexité, préoccupée par la conjugaison d'une pluralité de méthodes et l'articulation entre les divers paliers de la réalité sanitaire, ne s'expose-t-elle pas à un désengagement à l'égard du terrain et d'une surenchère dans la production de concepts vides et de théories décontextualisées? Le risque existe bel et bien ici à l'instar d'une anthropologie médicale anglo-saxonne préoccupée par les nouvelles thématiques à la mode telles les technologies médicales, les transplantations d'organes, la thérapie génique et autres expressions d'une anthropologie de la biomédecine. L'appel pressant pour une anthropologie critique souvent assimilable à une économie politique de la santé ne légitime-t-il pas, en quelque sorte, un recentrage sur une anthropologie critique de la biomédecine, recentrage qui pose la question de sa démarcation d'avec la sociologie de la santé, la philosophie ou l'économie politique? J'ai déjà eu l'occasion (Massé 2001b) d'appuyer la mise en garde faite par Browner, en particulier par rapport à la tendance qu'ont plusieurs anthropologues à délaisser les terrains classiques pour une «ethnographie» de lieux tels que les hôpitaux qui réalisent les transplantations d'organes, les urgences hospitalières, les laboratoires de recherche et autres terrains institutionnels. Ce virage vers les biotechnologies, les transplantations d'organes ou les thérapies géniques comme objets de recherche appelle une méthodologie où les entrevues ouvertes et l'analyse documentaire tiennent souvent lieu de seul mode de collecte de données. Sans nier la pertinence de tels approches et objets, ne peut-on y voir une certaine expression de biomédicalisation de la discipline?

À titre d'illustrations de ces nouvelles tendances, nous pouvons mentionner les travaux de Lock, Young et Cambrosio (2000) sur la façon dont les innovations techniques biomédicales (instrumentations scientifiques et procédures techniques) transforment les pratiques de la médecine ou encore ceux de Cambrosio et Keating (à paraître) sur les applications des techniques de la biologie moléculaire relativement au diagnostic et à la thérapie du cancer. Le Québec n'échappe pas non plus à la vague de recherche portant sur les transplantations d'organes (Lock 1989 : 2002) qui dénoncent la marchandisation des organes humains et les risques de dérives sur le plan éthique (Lock 2001), en particulier lorsque la quête du bien du malade passe par un zèle excessif dans la quête de donneurs d'organes (Lock 2000b). L'originalité anthropologique consiste ici à traiter ces organes à travers leur «vie sociale» et les multiples significations qu'ils prennent pour les divers acteurs sociaux concernés dans le système d'échange. Cette tendance s'exprime encore dans des recherches portant sur l'émergence des nouvelles représentations du corps à la lumière des avancées en génétique moléculaire et en génétique des populations en lien avec l'Alzheimer et le cancer du sein

(Lock, recherches en cours), ou aux risques de dérives éthiques alimentés par le *Human Genome Diversity Project* (Lock 1999), ou encore dans les travaux récents de Bibeau (2003) sur le transgénisme, alors qu'il s'interroge sur la place qu'occupe la géno-protéomique dans la recherche en santé et à ses interfaces avec les idéologies et les politiques nationalistes au Québec.

L'ouvrage de Lock, Young et Cambrosio (2000) est très révélateur de cette médicalisation de l'anthropologie médicale. Ici, les objets d'analyse sont les technologies médicales, les innovations biomédicales et les catégories diagnostiques. L'originalité de cette démarche réside dans une nouvelle approche du concept de contexte. Les innovations biomédicales ne sont pas analysées pour elles-mêmes, comme objets décontextualisés, mais d'abord sous l'angle de leurs influences sur les pratiques des compagnies d'assurances, les systèmes publiques de santé ou les comportements des malades. De même, les laboratoires dans lesquels sont produites ces innovations, connaissances et technologies, ne sont pas abordés comme des microcosmes coupés de la société plus large qui les finance et conditionnent leurs pratiques de recherche. Ils sont analysés comme des lieux d'expression des interactions entre les chercheurs, les outils, les instruments, les ressources financières et autres éléments interreliés au sein du réseau biomédical. Toutefois, un tel élargissement de la notion de contexte suffit-il à rendre plus anthropologique la démarche? Suffit-il de centrer la recherche sur le processus de production des savoirs, sur la dimension «performative» de la recherche à travers la notion de réseau de chercheurs, d'organismes bailleurs de fonds, de compagnies pharmaceutiques, de patients cobayes dans les essais cliniques? Suffit-il pour assurer le plein épanouissement de l'approche anthropologique de «changer le centre d'intérêt d'enquête du savoir vers les pratiques, [pour prétendre] effectuer le virage ethnographique en détournant l'attention vers la "culture matérielle" de la science, vers la façon dont les scientifiques font les choses, plutôt qu'en maintenant le cap sur les produits figés de ces performances» [Notre traduction] (Lock *et al.* 2000: 8). En fait, force est de constater que l'analyse des processus de production de cette technologie biomédicale n'en risque pas moins de nous éloigner d'une véritable ethnographie des rapports humains aux technologies et d'une analyse en profondeur du point de vue des malades et des usagers envers ces technologies. Ici, l'approche ethnographique est assimilée à l'analyse des pratiques complexes et de ses réseaux, à l'observation *in situ* des interactions entre les divers acteurs humains et institutionnels. Les terrains sont désormais les laboratoires et leurs équipes de recherche. Depuis Latour, les laboratoires scientifiques ne sont-ils pas devenus les nouveaux lieux de l'exotisme?

Globalement, l'une des difficultés auxquelles échappe mal l'anthropologie critique traitant des biotechnologies est celle du départage entre les positions idéologiques des auteurs et les données sur lesquelles repose leur

critique. Trop souvent la critique est peu explicitée et sous-entendue, même si le lecteur sent très bien le parti pris en défaveur de la biomédecine et, à l'opposé, implicitement, en faveur des médecines traditionnelles ou alternatives. Rarement est-on en face d'une énonciation claire des limites ou des abus, pourtant nombreux, liés à la pratique de la biomédecine. Les méfaits en sont comme tout simplement postulés sans qu'un argumentaire soit articulé autour d'objets de critique déterminés, et encore moins autour de critères clairement établis d'évaluation. Le lecteur ressent souvent un malaise lorsqu'il tente de départager ce qui relève de la position éditoriale, des intuitions, des valeurs morales de l'auteur et ce qui relève de la démonstration fondée sur des observations. Tel est le cas, par exemple, du malaise que nous pouvons ressentir devant les positions défendues par Lock (2002) sur les rapports à la mort cérébrale au Japon et en Amérique. Cette dernière laisse largement inexplicités les critères sur lesquelles elle fonde ses affirmations relatives à la désocialisation de la mort et à l'acceptation de la mort cérébrale en Amérique, positions qui seraient alimentées par la surmédicalisation. Nous pouvons suivre Joralemon (1999) lorsqu'il appelle les anthropologues soucieux de s'engager dans des argumentations éthiques à aller au-delà des affirmations déclaratoires en montrant de façon systématique de quelle façon l'anthropologie peut alimenter les débats en éthique sur l'acceptabilité de certaines pratiques. Malheureusement, plusieurs publications en anthropologie médicale critique semblent faire reposer leur crédibilité sur l'engagement critique, la dénonciation et la déconstruction de leur objet de recherche, plutôt que sur une analyse systématique et appuyée de véritables données vérifiables découlant de méthodes d'analyses explicitées.

CONCLUSION

Cette brève incursion dans les recherches en anthropologie de la santé au Québec met en évidence ce qui nous apparaît être deux tendances significatives. La première est relative à l'ouverture des anthropologues au dialogue et aux collaborations avec les institutions publiques et les professionnels de la santé. Ouverte à la conjugaison de méthodologies diversifiées et à l'ancrage de la réflexion théorique dans des recherches empiriques, l'anthropologie québécoise démontre un souci pour l'application de ses contributions, comme l'attestent les illustrations en santé publique et en santé communautaire. Cette ouverture ne va toutefois pas sans un questionnement sur les limites de la collaboration, sur l'intégrité de la discipline et sur les risques de médicalisation d'une anthropologie d'abord préoccupée par la santé. La seconde tendance est l'ouverture à la conjugaison des approches. Tout en étant sensible à la pertinence de dépasser un culturalisme désengagé pour présenter une critique structurée des concepts, catégories et postulats de la biomédecine, plusieurs anthropologues québécois n'en reconnaissent pas moins le caractère incontournable d'une approche multidimensionnelle alimentée par les perspectives phénoménologique, sémiotique et herméneutique. La déconstruction des catégories biomédicales se conjugue ici au souci d'une compréhension du sens de la maladie et des soins construit par les populations locales. C'est à la confluence de ces deux grandes tendances qu'émerge l'anthropologie de la santé québécoise du XXI^{e} siècle.

Références

ATLANI L., C. ROUSSEAU, C. ZAROWSKY et D. PEDERSEN, 2000, «The Politics of Culture in Humanitarian Aid to Women Refugees who Have Experienced Sexual Violence; Rethinking Trauma», *Transcultural Psychiatry*, XXXVII, 3: 435-449.

BIBEAU G., 1988, «A Step Toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connection Saccross Dimensions», *Medical Anthropology Quaterly*, 2, 4: 402-416.

——, 1991, (dir.) «L'univers du sida», *Anthropologie et société*, 15, 2-3.

——, 1997, «At Work in the Fields of Public Health: The Abuse of Rationality», *Medical Anthropology Quaterly*, 11, 2: 246-252.

——, 2003, *Le Québec transgénique. Science, marché, nation.* Montréal, Les Éditions du Boréal.

BIBEAU G. et E. CORIN, 1994, «Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Le système de signes, de sens et d'action en santé mentale»: s.p., dans Y. Breton, P. Charest et F. Trudel (éd.), *La construction de l'anthropologie québécoise: mélanges offerts à Marc-Adélard Tremblay.* Québec, PUL. Ouvrage disponible sur le web: [http://www.bibl.ulaval.ca/doelec/pul/tremblay.html], (dernière consultation, 15 janvier 2004).

BIBEAU G. et E. CORIN, 1994, «From Submission to the Text to Interpretive Violence»: 3-54, dans G. Bibeau et E. Corin (dir.), *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation.* New York, Mouton de Gruyter, Belin.

BRIGHTMAN R., 1995, «Forget Culture: Replacement, Transcendance, Relexification», *Cultural Anthropology*, 10, 4: 509-546.

BROWNER C. H., 1999, «On the Medicalization of Medical Anthropology», *Medical Anthropology Quaterly*, 13, 2: 135-140.

CAMBROSIO A. et P. KEATING, à paraître, *Biomedical Platforms: Reproducing the Normal and the Pathological in Twentieth Century Medicine.*

CORIN E., 1990, «Facts and Meaning in Psychiatry: An anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14: 153-158.

——, 1993, «Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie», *Anthropologie et Sociétés*, 1-2: 5-20.

——, 1996, «Cultural Comments on Organic and Psychotic Disorders»: 63-69, dans J. E. Meezing, A. Kleinman, H. Babrega et D. L. Parron (dir.), *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM IV Perspective.* Washington, DC., American Psychiatric Press.

——, 1998a, «Refiguring the Person: The Dynamics of Affects and Symbols in African Spirit Possession Cult»: 80-102, dans M. Lambecket A. Strathern (dir.), *Bodies and Persons: Comparative Perspectives from Africa and Melanesia.* Cambridge, Cambridge University Press.

——, 1998b, « Le rapport à l'autre » : 11-58, dans S. Harel (dir.), *Résonances. Dialogues avec la psychanalyse.* Montréal, Éditions Liber.

——, 1998c, « The Thickness of Being : Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience Among Schizophrenics », *Psychiatry,* 61, 2 : 133-146.

CORIN E., BIBEAU G., MARTIN J-C. et R. LAPLANTE, 1990, *Comprendre pour soigner autrement.* Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

CORIN E. et C. ROUSSEAU, 1997, « Sens et contexte dans l'étude des problèmes psychiatriques. À la recherche de nouveaux modèles », *Médecine/Sciences,* 13, 4 : 527-533.

DE KONINCK M. et F. SAILLANT, 1981, « Situation des femmes et stéréotypes chez les soignants : perspectives féministes », *Santé Mentale au Québec,* V, 2.

DE KONINCK M., F. SAILLANT F et L. DUNNIGAN, 1981, *Essai sur la santé des femmes.* Québec, Conseil du Statut de la femme.

DUFOUR R., 1988, *Femme et enfantement. Sagesse dans la culture Inuit.* Québec, Éditions Papyrus.

——, 1989, *Prêtez-nous l'oreille. Anthropologie de l'otite moyenne chez les Inuit.* Thèse de doctorat. Département d'Anthropologie, Université Laval.

FOUGEYROLLAS P., 1995, *Le processus de production culturelle du handicap : contextes sociohistoriques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles.* Lac-Saint-Charles, Québec, CQCIDIH/SCCIDIH.

GAGNON É. et F. SAILLANT, 2000, *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux.* Paris et Québec, L'Harmattan et les Presses de l'Université Laval.

GENEST S., 1978, « Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés,* 2, 3 : 5-28.

GODIN G., J. LÉVY et G. TROTTIER (dir.), 2002, *Vulnérabilités et prévention VIH/sida : enjeux contemporains.* Québec, Les Presses de l'Université Laval.

GRAVEL S. et A. BATTAGLINI, 2000, *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste.* Montréal, Régie Régionale de la santé et des services sociaux.

HACKING I., 2001 [1999], *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?* Paris, Éditions La Découverte.

JORALENON D. 1999, *Exploring Medical Anthropology.* Allyn and Bacon. Boston and London.

KIRMAYER L. J., 1994, « Is the Concept of Mental Disorder Culturally Relative ? » : 1-20, dans S. A. Kirk et S. Einbinder, *Controversial Issues in Mental Health.* Boston, Appleton-Century-Croft.

——, 1998, « Culture in DSM-IV », *Transcultural Psychiatry,* 35, 3 : 1-3.

KIRMAYER L. et A. YOUNG, 1998, « Culture and Somatization : Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives », *Psychosomatic Medicine,* 60, 4 : 420-430.

KIRMAYER L., A. YOUNG et B. C. HAYTON, 1996, « The Cultural Context of Anxiety Disorders », *Psychiatric Clinics of North America,* 18, 3 : 503-521.

KIRMAYER L. et A. YOUNG, 1999, «Culture and Context in the Evolutionary Concept of Mental Disorder», *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3: 446-452.

KUZNAR L., 1996, *Reclaiming a Scientific Anthropology*. London, Altamira Press.

LETT J., 1997, *Science, Reason, and Anthropology. The Principles of Rational Inquiry*. New York, Rowan and Littlefield Publishers.

LÉVY J. et A. NOUSS, 1994, *sida-fiction. Essai d'anthropologie romanesque*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

LEWIS-FERNANDEZ R. et L. KIRMAYER, 1998, «A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section», *Transcultural Psychiatry*, 35, 3: 387-400.

LOCK M., 1989, «Reaching Consensus About Death: Heart Transplants and Cultural Identity in Japan», *Society-Societe*, 13, 1: 15-26.

——, 1993, *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, University of California Press.

——, 1999, «The HGDP and the Politics of Bioethics», *Politics and the Life Sciences*, 18, 2: 323-325.

——, 2000a, «On Dying Twice: Culture, Technology and the Determination of Death»: 233-262, dans M. Lock, A.Young et A.Cambrosio, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

——, 2000b, «The Quest for Human Organs and the Violence of Zeal»: 271-295, dans V. Das., A Kleinman., M. Ramphele et P. Reynolds (dirs.), *Violence et Subjectivity*. Berkeley, California Press.

——, 2001, «The Alienation of Body Tissue and the Biopolitics of Immortalized Cell Line», *Body-and-Society*, 7, 2-3: 63-91.

——, 2002, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkleley, University of California Press.

LOCK M. et G. BIBEAU, 1993, «Healthy Disputes: Some Reflections on the Practice of Medical Anthropology in Canada», *Health and Canadian Society/Santé et société canadienne*, 1, 1: 147-175.

LOCK M., A.YOUNG et A. CAMBROSIO, 2000, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

MASSÉ R., 1992, «La construction sociale et culturelle de la maltraitance», *P.R.I.S.M.E*, 3, 1: 12-16.

——, 1993, «Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation»: 209-238, dans J. Légaré et A. Demers (dir.), *L'évaluation sociale: Savoirs, éthique, méthodes*. Montréal, Éditions du Méridien.

——, 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville, Éditions Gaëtan Morin.

——, 1997, «Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux», *Anthropologie et Sociétés*, 21, 1: 53-72.

——, 1999, «Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique», *Recherche Sémiotique/Semiotic Inquiry*, 19, 1: 39-62.

——, 2000, «Qualitative and Quantitative Analysis of Idioms of Distress: Complementarity or Incommensurability of Ethnosemantic, Content and Confirmatory Factor Analyses», *Qualitative Healt Research*, 10, 3: 411-423.

——, 2001a, «Pour une ethnoépidémiologie critique de la détresse psychologique *à la* Martinique», *Sciences sociales et Santé*, 19, 1: 45-73.

——, 2001b, «Contributions and Challenge of Medical Anthropology to Anthropology: Integration of Multiple Dimensions of Social Suffering and the Medicalization of Medical Anthropology», *Rivista della Società Italiana di anthropologia medica*, 11-12: 41-60.

——, 2003, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs, et normativités.* Québec, Les Presses de l'Université Laval.

MASSÉ R., C. POULIN, J. LAMBERT et C. DASSA, 1998a, «The Structure of Mental Health: Higher-Order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-Being Measures», *Social Indicators Research*, 45: 475-504.

MASSÉ R., C. POULIN, J. LAMBERT et C. DASSA, 1998b, «Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec», *Revue canadienne de santé publique*, 89, 3: 183-189.

MURPHY H. B. M., 1974, «Differences of Mental Disorders between French Canadians and British Canadians», *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19: 247-253.

NGUYEN V.-K., 2002, «Sida, ONG et la politique du témoignage en Afrique de l'Ouest», *Anthropologie et Sociétés*, 26, 1: 69-87.

NGUYEN V-K. et K. PESCHARD, 2003, «Anthropology, Inequality, and Disease: A Review», *Annual Review in Anthropology*, 32: 447-474.

PANDOLFFI M., 2002, « "Moral Entrepeneurs", souverainetés mouvantes et barbelés. Le bio-politique dans les Balkans postcommunistes», *Anthropologie et Sociétés*, 26: 29-51.

ROUSSEAU C., 2000, «Refugees to Our Land: Organized Violence and Social Suffering; Les Refugiés à notre porte: violence organisée et souffrance sociale», *Criminologie*, 33, 1: 185-201.

ROUSSEAU C., A. DRAPEAU et R. PLATT, 2000, «Living Conditions and Emotional Profiles of Cambodian, Central American, and Quebecois Youth», *Canadian-journal-of-psychiatry*, 45, 10: 905-911.

ROUSSEAU C., A. MEKKI-BERRADA et S. MOREAU, 2001, «Trauma and Extended Separation from Family among Latin American and African Refugees in Montreal», *Psychiatry*, 64, 1: 40-59.

ROUSSEAU N., F. SAILLANT et D. DESJARDINS, 1990, *Les thérapies douces au Québec: Portrait des praticiennes et praticiens.* Rapport de recherche. Centre de Recherche sur les Services Communautaires, Université Laval.

ROY B., 2002, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire: les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit.* Québec, Les Presses de l'Université Laval.

SAILLANT F., 1985, «Le mouvement pour la santé des femmes»: 743-762, dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie.* Montréal, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture et Presses Universitaires de Lyon.

——, 1988, *Cancer et Culture. Produire le sens de la maladie.* Montréal. Éditions Saint-Martin.

——,1990a, « *Se soigner en famille: les recettes de médecine populaire dans les familles québécoises du début du XX ième siècle*». Rapport de recherche. Centre de Recherche sur les Services Communautaires, Université Laval.

——, 1990b, «Discourse, Knowledge and Experience of Cancer: A Life Story», *Culture, Medicine and Psychiatry,* XIV, 1: 81-10.

——, 1999, «Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique», *Anthropologie et Sociétés,* 23, 2: 15-39.

SAILLANT F., M. COGNET et M. RICHARDSON, 2005 « Représentations de l'accueil et de l'humanitaire dans les sites internet des organisations transnationales, nationales et locales reliées à l'intervention auprès des réfugiés », *Anthropologica,* sous presse.

SAILLANT F. et E. GAGNON, 1999, «Présentation. Vers une anthropologie des soins», *Anthropologie et Sociétés,* 23, 2: 5-14.

SAILLANT F. et E. GAGNON, 2001, «Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches», *Lien social et politique,* XLVI: 55-69.

SAILLANT F. et S. GENEST, 1990, «Culture et clinique», *Anthropologie et sociétés,* 14, 1.

TREMBLAY M. A., 1982, «L'anthropologie de la santé en tant que représentation»: 253-274, dans F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Imaginaire social et représentations collectives. Mélanges offerts à Jean-Charles Falardeau.* Québec, Les Presses de l'Université Laval.

——, 1983, «L'anthropologie de la santé: une réponse aux innovations dans le système médical québécois», *Santé, Culture, Health,* I, 2: 14-42.

TURNER L., 1998, «An Anthropological Exploration of Contemporary Bioethics: the Varieties of Common Sense», *Journal of Medical Ethics,* 24: 127-133.

YOUNG A., 1981, «When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists», *Culture, Medicine and Psychiatry,* 5, 4: 317-335.

——, 1990, « (Mis)applying Medical Anthropology. Multicultural Settings», *Santé, Culture, Health,* VII, 2-3: 197-207.

——, 1995a, «Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder», *Transcultural Psychiatric Research Review,* 32, 3: 287-298.

——, 1995b, *The Harmony of Illusions: Inventing Pos-Traumatic Stress Disorder.* Princeton, Princeton Unversity Press.

——, 2000, « History, Hystery and Psychiatric Styles of Reasoning » : 135-162, dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

YOUNG A. et J. M. ROBBINS, 1994, « Symptom Attribution in Cultural Perspective », *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 10 : 584-595.

CHAPITRE 3

L'anthropologie médicale aux États-Unis

Arachu Castro et Paul Farmer

Aux États-Unis, bien ce ne soit qu'en 1960 qu'est apparue l'étiquette « anthropologie médicale » pour désigner ce domaine de l'anthropologie (Scotch 1963), l'histoire de l'étude anthropologique de la santé et de la maladie est aussi vieille que la discipline anthropologique elle-même. Dès 1881, le contenu des conférences présentées lors des rencontres de l'Anthropological Society of Washington, fondée deux ans auparavant — et rebaptisée, en 1902, l'American Anthropological Association (AAA)[1] — reflétait la volonté de certains anthropologues d'inclure l'étude de la maladie et des pratiques médicales dans leurs observations ethnographiques (Fletcher 1881 ; Petroff 1881).

Dès les tout premiers débuts, les études anthropologiques de la santé s'attachèrent à la contextualisation et insistèrent sur l'enchâssement dans le monde social de tout ce qui est observable ou décelable. L'intérêt précoce des anthropologues nord-américains pour les systèmes médicaux non occidentaux — sphère d'étude qui fut connue par la suite comme l'ethnomédecine — redoubla après la publication des travaux du médecin-anthropologue britannique W. H. R. Rivers, qui entreprit son travail de terrain, en Inde, en 1901. Rivers mena d'abord une enquête systématique et soutenue sur les représentations de la maladie, comme en témoigne son ouvrage publié simultanément à Londres et à New York (Rivers 1906), et il établit par la suite les deux concepts fondamentaux suivants : les systèmes médicaux autochtones sont des institutions sociales, et les pratiques médicales autochtones sont rationnelles et respectent une logique interne. Néanmoins, Rivers contribua à inculquer le stéréotype selon lequel les systèmes médicaux non occidentaux reposent sur un lien inextricable entre la magie, la religion et la médecine. Ce stéréotype fut d'ailleurs adopté par la plupart des anthropologues au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle (Foster et Anderson 1978).

L'influence soutenue de l'intérêt de Rivers pour les concepts de causalité de la maladie se reflète dans l'ouvrage de Clements intitulé *Primitive Concepts of Disease*, publié en 1932 (Clements 1932). Cet ouvrage étayait la première étude comparative mondiale sur les croyances en matière d'étiologie de la maladie; on y citait plus de 200 sources, principalement ethnographiques. Cette étude cadrait parfaitement avec le paradigme du particularisme culturel (déjà discrédité à l'époque), qui tentait d'inclure divers « traits culturels » — en l'occurrence, les concepts étiologiques — dans des cadres plus larges comme ceux de la diffusion géographique et des séquences chronologiques (Farmer et Good 1991).

Durant la Seconde Guerre mondiale, Ackerknecht commença à publier ses enquêtes, qui eurent plus d'influence. Son travail — celui d'un historien et médecin grandement redevable à l'anthropologie fonctionnaliste — réifia la distinction entre primitif et moderne : « La médecine primitive est principalement magico-religieuse, et elle a recours à quelques éléments rationnels; notre médecine, pour sa part, est principalement rationnelle, et elle a recours à quelques éléments magiques » (Ackerknecht 1946: 467). Cette distinction radicale, et fréquemment reprise, n'empêcha pas Ackerknecht de déployer les catégories occidentales (p. ex. chirurgie, psychothérapie, obstétrique) pour décrire les réactions « primitives » envers la maladie. Cette démarche eut comme conséquence inévitable d'appauvrir sa compréhension des catégories adoptées par d'autres cultures. Toujours dans les années 1940, les études sur la culture et la personnalité devinrent florissantes sous l'influence de Ruth Benedict, Gregory Bateson et Margaret Mead (Benedict 1946; Mead 1942), qui étudiaient le comportement, l'instinct, la schizophrénie et autres problèmes psychiatriques de certaines populations.

La recherche anthropologique qui était orientée vers les problèmes pratiques, sous l'influence notamment de Margaret Mead, représentait l'idéologie humanitaire des anthropologues de l'époque. Alors que les années 1940 se caractérisèrent par la recherche de solutions aux problèmes de santé, la fin de la Seconde Guerre mondiale entraîna la dilution de cette volonté de compromis. Après la guerre, en effet, de nombreux anthropologues qui travaillaient en santé et en nutrition choisirent d'accepter les postes qui s'ouvraient dans les universités ou dans les régions soumises à l'occupation militaire de l'Amérique du Nord. L'expansion des départements et l'augmentation des budgets universitaires suscitèrent le retour à l'ethnologie des populations tribales et l'émergence des intérêts théoriques d'après-guerre. Cette période fut marquée par une certaine déception en ce qui concernait les questions publiques, ce qui entraîna la distanciation de l'anthropologie et de la politique contemporaine.

Les années 1950 et 1960 furent celles du développement rapide de l'anthropologie médicale en tant que discipline pragmatique dans le domaine de la santé publique internationale, ce qui est attesté par le recensement de la littérature anthropologique de l'époque (Caudill 1953; Paul 1963; Polgar 1962; Scotch 1963). À partir des années 1950, les anthropologues commencèrent à collaborer avec les professionnels en santé publique, et même avec la toute nouvelle Organisation mondiale de la santé (OMS)[2], pour mener à bien toute une gamme de projets destinés à offrir des services aux populations des pays en voie de développement et des États-Unis. Ces programmes reposaient sur l'idée selon laquelle la technologie allait résoudre les problèmes de sous-développement économique des pays pauvres.

Des spécialistes de l'anthropologie médicale appliquée prirent part aux programmes de santé publique internationaux, afin d'examiner les « obstacles culturels » à la promotion de la santé et aux campagnes de sensibilisation en matière de santé. Ils devaient aussi concevoir des programmes de santé que les populations locales (« les Autochtones ») pourraient considérer comme culturellement adéquats. L'objectif avoué était de comprendre pourquoi les notions et les thérapies biomédicales n'étaient pas acceptées sur-le-champ (Foster et Anderson 1978) et d'interpréter les structures communautaires pour aider les techniciens étrangers, ou formés à l'étranger, à mettre en œuvre les programmes de développement selon une démarche « descendante » (Farmer et Good 1991 : 137) — ce que George Foster a plus tard appelé l'« approche ethnocentrique » ou dite « du plateau d'argent » (Rockafellar et Adams 2002).

Il y avait, à cette époque, assez peu de réflexion critique sur les objectifs de ce genre de programmes ou sur les besoins perçus des populations que ces programmes étaient censés desservir (Jordan 1989; Taussig 1980). Se multiplièrent alors les études sur les guérisseurs traditionnels, y compris les accoucheuses. Plus tard, on a reproché aux anthropologues qui avaient produit ces travaux d'avoir été les instruments de la biomédecine (Greenwood *et al.* 1988; Singer et Baer 1995 : 5), tout comme ils avaient déjà été critiqués pour avoir servi les pouvoirs coloniaux (Scheper-Hugues 1990). Ils furent aussi critiqués pour avoir été les « meneurs de claque » du « complexe industriel médical » de l'Occident. La majeure partie de ces travaux s'attardaient à étudier un problème dont la complexité n'était qu'illusoire : comment inciter les populations locales à modifier leur comportement de manière à améliorer leur santé ? On peut creuser des puits, mener des campagnes de vaccination, offrir des moyens de contraception, donner des médicaments ou offrir des thérapies par réhydratation orale, mais si ces services et ces techniques ne sont pas utilisés, ou qu'ils le sont mal, ils ne servent à rien. Les responsables de la santé publique considéraient comme irrationnelle toute résistance à l'égard de moyens qui semblaient si efficaces. À

leurs yeux, cette résistance devait changer puisqu'elle était le résultat de l'ignorance, de superstitions ou du conflit entre points de vue traditionnels et connaissances médicales modernes.

Lorsque les interventions biomédicales venues d'en haut échouèrent à produire les résultats attendus, les anthropologues George Foster et Benjamin Paul élaborèrent un modèle socioculturel servant à comprendre les cosmologies autochtones et les approches locales en matière de santé et de guérison (Foster 1951 ; Paul 1955). George Foster, en collaboration avec un groupe de jeunes étudiants et assistants de recherche du Smithsonian Institution, entreprit une collaboration active avec des spécialistes en santé publique de l'Institute of Inter-American Affairs (Foster 1951). Il fusionnait ainsi la santé publique internationale et l'anthropologie — ce qui incita certains auteurs à attribuer à Foster l'invention de l'anthropologie médicale telle que nous la connaissons aujourd'hui (Rockafellar et Adams 2002). En expliquant au personnel de la santé en quoi les croyances non occidentales entraient en conflit avec les hypothèses et les pratiques biomédicales, et en formulant des suggestions sur la manière d'améliorer la prestation des soins de santé, ils « arrivèrent à démontrer l'utilité pratique de leur savoir » (Foster et Anderson 1978 : 8).

Les anthropologues se penchèrent sur le problème des croyances liées à la santé en analysant leurs liens avec la culture locale. Comme l'écrivait Benjamin Paul en introduction à la première collection importante d'études s'inscrivant dans cette tradition : « Ce qui, de l'extérieur, semble être des croyances et des comportements irrationnels devient intelligible lorsqu'il est observé de l'intérieur. L'appréhension des liens entre le comportement et les éléments de croyance, tels que les gens les perçoivent, nous permet de mieux saisir la logique de ce qui peut ressembler à des modèles arbitraires d'acceptation et de rejet, et nous permet de tirer nos conclusions de la réussite ou de l'échec des programmes d'éducation » (Paul 1955 : 5). Paul soutient qu'il faut adopter le point de vue des Autochtones pour comprendre leurs « éléments de croyances ». Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut arriver à comprendre ce qui semble irrationnel, et à élaborer des programmes d'éducation qui correspondent aux cadres de référence locaux. Dans cette optique, les représentations de la maladie sont des croyances dont la logique peut être mise au jour par la recherche ethnographique. À une époque où les organismes internationaux et les agences américaines d'aide à l'étranger –l'Agence internationale pour le développement (AID) ayant succédé à la U.S. International Cooperation Administration créée, en 1964 — soutenaient les programmes de santé publique destinés au monde en voie de développement, les anthropologues commencèrent à se tailler une place dans les écoles de santé publique et dans diverses organisations gouvernementales et non gouvernementales. Plusieurs étudiants de Benjamin Paul,

de la Harvard School of Public Health, poursuivirent leur carrière dans des écoles de santé publique ou de médecine.

L'anthropologie médicale en tant que discipline appliquée continua à se développer et à se spécialiser de plus en plus, en se concentrant surtout sur l'éducation sanitaire, la nutrition, les maladies diarrhéiques, la mortalité infantile et les systèmes de soins de santé primaires ainsi que les interventions en santé publique plus traditionnelles. Les anthropologues purent mieux contribuer au développement, par suite de l'amélioration de la théorie et de la méthodologie anthropologiques et grâce, notamment, à l'émergence de domaines consacrés à la résolution de problèmes dans les sphères de la santé, de la nutrition, de l'éducation ou de l'agriculture. Ils ont aussi entrepris des études concernant les incidences, sur les groupes pauvres ou marginalisés, des décisions centrales en matière de politiques de santé et de politiques sociales.

L'« ethnoscience » ou l'« ethnosémantique », qui contribuèrent à l'émergence subséquente des sciences cognitives (Gardener 1985), analysaient les représentations cognitives à partir des phénomènes médicaux. Les études de terrain sur les caractères distinctifs de la classification des maladies permirent de dégager des taxinomies hiérarchisées reflétant les représentations mentales des informateurs relativement à la maladie. Les critères d'inclusion étaient surtout la présence ou l'absence d'attributs distinctifs ou de « caractéristiques ». Frake, par exemple, emprunta à la linguistique la technique de l'analyse componentielle pour analyser la terminologie utilisée par les membres d'une petite société analphabète dans le diagnostic des troubles cutanés (Frake 1961). Bien que peu des premiers anthropologues cognitifs se considéraient comme des anthropologues médicaux, les études cognitives acquirent une place importante parmi les approches servant à l'étude des représentations de la maladie en anthropologie médicale.

Dans les années 1960, bien qu'« il fût quelque peu embarrassant d'être qualifié d'anthropologue médical » (Good 1994: 4), en raison de la nature pragmatique de la discipline, l'anthropologie médicale commença à se remodeler pour devenir l'étude comparative des systèmes médicaux (Rubel 1960, 1964). Elle s'intéressa en particulier aux sociétés dans lesquelles les « grandes traditions » non occidentales de médecine professionnelle se sont développées parallèlement aux traditions médicales populaires. Selon Foster, l'année 1963 marqua le début de « la conscientisation des anthropologues américains face aux retombées, utiles à l'anthropologie, de la recherche sur la santé et la maladie » (Foster et Anderson 1978: 3), retombées qui se reflétaient surtout dans les travaux de Scotch (Scotch 1963) et de Paul (Paul 1963). Aux environs de cette même période, Pertti Pelto fonda la *Medical Anthropology*, première revue scientifique du domaine de l'anthropologie médicale. Avec le temps, « les diverses questions qui intéressaient les

anthropologues spécialisés dans les domaines médical et psychiatrique se rapprochèrent davantage du courant central de la discipline et acquirent de plus en plus d'importance au sein des sciences sociales et humaines en général» (Good 1994: 4).

Dans les années 1960 toujours, la majeure partie des cours d'anthropologie médicale se donnait dans les écoles de médecine et les écoles de santé publique suivantes: Case Western Reserve University, Columbia University School of Public Health, Harvard School of Public Health, Harvard University, Stanford University ainsi que dans les universités suivantes: University of California (Los Angeles School of Public Health), California Medical Center, University of Colorado, University of Kentucky, University of Michigan (School of Public Health), University of North Carolina (Chapel Hill School of Public Health), University of Pennsylvania, University of Pittsburgh (School of Public Health), Puerto Rico Medical Sciences Campus, University of Vermont, University of Washington Seattle (Scott 1969; Weidman 1968).

C'est dans ce contexte que l'Organization of Medical Anthropology fut formée, en 1967, par un groupe de personnes s'intéressant aux sciences sociales et à la médecine, et qui était déjà rassemblé au sein du Roster of Anthropologists, Physicians, and Others Who Have Special Interests in Medical Anthropology. Cette organisation se réunit pour la première fois à Berkeley, en Californie, le 27 avril 1968, lors de la 27e Assemblée générale annuelle de la Society for Applied Anthropology (SFAA). C'est à ce moment que naquit l'idée de publier le bulletin *Medical Anthropology Newsletter*, dont le premier numéro est sorti en octobre 1968. Ce bulletin comptait alors 53 abonnés (Weidman 1968). Un mois plus tard, soit le 22 novembre, cette organisation tint son premier atelier sur l'anthropologie médicale, à l'assemblée générale annuelle de l'American Anthropological Association (AAA), qui avait lieu à Seattle (dans l'État de Washington). C'est au cours de cet atelier que l'Organization of Medical Anthropology devint le Group for Medical Anthropology (GMA). Par la suite, les anthropologues médicaux se rencontrèrent régulièrement lors des réunions de la SFAA et de l'AAA.

En novembre 1970, lors de l'assemblée annuelle de l'AAA, à San Diego, en Californie, le GMA devint la Society for Medical Anthropology (SMA) et adopta ses actes constitutifs, dont le premier objectif était de «promouvoir l'étude des aspects anthropologiques de la santé, de la maladie, des soins de santé et autres sujets connexes» (Leighton 1970). En 1971, la SMA devint une section de l'AAA. Cette même année, grâce au soutien de la Wenner-Gren Foundation, Charles Leslie organisa la première grande conférence de recherche sur les systèmes médicaux asiatiques (Leslie 1976). Pour la première fois, les anthropologues s'attaquaient à l'étude ethnographique de traditions classiques –médecines ayurvédique et yunani en Inde, médecine

chinoise dans plusieurs sociétés asiatiques, médecine galénique dans les sociétés islamiques et hispaniques — ainsi qu'aux relations entre les traditions médicales professionnelles, folkloriques et populaires. Cette sphère de recherche se tailla une place aux côtés d'autres études plus traditionnelles sur les systèmes de guérison de petites sociétés analphabètes, et suscita un nouvel intérêt pour le pluralisme médical et la pluralité des stratégies de recherche de soins, qui structurent le comportement lié à la quête d'autres ressources. Les interprétations multiples, et souvent largement contestées, de la maladie et de l'autorité médicale s'inscrivirent alors au rang des questions centrales de l'étude des représentations de la maladie. Ces études sur les systèmes médicaux multiples permirent aussi de formuler bon nombre des concepts et des méthodes utilisés aux États-Unis dans la recherche anthropologique sur les soins de santé.

Au milieu et à la fin des années 1970, l'anthropologie médicale vécut l'apparition d'une nouvelle conscience en matière de théorisation, grâce à l'initiative notamment d'Horacio Fábrega (Fábrega 1972; Fábrega et Silver 1973). L'étude de Hazel Weidman (Weidman 1978) sur la culture de la santé à Miami mena à la création de services de santé mentale adaptés aux différents groupes culturels. Steven Polgar, qui réalisa beaucoup de travaux sur la fertilité et la limitation des naissances, travailla en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et enseigna dans une école de santé publique (Polgar 1972; Weidman 1982).

Longtemps critiqués dans le milieu universitaire pour leur pragmatisme et leur manque de fondements théoriques (Colson et Selby 1974: 257), les anthropologues qui s'intéressaient aux systèmes médicaux, à l'expérience de la maladie et de la guérison ainsi qu'aux représentations de la maladie élaborèrent un discours théorique de plus en plus sophistiqué et ils introduisirent ainsi l'anthropologie médicale au centre de la discipline anthropologique en général. Les travaux d'Arthur Kleinman, entrepris à la fin des années 1970, marquèrent l'émergence de l'anthropologie médicale, en tant que champ de recherche systématique fondé sur la théorie, et intégré dans l'ensemble de la discipline. Selon Kleinman, le système médical était semblable à un « système culturel » et constituait, par conséquent, un champ de recherche anthropologique distinct (Kleinman 1978). Ses travaux combinaient divers éléments: un intérêt pour les systèmes médicaux complexes — suivant la tradition de Leslie —, des analyses ethnographiques détaillées sur la maladie et la guérison dans les cultures chinoises, le développement théorique lié à l'écriture symbolique, interprétative et socioconstructiviste ainsi qu'un intérêt pour l'anthropologie médicale appliquée (Kleinman 1975; Kleinman 1980).

En 1978, l'OMS et l'UNICEF organisèrent une conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP) dans le but de remplacer le

PIB par les indices sur la santé, à titre d'éléments centraux du processus d'élaboration des programmes de développement. Le mouvement en faveur des SSP, fondé sur la participation communautaire et le concept des droits de la personne, cherchait à promouvoir des solutions communautaires aux problèmes de santé courants, liés en particulier à la santé maternelle et infantile, à la nutrition, à la planification des naissances, à l'eau et à l'hygiène, à la lutte contre les maladies infectieuses et à la planification de la santé. Ce mouvement ouvrit la voie à la participation des anthropologues à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de SSP (Pillsbury 1991 : 66) — qui, dans les années 1980, se classaient parmi les principaux programmes financés par les pays donateurs nord-américains et européens. Foster incita ainsi les anthropologues à entrer dans l'arène des politiques de santé, en étudiant les structures mêmes de la bureaucratie et du personnel des organismes de développement (Foster 1977 ; Tendler 1975).

Le retour à l'intérêt de l'anthropologie pour les études sur la nutrition survint en 1970, puisque le sujet des populations tribales avait été épuisé, et que les budgets des universités avaient subi d'importantes restrictions à cause de la crise mondiale : « L'anthropologie nutritionnelle, tout comme le phénomène qui donna lieu à la création de nombreux types d'"anthropologie-ceci" ou d'"anthropologie-cela", vit le jour durant une période de transition au cours de laquelle les anthropologues désiraient aborder l'étude de la société contemporaine, ou étaient tentés de le faire en raison de la disparition du thème traditionnel des populations tribales. Le processus qui consiste à devenir un "anthropologue-ceci" ou un "anthropologue-cela" repose en gros sur la recherche des appuis nécessaires, là où ils se trouvent, puisque dans un contexte de crise de l'emploi, les anthropologues interdisciplinaires doivent trouver de nouveaux créneaux de travail » (Montgomery et Bennett 1979)[3]. En plus de l'effet centrifuge qui s'est exercé sur la discipline grâce à ce contexte, une occasion unique s'est présentée : celle de créer des groupes de recherche fondamentale hautement spécialisés, au sein desquels toute orientation pratique et politique avait disparu. Nous avions atteint le stade permettant d'accepter des définitions usuelles et de colliger des données sur la santé et la nutrition sans se soucier de la théorie[4]. Ce n'est que dans les années 1980 qu'un débat s'est amorcé sur la manière d'étudier les fondements culturels des pratiques alimentaires. De nos jours, la majeure partie des travaux menés en anthropologie nutritionnelle proviennent de membres du Council on Nutritional Anthropology (CNA), une section de l'AAA. Les membres de cette organisation élaborent une méthodologie systématique permettant de colliger des données qualitatives sur les pratiques alimentaires puis de les quantifier, comme le montrent les traités anthropologiques sur l'étude de la nutrition qui ont été publiés

(Fitzgerald 1976; Jerome *et al.* 1980; Pelto *et al.* 1989; Quandt et Ritenbaugh 1986). Les multiples publications en anthropologie nutritionnelle parues depuis les années 1970 permirent la reconnaissance de cette sous-spécialité aux États-Unis, tout particulièrement dans la recherche appliquée destinée aux projets de santé publique.

À compter des années 1970, plusieurs départements d'anthropologie commencèrent à offrir des cours d'anthropologie médicale, notamment dans les universités suivantes: University of California, à Berkeley (au début des années 1970),[5] University of Illinois, à Urbana (1970), University of Hawaii (1971), University of Massachusetts (1972), University of Iowa (1974), Brown University (1975), University of Michigan (1976), University of Kansas (1976), Emory University (1978), University of Alabama (1978), University of Arizona (1980), University of Missouri, à Columbia (1987), Yale University (1995). Dans les universités ci-après mentionnées, certains programmes de deuxième et de troisième cycle en anthropologie médicale avaient même vu le jour plus tôt, et existent encore aujourd'hui au sein des départements d'anthropologie: University of Connecticut (au milieu des années 1960, fondé par Pertti Pelto), University of Kentucky (à la fin des années 1960), Hunter College (University of New York) (au début des années 1970), Michigan State University (au début des années 1970, fondé par Arthur Rubel), University of South Florida (1973), University of California, à Berkeley et à San Francisco (1975, fondé par George Foster et Margaret Clark), Case Western Reserve University (1977), University of Memphis (1978), Harvard University (1982), University of Arizona (1986), University of Alabama (2002), Wayne State University[6].

En février 1983, la publication officielle de la SMA, qui comportait une section sur l'anthropologie médicale, fut rebaptisée *Medical Anthropology Quarterly* (Johnson 1983). Cette dernière est aujourd'hui l'une des plus importantes revues de cette discipline, aux côtés de *Medical Anthropology, Culture, Medicine and Psychiatry* (fondée en 1977) et de *Social Science and Medicine.*

Dans les années 1980, l'approche participative, appuyée par le mouvement des soins de santé primaires, devint la pierre angulaire de bon nombre de programmes de santé publique et de développement que l'on cherchait à rendre équitables. Cette approche reposait sur l'idée selon laquelle l'expérience concrète des individus («priorité à l'être humain»), et non pas les indicateurs du PIB, devait se trouver au cœur de la conduite et de l'évaluation des programmes de développement (Cernea 1985). Le développement axé sur l'être humain devint l'une des approches anthropologiques du développement économique (Pillsbury 1986: 22), c'est-à-dire un processus social hétérogène souvent éclairé par un intérêt pour les droits de la personne (Bennett 1996: S32) ou visant à atténuer les inégalités de

genre (Boserup 1986)[7]. À compter de ce jour, il apparut de plus en plus clairement qu'un bon nombre des problèmes de santé et des problèmes sociaux qui touchaient les populations mondiales démunies n'étaient pas attribuables à des facteurs culturels endogènes mais bien à un ensemble complexe de forces alternantes qui sapaient les économies rurales et les économies à petite échelle, et qui entraînaient l'urbanisation et le déclin de l'état de santé général malgré le fait que les populations démunies avaient accès à un emploi salarié. De plus, deux autres réalités se manifestaient: d'une part, l'intégration des communautés démunies aux économies nationales et internationales n'améliorait pas nécessairement les conditions de vie qui y existaient et, d'autre part, la prospérité économique et la capacité d'accéder au statut de consommateur au sein d'un marché mondial n'étaient pas les objectifs universels de l'humanité.

Dans le contexte trouble de la période de l'après-guerre du Vietnam, certains anthropologues médicaux (Baer *et al.* 1986; Frankenberg 1988; Janzen 1978; Leslie 1989; Morgan 1987; Singer 1986, 1989) réclamèrent l'avènement d'une anthropologie médicale critique, enracinée dans une économie politique de la santé (Navarro 1985; Waitzkin 1981; Young 1976), centrée plus explicitement sur la représentation des relations de pouvoir et des inégalités sociales présentes dans le discours sur la maladie. Ces concepts connurent leur apogée en 1990 (Morsy 1990; Scheper-Hugues 1990; Singer 1990; Singer *et al.* 1990). Les anthropologues œuvrant dans le champ de l'anthropologie médicale critique commencèrent à explorer les processus politiques et socioéconomiques actuels et passés afin d'examiner la façon dont les représentations de la maladie servaient à illustrer et à dénaturer les relations de pouvoir au sein d'une société, à repérer et à exposer les forces structurelles qui sapaient la santé des groupes démunis et marginalisés, ainsi qu'à consigner la manière dont les inégalités sociales grandissantes entre individus et entre pays se révélaient, en l'absence de programmes de justice sociale, de formidables obstacles à la promotion des concepts modernes d'hygiène et de soins de santé (Baer *et al.* 1997; Bourgois 1995; Castro 2003; Castro et Farmer 2002, 2003a, 2003c, 2003d; Castro et Singer 2004; Donahue 1989, 1990; Farmer 1992, 1999, 2002, 2003; Farmer et Castro 2004; Farmer *et al.* 1996; Kim *et al.* 2000; Morgan 1998; Nichter 1996; Pfeiffer 2003; Singer 1997; Stebbins 1993; Whiteford 1993; Whiteford et Manderson 2000). Les anthropologues commencèrent aussi à étudier le rôle international de la santé et des soins de santé sur le plan de la « gestion de l'inégalité » au lieu de s'intéresser au fossé grandissant entre riches et pauvres ainsi qu'au « fossé résultant » nécessairement de cette inégalité croissante (Castro et Farmer 2003b). À la fin du siècle dernier, on se montrait souvent plus intéressé à étudier les inégalités d'accès aux technologies qu'à chercher des moyens d'y remédier.

Après avoir nourri des débats internes pendant quelques années, les chercheurs en anthropologie médicale critique se réunirent à nouveau sous la bannière d'un Critical Anthropology of Health Caucus renouvelé. L'énoncé de mission suivant fut alors adopté : « Par l'exploration des processus politiques et socioécononiques actuels et passés, nous cherchons à repérer et à exposer les modèles structurels qui sapent la santé des groupes démunis et marginalisés, quel que soit leur milieu de vie. De plus, nous nous attachons à comprendre le rôle international de la santé et des soins de santé dans le maintien et le développement des systèmes d'inégalités. À titre d'anthropologues, nous nous préoccupons du fait que toute structure exerce une influence sur les réactions, le comportement et les significations à l'échelle locale. De même, nous cherchons à comprendre comment les initiatives locales, et à portée plus vaste, en matière de santé peuvent exercer une influence sur les structures sociales encadrantes » (Castro et Millen 2000). Les membres de la Critical Anthropology of Health se préoccupent actuellement du lien de causalité entre la santé et certaines questions politico-économiques, notamment la mondialisation dirigée par les entreprises ; la dette des pays pauvres ; les politiques d'ajustement structurel telles que la déréglementation du travail ; la privatisation des services de soins de santé ; les questions concernant les échanges, plus précisément entre des partenaires commerciaux largement inégaux ; les incidences qu'ont sur la santé les services de soins de santé à but lucratif ; l'exportation du style étasunien rattaché aux entreprises à but lucratif du domaine de la santé ; les nouveaux visages de l'aide internationale ; les sanctions et les embargos ; les conflits armés et, enfin, l'intervention militaire. Les anthropologues qui adhèrent à l'idéologie de l'anthropologie médicale critique examinent aussi les effets qu'ont sur la santé les processus passés et actuels suivants : les disparités sur le plan de la distribution des richesses et du revenu entre individus et entre pays ; la distribution inégale des ressources en santé ; le colonialisme ; le racisme institutionnel ; le sexisme et l'homosexisme ; l'esclavage ; la pauvreté enracinée ; la violence structurelle et la souffrance sociale.

En 2003, la SMA, qui regroupe 1 400 membres, est la section non généraliste la plus importante de l'AAA[8] et compte un nombre grandissant de groupes d'intérêt. Ces derniers sont notamment AIDS and Anthropology (le sida et l'anthropologie), Alcohol and Drug Study (étude sur l'usage des drogues et de l'alcool), Andean Health Research (recherche sur la santé dans la région andine), Bioethics (la bioéthique), Biological Weapons (les armes bactériologiques), Clinically Applied Medical Anthropology (l'anthropologie médicale appliquée en clinique), Council on Anthropology and Reproduction (conseil sur l'anthropologie et la reproduction), Council on Nursing and Anthropology (conseil sur les soins infirmiers et l'anthropologie), Critical Anthropology of Health Caucus (comité sur

l'anthropologie critique de la santé), Disability Research (la recherche sur les handicaps), Global Health and Emerging Disease (la santé mondiale et les nouvelles maladies) ainsi que Pharmaceuticals (la pharmaceutique).

Il ne fait aucun doute que les théories et les méthodologies élaborées de longue date en anthropologie médicale « ont éclairé et inspiré l'ensemble de la discipline et de ses débats sur la culture, le pouvoir, la représentation et la structure sociale ; et que bon nombre d'autres questions reflètent de plus en plus les progrès réalisés par la recherche et la pratique en anthropologie médicale. Ce renversement dans le cours des idées marque l'entrée de l'anthropologie médicale dans le courant central de la discipline anthropologique » [Notre traduction] (Sobo 2003 : 5).

Depuis longtemps, les anthropologues médicaux collaborent aux programmes nationaux et internationaux d'amélioration de la santé, coopèrent avec les épidémiologistes pour expliquer les structures de la morbidité et travaillent intensément à la promotion d'interventions fructueuses, « appropriées » et « adaptées à la culture » en collaboration avec les prestataires de soins de santé publics. Mais à quelques exceptions près, les anthropologues médicaux étasuniens ont concentré la majorité de leurs efforts dans l'analyse, l'amélioration ou l'évaluation des problèmes précis rattachés aux programmes de santé en général, notamment les divergences, sur le plan des croyances et des valeurs, entre ceux qui mettent en œuvre les initiatives en matière de santé et ceux qui en sont les bénéficiaires visés.

Parmi les anthropologues médicaux, rares sont ceux qui ont pris suffisamment de recul pour examiner les contraintes socioéconomiques plus vastes dans lesquelles évoluent ceux et celles qui ont la mainmise sur les budgets consacrés aux politiques de santé nationales et internationales. Pourtant, si les anthropologues médicaux doivent plonger au cœur des facteurs expliquant pourquoi certaines initiatives réussissent à améliorer la santé, tandis que d'autres échouent et vont même jusqu'à aggraver la situation, ils doivent aussi examiner ces contraintes ainsi que les principes centraux qui guident l'élaboration des programmes nationaux et internationaux visant à éradiquer la maladie ou à lutter contre elle.

Les principes qui guident les politiques de santé reposent-ils sur la croyance selon laquelle la santé est un droit humain et un bien public ? Sont-ils liés aux notions d'équité en matière de santé, dont l'impératif éthique vise à protéger les démunis et autres groupes vulnérables ? Ou sont-ils guidés davantage par la peur et par des objectifs idéologiques et géopolitiques moins bénins ? Quelles conséquences auront sur les gens pauvres les politiques de santé suscitées par des considérations autres que les questions de santé ? Même lorsque les découvertes épidémiologiques les plus judicieuses ainsi que les considérations relatives à l'équité et à la santé, placées au rang des droits de la personne, forment le noyau de la politique nationale et

internationale en matière de santé, les efforts les mieux intentionnés dans ce domaine sont souvent sapés à l'étape de la mise en œuvre quand ce sont des intérêts capitalistes et la trilogie de la peur, de l'idéologie et de la géopolitique qui ont préséance sur les préoccupations en matière de santé publique (Castro et Millen 2001).

Les anthropologues connaissent de manière approfondie les systèmes de sens mis en place au sein des populations locales et savent très bien ce que les entreprises et les approches de développement politique et économique auront comme conséquences sur la santé de ces populations, c'est pourquoi ils sont en bonne position pour inspirer la création de nouvelles voies de recherche d'équité en matière d'accès aux soins de santé. Deux réalités exposent clairement les faiblesses des approches adoptées par le passé : l'ampleur de la pandémie mondiale du sida, qui au cours des 20 dernières années est devenue, dans la majeure partie du monde, la principale cause de décès par suite de maladie infectieuse chez les jeunes adultes, et la « réémergence » persistante de maladies que l'on croyait avoir éradiquées.

Les anthropologues médicaux sont bien placés pour examiner de manière critique les prétendus obstacles aux soins de santé. Que doivent faire les anthropologues ? Continuer à consigner les souffrances de ceux et celles qui sont atteints d'une maladie non traitée ? Tenter d'expliquer les processus qui contribuent à la diminution des stigmates et de la discrimination associés à la maladie, notamment l'introduction de traitements efficaces ? Accorder plus d'attention aux considérations pratiques liées à l'augmentation graduelle des programmes de santé publique destinés à la prévention et au traitement ? Se faire les défenseurs des personnes malades qui n'ont pas encore accès aux traitements ? Créer une approche de la maladie axée sur les droits de la personne ? Quel rôle les anthropologues peuvent-ils jouer dans l'élaboration de mécanismes visant la prestation de programmes de santé publique efficaces, appropriés et axés sur le développement de la collectivité ?

Une plus grande participation des anthropologues à la recherche permettant de prévenir les infections et de soulager les énormes souffrances issues de la maladie peut contribuer à faire de l'anthropologie une discipline plus vivante et plus pertinente au sein du débat et de l'action soutenus en réponse au plus grand défi de tous les temps en matière de santé.

Remerciements

Nous sommes redevables à Yasmin Khawja pour son aide inestimable dans la révision des documents et dans la recherche ainsi que dans le travail de communication avec chacun des départements d'anthropologie des États-Unis, en notre nom. Nous remercions également tous les anthropologues qui ont accepté de sortir de leurs archives les dossiers qui nous ont permis de raconter l'histoire de l'enseignement de l'anthropologie médicale dans leurs départements respectifs.

Notes

1. L'AAA, qui compte plus de 11 000 membres, est actuellement la plus grande association professionnelle d'anthropologues (Carlo Simpao, services aux membres de l'AAA, communication personnelle, août 2003).
2. L'Organisation panaméricaine de la santé, dont le siège social se trouve à Washington, D.C., a été créée en 1902 et devint, à la suite de la création de l'Organisation mondiale de la santé, le bureau régional de cette dernière pour les Amériques.
3. Le terme «anthropologie de la nutrition» renvoie à toutes les études qui cherchent à comprendre la variabilité socioculturelle ou biologique de l'espèce humaine par le biais de l'analyse des différences en matière d'aliments et de nutrition entre individus et entre groupes humains. La nutrition ne fut pas le thème central d'analyse des premières études anthropologiques sur les aliments et la nutrition; ce thème fut plutôt incorporé dans les études sur l'anthropologie économique (échanges d'aliments) et les études connexes sur la parentalité et les pratiques alimentaires. Les premières études anthropologiques consacrées précisément à la nutrition firent leur apparition dans les années 1930, et ce, grâce au travail de pionnière d'Audrey Richards (Richards 1932, 1939), étudiante de Bronislaw Malinowski, qui adopta l'approche fonctionnaliste de l'école britannique.
4. Les premières études anthropologiques sur les aliments et la nutrition étaient isolées, ne tenaient pas compte des travaux des autres et étaient dépourvues de cadre et d'échange théorique. À l'exception de quelques ouvrages publiés, ces études formaient une parcelle d'une sous-discipline fragmentée et peu développée. La présence aux États-Unis, à partir des années 1950, de cette orientation intellectuelle éloignée des thèmes contemporains est, selon certains auteurs, la raison pour laquelle les intérêts anthropologiques pour les aliments et la nutrition ont toujours été relégués au second rang. Dans les années 1940, le concept d'*habitudes alimentaires* fut adopté. «Mais seul le *concept* fut saisi, alors que l'effort visant à situer le travail sur le plan *théorique* au sein du milieu universitaire de l'anthropologie – par le biais de la théorie des modèles culturels formulée par Margaret Mead et ses collaborateurs – n'eut pas de succès» (Montgomery et Bennett 1979: 127). La tendance de la recherche menée en Amérique du Nord se caractérise par une préoccupation quantitative qui accorde la priorité au pragmatisme du travail de terrain et à l'analyse statistique des données. Ce pragmatisme, qui reflète la tradition boasienne selon laquelle la recherche anthropologique est fondamentalement ethnographique et toute synthèse est prématurée, rendit son utilisation difficile pour la formulation de théories. La quantification des variables socioculturelles liées aux aliments et à la nutrition a permis à l'anthropologie de contribuer à de nombreuses études sur la santé publique nutritionnelle. En règle générale, les données sont colligées sans références théoriques propres à l'anthropologie – mais plutôt avec une intention de résoudre un problème. De plus, les données ne sont analysées que dans la mesure où elles seront utilisées, et financées. L'absence d'élaboration de théories empêche du même coup les résultats de la recherche appliquée d'être réinvestis dans l'anthropologie fondamentale et maintient la subordination de l'anthropologie à la nutrition et à la santé publique (Castro 1996).
5. En 1930, l'Université de Californie, à San Francisco, systématisait l'étude des sciences humaines en médecine, au moment où les membres du conseil de cette même université créaient un département d'histoire au sein de l'école de médecine de San Francisco (Bourgois 2003). Ce département d'histoire fut le deuxième programme d'histoire

indépendant à être institué dans une école de médecine aux États-Unis. Après la fusion de ce département avec la Division of Medical Anthropology, auparavant située au département d'épidémiologie et de biostatistique, celui-ci est devenu, en 1999, le département d'anthropologie, d'histoire et de médecine sociale (Department of Anthropology, History and Social Medicine) sous la direction de Philippe Bourgois.

Ces renseignements proviennent du site Web de la SMA [ww.medanthro.net/academic/grad/namerican.html] (dernière consultation, août 2004) et des sites Web des départements d'anthropologie ; ils sont aussi le fruit d'échanges téléphoniques et de courriels avec Vincanne Adams, Mary K. Anglin, Florence Babb, David Barondess, Philippe Bourgois, Peter Brown, Nancy Buffone, Thomas J. Csordas, Nina L. Etkin, Anne Ferguson, Ruthbeth Finerman, Mark Flinn, Katherine Grimaldi, Penn Handwerker, David Hess, John M. Janzen, Peter Little, Jim Moore, Lorna Moore, Lynn Morgan, Michael Dean Murphy, Mark Nichter, Holly Peters-Golden, Linda-Anne Rebhun, Lorna Rhodes, Nancy Rockafellar, Nancy Scheper-Hugues, Elisa Sobo, Alan Swedlund, Janelle Taylor et Linda Whiteford.

7. L'étude de la reproduction et de la sexualité a connu une croissance exponentielle en anthropologie médicale depuis la fin des années 1970, d'abord en réponse à la biomédecine et plus tard grâce à l'expansion visant à inclure les perspectives de genre (Bledsoe *et al.* 2000 ; Browner et Sargent 1990 ; Davis-Floyd 1992 ; Ginsburg et Rapp 1991 ; Inhorn 1994, 2002 ; Jordan 1978 ; Layne 2000 ; Lock 1993 ; Lock et Kaufert 1998 ; Martin 1987 ; Morgan et Michaels 1999 ; Ragone 1994 ; Rapp 1999).

8. Les plus grandes sections de l'AAA sont les suivantes (en ordre de priorité) : General Anthropology, American Ethnological Society, Cultural Anthropology, Society for Medical Anthropology et Archeology Division (Carlo Simpao, services aux membres de l'AAA, communication personnelle, août 2003).

Références

ACKERKNECHT E. H., 1946, « Natural Diseases and Rational Treatments in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 19 : 467-497.

BAER H. A., M. SINGER et J. JOHNSEN, 1986, « Introduction : Toward a Critical Medical Anthropology », *Social Science and Medicine*, 23 : 95-98.

BAER H. A., M. SINGER et I. SUSSER, 1997, *Medical Anthropology and the World System.* Westport, Bergin & Garvey.

BENEDICT R., 1946, *The Chrysanthemum and the Sword : Patterns of Japanese Culture.* Boston, Houghton Mifflin.

BENNETT J. W., 1996, « Applied and Action Anthropology : Ideological and Conceptual Aspects », *Current Anthropology*, 36 : S23-S53.

BLEDSOE C., S. LERNER et J. I. GUYER (éd.), 2000, *Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline.* Oxford, Oxford University Press.

BOSERUP E., 1986, *Woman's Role in Economic Development.* Vermont, Gower.

BOURGOIS Ph., 1995, *In Search of Respect : Selling Crack in El Barrio.* New York, Cambridge University Press.

——, 2003, « University of California, San Francisco, School of Medicine, Department of Anthropology, History and Social Medicine », *Academic Medicine*, 78 : 1060-1061.

BROWNER C. et C. F. SARGENT, 1990, « Anthropology and Studies of Human Reproduction » : 219-234, dans Carolyn B. Sargent et Thomas M. Johnson (éd.), *Medical Anthropology : Contemporary Theory and Method.* New York, Praeger.

CASTRO A., 1996, *Les implications socioculturelles des pratiques alimentaires dans la région de la Rioja (Espagne du Nord).* Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales, Paris.

——, 2003, « Determinantes socio-políticos de la infección por VIH : Violencia estructural y culpabilización de la víctima ». Conferencia plenaria. [Socio-political determinants of HIV : Structural violence and the blaming of the victim. Plenary lecture]. 2nd Latin American Forum on HIV/AIDS and STIs, Havana, Cuba, 2003, pp. 22.

CASTRO A. et P. FARMER, 2002, « Anthropologie de la violence : La culpabilisation des victimes », *Notre Librairie : Revue des Littératures du Sud*, 148 : 102-108.

——, 2003a, « El sida y la violencia estructural : La culpabilización de la víctima », *Cuadernos de Antropología Social*, 17 : 31-49

——, 2003b, « Health and Economic Development » : 164-170, dans C.R. Ember et M. Ember, éd., Encyclopedia of Medical Anthropology : Health and Illness in the World's Cultures. New York, Kluwer/Plenum.

——, 2003c, « Infectious Disease in Haiti : HIV/AIDS, Tuberculosis, and Social Inequalities », *EMBO Reports*, 4(6S) : S20-S23.

——, 2003d, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2 : 23-40.

CASTRO A. et J. V. MILLEN, 2000, « Critical Anthropology of Health Interest Group », in collaboration with the Institute for Health and Social Justice. *Anthropology Newsletter.*

——, 2001, Praxis, Policy and the Poor : Critical Ethnography of International Health Policies, *Anthropology Newsletter*, janvier.

CASTRO A. et M. SINGER (éd.), 2004, *Unhealthy Health Policy : A Critical Anthropological Examination.* Walnut Creek, CA, Altamira.

CAUDILL W., 1953, « Applied Anthropology in Medicine » : 771, dans A.L. Kroeber (éd.), *Anthropology Today : An Encyclopedic Inventory.* Chicago, University of Chicago Press.

CERNEA M. M., 1985, *Putting People First : Sociological Variables in Rural Development.* New York, Oxford University.

CLEMENTS F., 1932, « Primitive Concepts of Disease », *University of California Publications in Archeology and Ethnology*, 32 : 185-252.

COLSON C. et K. E. SELBY, 1974, « Medical Anthropology », *Annual Review of Anthropology*, 3 : 245-262.

DAVIS-FLOYD R., 1992, *Birth as an American Rite of Passage.* Berkeley, Univesity of California Press.

DONAHUE J. M., 1989, « Rural Health Efforts in the Urban Dominated Political Economy : Three Third World Examples », *Medical Anthropology Quarterly*, 11 : 109-125.

——, 1990, « The Role of Anthropologists in Primary Health Care : Reconciling Advocacy and Research » : 79-97, dans J. Coriel and J. D. Mull (éd.), *Anthropology and Health Care.* Boulder, CO, Westview.

FÁBREGA H., 1972, « Medical Anthropology » : 167-229, in B. Siegel (éd.), *Biennial Review of Anthropology.* Stanford, Stanford University Press.

FÁBREGA H. et D. B. SILVER, 1973, *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan : An Ethnomedical Analysis.* Stanford, Stanford University Press.

FARMER P., 1992, *AIDS and Accusation : Haiti and the Geography of Blame.* Berkeley, California, University of California Press.

——, 1999, *Infections and Inequalities : The Modern Plagues.* Berkeley, University of California Press.

——, 2002, *La violence structurelle et la matérialité du social. Leçon inaugurale.* Paris, Collège de France.

——, 2003, *Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* Berkeley, University of California Press.

FARMER P. ET A. CASTRO, 2004, « Pearls of the Antilles ? Public Health in Haiti and Cuba » : 3-28, dans A. Castro and M. Singer (éd.), *Unhealthy Health Policy : A Critical Anthropological Examination.* Walnut Creek, CA, Altamira.

FARMER P., M. CONNORS et J. SIMMONS (éd.), 1996, *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence.* Monroe, Maine, Common Courage Press.

FARMER P. et B. J. GOOD, 1991, « Illness Representations in Medical Anthropology: A Critical Review and a Case Study of the Representation of AIDS in Haiti » : 132-162, dans J.A. Skelton and R.T. Croyle (éd.), *Mental Representation in Health and Illness.* New York, Springer-Verlag.

FITZGERALD T. K. (éd.), 1976, *Nutrition and Anthropology in Action.* Amsterdam, Van Gorcum.

FLETCHER R., 1881, « Cranial Amulets and Prehistoric Trephining » : 47-51, dans *35th Regular Meeting of the Anthropological Society.* Washington, DC.

FOSTER G. (éd.), 1951, *A Cross-Cultural Anthropological Analysis of a Technical Aid Program.* Washington, DC, Smithsonian Institution.

——, 1977, « Medical Anthropology and International Health Planning », *Social Science and Medicine,* 11 : 527-534.

FOSTER G. et B. G. ANDERSON, 1978, *Medical Anthropology.* New York, Wiley.

FRAKE C., 1961, « The Diagnosis of Disease Among the Subanun of Mindanao », *American Anthropologist,* 63 : 113-132.

FRANKENBERG R., 1988, « Gramsci, Marxism, and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly,* 2, 4 : 324-337.

GARDENER H., 1985, *The Mind's New Science.* New York, Basic Books.

GINSBURG F.et R. RAPP, 1991, « The Politics of Reproduction », *Annual Review of Anthropology,* 20 : 311-343.

GOOD B. J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective.* Cambridge et New York, Cambridge University Press.

GREENWOOD D., LINDENBAUM S., LOCK M., YOUNG A. *et al.*, 1988, « Introduction. Theme Issue : Medical Anthropology », *American Ethnologist,* 15, 1 : 1-3.

INHORN M., 1994, *Quest for Conception: Gender, Infertility, and Egyptian Medical Traditions.* Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

—— (éd.), 2002, *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies.* Berkeley, CA, University of California Press.

JANZEN J., 1978, « The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems », *Social Science and Medicine,* 12 : 121-129.

JEROME N. W., R. F. KANDEL ET G. H. PELTO (eds.), 1980, *Nutritional Anthropology.* Pleasantville, New York, Redgrave.

JOHNSON T. M., 1983, « SMA Business », *Medical Anthropology Quarterly,* 14, 2 : 24.

JORDAN B., 1978, *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States.* Montréal, Eden Press.

——, 1989, « Cosmopolitical Obstetrics: Some Insights from the Training of Traditional Midwives », *Social Science and Medicine,* 28, 9 : 925-944.

KIM J. Y., MILLEN J., IRWIN A. et GERSHMAN J., 2000, *Dying for Growth : Global Inequality and the Health of the Poor.* Monroe, MA, Common Courage Press.

KLEINMAN A., 1975, « Explanatory Models in Health Care Relationships » : 159-172, dans *National Council for International Health* (éd.), Health of the Family. Washington, DC, National Council for International Health.

——, 1978, « Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science and Medicine,* 12 : 85-93.

——, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley, University of California Press.

LAYNE L., 2000, *Transformative Motherhood : On Getting and Giving in a Consumer Culture.* New York, New York University Press.

LEIGHTON D. C., 1970, « From the Editor's Desk », *Medical Anthropology Newsletter,* 2, 6 : 1-5.

LESLIE C., 1976, *Asian Medical Systems.* Berkeley, CA, University of California Press.

——, 1989, « Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System, and Civilization », *Kroeber Anthropological Society Papers,* 69-70 : 23-31.

LOCK M., 1993, *Encounters with Aging : Mythologies of Menopause in Japan and North America.* Berkeley, University of California Press.

LOCK M. ET P. A. KAUFERT (éd.), 1998, *Pragmatic Women and Body Politics.* New York, Cambridge University Press.

MARTIN E., 1987, *The Woman in the Body : A Cultural Analysis of Reproduction.* Boston, Beacon Press.

MEAD M., 1942, *And Keep your Powder Dry.* New York, Morrow.

MORGAN L. M., 1987, « Dependency Theory in the Political Economy of Health : An Anthropological Critique », *Medical Anthropology Quarterly,* n.s., 1 : 131-154.

——, 1998, « Latin American Social Medicine and the Politics of Theory » : 407-424, dans A. Goodman et T. Leatherman (eds.), *Building a New Biocultural Synthesis : Political-Economic Perspectives in Biological Anthropology.* Ann Arbor, University of Michigan.

MORGAN L. ET M. W. MICHAELS, 1999, *Fetal Subjects, Feminist Positions.* Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

MORSY S. A., 1990, « Political Economy in Medical Anthropology » : 22-46, dans. T. M. Johnson et C. F. Sargent (éd.), *Medical Anthropology : A Handbook of Theory and Method.* New York, Greenwood.

NAVARRO V., 1985, « U.S. Marxist Scholarship in the Analysis of Health and Medicine », *International Journal of Health Services,* 15 : 525-545.

NICHTER M., 1996, « The Primary Health Care System as a Social System : Primary Health Care, Social Status, and the Issue of Team-Work in South Asia » : 111-134, dans M. Nichther et M. Nichter (éd.), *Anthropology and International Health : Asian Case Studies.* Amsterdam, Gordon and Breach.

PAUL B. (éd.), 1955, *Health, Culture, and Community : Case Studies of Public Reactions to Health Programs.* New York, Russell Sage.

——, 1963, « Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health ». *Annual of the American Academy of Political and Social Sciences* 346.

PELTO G. H., P. J. PELTO ET E. MESSER (éd.), 1989, *Research Methods in Nutritional Anthropology.* Tokyo, United Nations University.

PETROFF I., 1881, « Amphibious Aborigenes of Alaska », *35th Regular Meeting of the Anthropological Society,* 1 : 33-39.

PFEIFFER J., 2003, « International NGOs and Primary Health Care in Mozambique : the Need for a New Model of Collaboration », *Social Science and Medicine,* 56, 4 : 725-738.

PILLSBURY B., 1986, « Making a Difference : Anthropologists in International Development » : 10-28, dans W. Goldschmidt (ed.), *Anthropology and Public Policy : A Dialogue.* Washington, DC, American Anthropological Association.

——, 1991, « International Health : Overview and Opportunities » : 54-87, dans C.E. Hill (éd.), *Training Manual in Applied Medical Anthropology.* Washington, DC, American Anthropological Association.

POLGAR S., 1962, « Health and Human Behavior : Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences », *Current Anthropology,* 3, 2 : 159-205.

——, 1972, « Population History and Population Policies from an Anthropological Perspective », *Current anthropology,* 13 : 203-211.

QUANDT S. A. et C. RITENBAUGH (éd.), 1986, *Training Manual in Nutritional Anthropology.* Washington, DC, American Anthropological Association.

RAGONE H., 1994, *Surrogate Motherhood : Conception in the Heart.* Boulder, Westview Press.

RAPP R., 1999, *Testing Women, Testing the Fetus : Amniocentesis in America.* New York, Routledge.

RICHARDS A. I., 1932, *Hunger and Work in a Savage Tribe : A Functional Study of Nutrition among the Southern Bantu.* London, Routledge.

——, 1939, *Land, Labour and Diet in Northern Rhodesia : An Economic Study of the Bemba Tribe.* Londres et New York, Oxford University Press.

RIVERS W. H. R., 1906, *The Todas.* Londres et New York, Macmillan.

ROCKAFELLAR N. et V. ADAMS, 2002, *The Legacy of George Foster and the Invention of Medical Anthropology.* University of California at Berkeley Anthropology Centennial Conference, Berkeley, California.

RUBEL A. J., 1960, « Concepts of Disease in Mexican-American Culture », *American Anthropologist,* 62 : 795-814.

——, 1964, « The Epidemiology of a Folk Illness : Susto in Hispanic America », *Ethnology,* 3 : 268-283.

SCHEPER-HUGUES N., 1990, « Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology », *Social Science and Medicine,* 30, 2 : 189-197.

SCOTCH N., 1963, « Medical Anthropology », *Biennial Review of Anthropology,* 3 : 30-68.

SCOTT C., 1969, « Social Science Involvement in Schools of Public Health », *Medical Anthropology Newsletter,* 1, 5 : 4-5.

SINGER M., 1986, « Developing a Critical Perspective in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 5 : 128-129.

——, 1989, « The Coming of Age of Critical Medical Anthropology », *Social Science and Medicine*, 28 : 1193-1203.

——, 1990, « Reinventing Medical Anthropology : Toward a Critical Realignment », *Social Science and Medicine*, 30, 2 : 179-187.

—— (éd.), 1997, *The Political Economy of AIDS*. New York, Baywood.

SINGER M. et H. A. BAER, 1995, *Critical Medical Anthropology*. New York, Baywood.

SINGER M., H. A. BAER et E. LAZARUS, 1990, « Critical Medical Anthropology in Question », *Social Science and Medicine*, 30, 2 : v-viii.

SOBO E., 2003, « Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research : Key Concepts and Controversies » : 3-11, dans Ember et M. Ember (éd.), *Encyclopedia of Medical Anthropology : Health and Illness in the World's Cultures*. New York, Kluwer/Plenum.

STEBBINS K., 1993, « Constraints Upon Successful Public Health Programs : A View from a Mexican Community » : 211-227, dans Conrad et E. B.Gallagher (éd.), *Health and Health Care in Developing Countries : Sociological Perspectives*. Philadelphie, Temple University.

TAUSSIG M., 1980, « Reification and the consciousness of the patient », *Social Science and Medicine*, 14 : 3-13.

TENDLER J., 1975, *Inside Foreign Aid*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

WAITZKIN H., 1981, « A Marxist Analysis of the Health Care Systems of Advanced Capitalist Societies » : 333-339, dans L. Eisenberg et A. Kleinman (éd.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Reidel.

WEIDMAN H., 1968, « From the Editor's Desk », *Medical Anthropology Newsletter*, 1 : 1-8.

——, 1978, *Miami health ecology project report : A statement on ethnicity and health*. Miami, FL, University of Miami, Department of Psychiatry.

——, 1982, « Research Strategies, Structural Alterations and Clinically Relevant Anthropology » : 201-241, dans N. Chrisman et T. Maretski (éd.), *Clinically Applied Anthropology*. Boston, Reidel.

WHITEFORD L. M., 1993, « International Economic Policies and Child Health », *Social Science and Medicine*, 37, 11 : 1391-1400.

WHITEFORD L. M. ET L. MANDERSON (éd.), 2000, *Global Health Policy, Local Realities : The Fallacy of the Level Playing Field*. Boulder, CO, Lynne Rienner.

YOUNG A., 1976, « Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology », *American Anthropologist*, 78 : 5-24.

CHAPITRE 4

De l'anthropologie médicale, et bien plus... Le corps sain et l'identité brésilienne

Annette Leibing

Cet article traite de la contribution du Brésil à l'anthropologie médicale. Il s'agit d'un champ d'études qui présente une grande diversité de thèmes et de méthodologies et au sujet duquel il est donc plutôt difficile d'écrire comme s'il s'agissait d'un champ uniforme. Bien que l'aspect local ne puisse pas être décrit séparément de la circulation transnationale du savoir, certains éléments peuvent néanmoins être mis en lumière afin de mieux comprendre le contexte précis d'une production nationale dans le cadre de cette sous-discipline. Au Brésil, tout d'abord, il est bien rare qu'on parle d'anthropologie médicale (*antropologia médica)*; on emploie plutôt « anthropologie de la santé », du « corps ». L'appellation « anthropologie médicale » a été critiquée par certains universitaires brésiliens parce qu'elle implique un retour à l'étude des formes de médecine locales ou alternatives, étude qui fait ressortir généralement les lacunes de la biomédecine, mais dont l'argumentation se situe dans le même cadre positiviste critiqué que celui de la pensée biomédicale. De plus, cet argument s'appuie sur une aversion pour ce qui est perçu comme une hégémonie exercée par les États-Unis, tandis que des sources européennes, principalement françaises, allemandes et britanniques, ont influencé davantage certains des principaux universitaires brésiliens. J'ai tout de même tenu à conserver l'expression « anthropologie médicale » dans le titre du présent essai, parce que je désirais insister davantage sur le « plus » qui se rattache au contexte du Brésil, où se déroulent des travaux universitaires de tout premier ordre, qui passent souvent inaperçus aux yeux des anthropologues se trouvant à l'étranger.

Antropologia médica signifie pour plusieurs un secteur restreint du domaine qui nous intéresse. C'est pourquoi je suggère de réserver cette expression à la sphère internationale de cette sous-discipline, et d'utiliser l'expression (qui semble plus optimiste) « anthropologie de la santé » pour désigner la manière *brésilienne* de pratiquer l'anthropologie médicale, l'une étant largement liée à l'autre sans y être subordonnée[1]. Cela dit — à titre de

proposition d'unification et non pas de vérité finale — quelques réflexions générales sur des thèmes anthropologiques et sur les politiques de santé brésiliennes seront suivies d'une analyse plus précise des origines du domaine (quelle qu'en soit l'appellation). Ces éléments seront intégrés dans une discussion plus générale sur l'identité nationale brésilienne — un enjeu de grande importance en sciences sociales au Brésil.

THÈMES DE RÉFLEXION

> *Ce n'est pas par hasard que la question de l'identité est intimement liée au problème de la culture populaire ainsi qu'à l'État ; parler de la culture brésilienne signifie ultimement discuter des destinées politiques du pays. [notre traduction]*
>
> *Renato Ortiz 1999 : 13*

Au Brésil, les problèmes traditionnels de santé liés à la pauvreté vont de pair avec les problèmes propres aux pays riches. Les maladies infectieuses et dégénératives ainsi que la sous-alimentation et le taux élevé d'obésité forment le scénario paradoxal précis avec lequel le système de santé brésilien doit composer. Ce tableau se fonde sur la division entre le secteur privé, doté de haute technologie, et le secteur public qui n'offre que des soins de base (selon de fortes variations régionales) et qui souffre de longues listes d'attente, de pénuries de matériel et de professionnels de la santé ainsi que d'une forte concentration dans les centres urbains[2]. Cette situation n'est pas atypique pour un pays en voie de développement, mais ce qui est propre au Brésil, c'est sa population extrêmement préoccupée par la santé et l'apparence — population qui occupe notamment le deuxième rang au monde quant au nombre de chirurgies plastiques (ISAPS 2001). Ce fait a d'ailleurs déjà incité certains auteurs à qualifier le Brésil de « nation hypocondriaque » (*Jornal do Brasil*, 1er juin 1999). Dans l'État de Rio de Janeiro, on compte une pharmacie par groupe de 2 648 habitants, alors que l'OMS recommande un ratio de 1 pour 8 000 (*ibid.* : 5)

La politique du Brésil en matière corporelle doit être perçue dans le contexte de cet immense marché. Les observations suivantes, formulées par le département du commerce des États-Unis, reflètent bien la situation :

> « Le Brésil est le pays le plus grand, le plus peuplé et le plus industrialisé d'Amérique latine. Le PIB du Brésil, qui atteignait environ 700 milliards de dollars américains en 1996, se classait au huitième rang à l'échelle mondiale [...] L'ensemble des échanges commerciaux entre les États-Unis et le Brésil se chiffrait, en 1996, à 21,5 milliards de dollars américains. De ce total, 12,7 milliards de dollars américains proviennent des exportations américaines. Par suite de

> l'ouverture du marché brésilien, l'actuelle balance commerciale Brésil — États-Unis se place au septième rang parmi les plus importants excédents commerciaux de l'économie mondiale de États-Unis. [...] Selon les données de 1990, le Brésil est le pays d'Amérique latine qui a consacré le plus faible pourcentage de ses dépenses totales par habitant au secteur public de la santé, soit 19,1 milliards de dollars américains, ou 2,76 % du PIB national, ce qui donne une moyenne de 127,50 $US par habitant.
>
> [...] Selon un sondage mené par le ministère de la Santé, l'ensemble des patients hospitalisés au Brésil en 1994 (plus récente information disponible) se répartit comme suit: 40 % d'entre eux ont été hospitalisés dans des organismes privés; 32 % dans des organismes philanthropiques; 17 % dans des organismes publics; et 11 % dans des hôpitaux universitaires.
>
> [...]
>
> Le Brésil est l'un des plus grands consommateurs de produits pharmaceutiques du monde. Les Brésiliens consomment toutes sortes de médicaments, des analgésiques jusqu'aux amphétamines. [...] Depuis 1994, la stabilisation de l'économie s'est traduite par une augmentation du pouvoir d'achat de la classe inférieure. Le taux d'inflation mensuel moyen a chuté de moitié, en 1994, pour atteindre le taux actuel de moins de 1 %. Depuis 1994, 13 millions de nouveaux consommateurs sont entrés sur ce marché. De plus, l'ouverture du marché permet à divers types de produits d'entrer au Brésil, notamment toute la gamme de vitamines et de suppléments alimentaires. Les classes moyenne et supérieure, qui forment 52 % du marché, constituent le principal groupe de consommateurs de ces produits. Ce groupe avait déjà accès aux médicaments de base, mais il consomme aujourd'hui une plus grande gamme de produits, notamment des produits d'amaigrissement. Le facteur culturel influe aussi sur la croissance du marché. Les pharmacies brésiliennes n'exigent pas toujours une ordonnance médicale à celui ou celle qui veut acheter des médicaments. Au Brésil, n'importe qui peut acheter presque n'importe quoi, sans ordonnance. Selon les statistiques officielles, 80 millions de Brésiliens ont pris l'habitude d'acheter des médicaments sans ordonnance. En fait, pour trois flacons de médicaments vendus au Brésil, seulement un a fait l'objet d'une ordonnance. Les médicaments les plus consommés sont les analgésiques, les anti-inflammatoires et les vitamines. Mais au cours des trois dernières années, l'utilisation des amphétamines s'est accrue. Actuellement, le Brésil est le plus grand consommateur d'amphétamines du monde, une vingtaine de millions de tonnes d'amphétamines sont consommées chaque année. De plus, la consommation de médicaments comme le Prozac s'est accrue de 43 % au cours des deux dernières années. [Notre traduction]
>
> Strategis Canada (2002)

Quels sont les thèmes sur lesquels travaillent actuellement les anthropologues brésiliens? Dans les années 1980, comme l'a mentionné Ana Maria Canesqui (1994), les principaux thèmes étaient la nutrition, la santé et la maladie, en lien avec les classes ouvrières urbaines (Duarte 1986,

un « classique » de l'anthropologie de la santé au Brésil) ou avec d'autres groupes minoritaires : pratiques de guérison, spécialistes et institutions, contestations du savoir biomédical et des pratiques biomédicales, reformulation des modèles traditionnels d'intervention en santé.

Au début des années 1990, Carrara (1994) décrivait que, sur le plan du regard anthropologique, les cosmologies plus « primitives » (Indiens ou groupes ethniques), perdaient du terrain au profit d'une description plus moderne des populations urbaines marginalisées. Dans cette description, la folie et la sexualité ne sont que deux des principaux thèmes qui accompagnent l'abandon des thèmes spirituels en faveur de ceux plus organiques et matériels, comme les catégories de maladies ou les nouvelles technologies (Salem 1997). Par ce changement de cap, les spécialistes des sciences sociales ont pénétré de plus en plus dans l'espace qui avait été jusque-là réservé aux professionnels de la médecine, qui travaillent d'ailleurs parfois dans les mêmes établissements — une situation rarement observée ailleurs qu'au Brésil. Au même moment, l'analyse anthropologique est devenue plus abstraite, du moins en partie, et moins centrée sur l'ethnographie traditionnelle, ce qui a donné lieu en même temps à des réflexions épistémologiques plus sophistiquées. Il est intéressant de souligner qu'au Brésil les approches féministes ou « critiques » ont rarement été adoptées ; pas plus que ne sont citées les données sur le contexte économique mentionnées précédemment, celles-ci étant plus fréquemment prises en compte dans les textes sur la recherche sociologique ou urbaine. Cela ne veut pas dire que les chercheurs brésiliens ne font pas preuve de sens critique, mais la critique ici est le résultat de l'analyse, et non pas un point de départ.

Mis à part les programmes de conférences organisés par divers organismes scientifiques[3] qui permettent de brosser un portrait exhaustif des thèmes relatifs au domaine qui nous intéresse, plusieurs publications (Alves et Minayo 1994 ; Leal 1995 ; Leibing 1997 ; Duarte et Leal 1998 ; Alves et Rabelo 1998 ; Leibing 2004) mettent aussi en lumière certains des thèmes choisis par les anthropologues de la santé au Brésil (et ailleurs). La publication de ces ouvrages a débuté au cours des années 1990, mais hormis *The Medical Anthropologies in Brazil* (Leibing 1997), tout a été publié en portugais. Toutefois, les Brésiliens[4] publient aussi dans d'autres langues en plus d'étudier et de travailler à l'étranger.

MÉDECINE ET ANTHROPOLOGIE — DÉFINITION DE L'ÉLÉMENT NATIONAL

> *[le Brésil]..., bien sûr, n'est pas une société malade, mais plutôt perturbée [perturbação]. (...) Hormis son taux de maladie très élevé, le Brésil souffre, sur le plan moral, d'un manque de perspectives et du désenchantement qui découle du manque de perspectives de la Nation. [notre traduction]*
>
> *Luiz Fernando Duarte 1998: 23*

Dans l'introduction d'un ouvrage récent sur l'anthropologie de la santé, ou l'anthropologie médicale, au Brésil (les deux termes sont utilisés), dont le sous-titre est *Retracer l'identité et explorer les frontières* [notre traduction], les auteurs, Paulo César Alves et Miriam Rabelo (1998), déclarent qu'aucune compréhension théorique ou méthodologique uniforme ne délimite les frontières du domaine (voir aussi Leibing 1997). Cela n'est pas étonnant, compte tenu de la diversité des antécédents et des orientations théoriques qui existent dans de ce domaine en pleine expansion au Brésil. Les premières études ont été entreprises par des universitaires qui travaillaient en santé publique, pour la plupart des épidémiologistes. Mais, au cours des dernières années, les anthropologues sociaux ont travaillé de plus en plus dans ce domaine, sans avoir beaucoup de dialogue entre les deux approches[5]. Ce qu'on peut constater toutefois, malgré la diversité des antécédents et des approches théoriques, c'est la valorisation d'une certaine pensée qui reste inséparable du courant dominant de l'anthropologie brésilienne. Ce type de savoir est souvent — mais pas exclusivement — lié à la diffusion des idées qui proviennent du *Museu Nacional*, le Programme d'études de deuxième et de troisième cycle en anthropologie de l'université fédérale de Rio de Janeiro (PPGAS). Bien sûr, ce segment ne représente pas l'ensemble du Brésil[6] mais exerce une influence importante souvent utilisée pour définir la « bonne anthropologie ».

Les anthropologues brésiliens, notamment ceux et celles qui travaillent dans le sous-domaine dont nous discutons ici, étudient rarement — quoique de plus en plus fréquemment — des thèmes qui dépassent les frontières nationales. La raison à cela — manque de financement, affirment certains esprits pragmatiques — peut aussi être interprétée comme une préoccupation continue portant sur l'identité de la nation (Ortiz 1998, 1999 ; DaMatta 1983 ; Duarte s.d. ; Lesser 1999 ; Leibing et Benninghoff-Luehl 2001 et autres). Ce phénomène peut être décrit comme une sensibilité ou une préoccupation constantes relativement à ce qui est considéré comme typiquement « brésilien » par opposition à toute « autre appartenance », ou comme l'authenticité du Brésilien qui négocie ou qui conteste l'apport

d'éléments étrangers. On peut d'ailleurs déceler, dans les tout premiers textes médicaux, la présence de cette préoccupation quant au corps national brésilien et aux frontières entre la médecine nationale et internationale. Par exemple, lors du premier congrès médical brésilien, tenu en 1888, le conférencier principal et *Tropicalista*, Júlio de Moura, faisait observer que les médecins brésiliens devraient se poser les questions suivantes : « Que voulons-nous ? Quelles sont nos idées ? Quelles sont les orientations [futures] que nous envisageons ? », et Moura de répondre lui-même :

> « Ce qui nous préoccupe en ce moment, c'est la... pathologie tropicale... Aucun autre secteur de la médecine ne nous permet... d'établir... aussi facilement la valeur de la recherche [brésilienne].... Les Français ont déjà institué l'étude des maladies exotiques... pour améliorer la santé de leurs marins. Une initiative de ce genre aurait dû voir le jour chez nous... Imaginez la réputation que se seraient bâtie les professeurs de médecine brésiliens ... [Notre traduction]
>
> Peard 1999 : 81

L'excellente analyse de Sérgio Carrara (1996), qui décrit la manière de hausser à l'échelle nationale certaines maladies telles que la syphilis, constitue un autre exemple éloquent. Cet auteur montre comment, au début du XX^e^ siècle, une « maladie provenant de l'étranger », en l'occurrence la syphilis, est devenue une scène importante permettant la formulation d'une identité nationale moderne qui « ...tentait de valoriser l'héritage non européen des Brésiliens, au lieu de considérer les racines amérindiennes et africaines comme la source unique de tous les fléaux de la nation » [notre traduction] (Carrara 1997 : 93). Tout au long de l'histoire du Brésil, l'ethnicité et la race ont fortement marqué le discours national. Ce discours a parfois été énoncé dans un sens positif — en situant l'« âme » de la culture brésilienne, son authenticité, voire sa supériorité,[7] au sein des populations les plus pauvres, tout en ne cessant de répéter le mantra de la démocratie des trois races (Noirs, Blancs, Autochtones)[8]. Le côté sombre de ce discours est qu'il masque souvent un racisme inhérent aux classes supérieures majoritairement blanches (Fry 2001 ; Sheriff 2001 ; Maio et Santos 1996), qui maintient en place de manière « cordiale » la pensée hiérarchique dominante de la société brésilienne[9].

La relation entre la race (parfois le climat) et le corps national, tout particulièrement en psychiatrie au début du XX^e^ siècle, a fait l'objet d'une analyse exhaustive, notamment dans la description de Jurandir Freire Costa concernant le mouvement eugéniste qui s'est dessiné au Brésil (Costa 1981). À cette époque, les scientifiques discutaient du danger que représentaient les immigrants non Blancs pour la race brésilienne ; le « croisement sanguin » devint un important moyen de conceptualisation de l'identité brésilienne (Schwarcz 1993 ; Lima et Hochmann 1996 ; Peard 1999 et autres). Comme

l'a soutenu Jane Russo (2000), la théorie psychanalytique a été l'un des instruments du « processus de civilisation » brésilien. Les psychiatres brésiliens l'ont avidement adoptée, au cours de la première moitié du XX[e] siècle, en partie parce qu'elle arrivait à expliquer et à canaliser la sexualité brésilienne — parfois perçue, sous un bon éclairage, comme de la sensualité, mais parfois aussi perçue comme primitive ou non civilisée. Pour les Brésiliens, la sexualité est une source intarissable de blagues et de modes de communication espiègles. Mais elle engendre en même temps beaucoup d'anxiété et donne lieu à des règles et à des jugements moraux d'une grande force (Parker 1991 ; Goldstein 1999). Il n'est pas étonnant que la sexualité (perçue entre autres comme une déviance, ou considéré en lien avec le sida ou avec le genre et la reproduction) soit un thème courant en anthropologie de la santé au Brésil.

L'élément « national » de l'anthropologie de la santé au Brésil est parfois décrit comme une réaction face au réductionnisme et au pragmatisme théoriques de l'hégémonie des États-Unis[10]. Les théories classiques, apprêtées à la sauce contemporaine, mêlent la théorie empruntée à l'étranger aux thèmes locaux, afin de hisser ces derniers au niveau plus élevé d'une anthropologie nationale. Toutefois, on ne doit pas pour autant conclure qu'on adhère à un « nouvel espoir (à la mode) venu d'Europe », comme cela se produit de nos jours en Amérique du Nord ; mais c'est principalement la vieille Europe et ses théoriciens classiques — Max Weber, Walter Benjamin, Georg Simmel, Marcel Mauss, Louis Dumont et autres — qui sont évoqués par celui ou celle qui cherche à formuler et à comprendre le phénomène de la santé au Brésil.

Dans un survol lucide du domaine qui nous intéresse, Cecília Minayo (1998) déclare que « l'anthropologie française fournit un important contrepoint à l'hégémonie exercée par les États-Unis » (1988 : 33). Cela n'est pas nouveau. Historiquement, l'élite du Brésil a toujours parlé français[11], cette langue était aussi comprise, et parfois parlée, par la classe moyenne relativement petite qui, au cours des années 1920, était considérée comme l'« incarnation sociale de la modernité progressive » (Owensby 1999 : 4). Les médias de masse ont permis d'importer des idées de modernité depuis les grandes métropoles comme New York, Londres ou Paris, et ces idées furent incorporées aux systèmes de valeurs et aux hiérarchies du Brésil. Renato Ortiz (1998), qui décrit la « discussion classique » des intellectuels brésiliens concernant l'authenticité de la culture brésilienne, affirme que celle-ci tourne autour de la pénétration des idées étrangères dans la pensée brésilienne et de la question de l'imitation. Cette préoccupation fut d'ailleurs des plus manifestement illustrée, en 1922, lors de la très influente « semaine des arts modernes ». Toutefois, comme Ortiz l'a soutenu, les idées étrangères ont principalement servi à légitimer les préoccupations nationales et ne sont

pas de simples importations. Cela rappelle l'observation de Minayo (1998) selon laquelle l'anthropologie de la santé est une « science adolescente », une science en devenir, temporairement soutenue par des arguments provenant de l'étranger, et qui est en mal d'un dialogue plus intense *au sein* de la communauté scientifique brésilienne[12].

D'autres auteurs ont aussi exercé une influence importante sur l'anthropologie de la santé au Brésil, bien que je ne puisse tous les mentionner ici : par exemple, Michel Foucault et Ludwik Fleck sont des sources importantes quand il s'agit d'épistémologie médicale. De plus, les auteurs qu'ils ont influencés critiquent souvent l'ordre médical établi. D'autres auteurs, la plupart se fondant sur les écoles de pensée européennes, sont aussi importants, notamment Adam Kuper ou Mary Douglas. Certains ouvrages nord-américains ont aussi marqué leur temps comme ceux d'Allan Young, *The Harmony of Illusion* (1995), ou de Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience* (1994), qui font tous deux une analyse critique de la formation du savoir médical[13].

Cela ne veut pas dire que les sources nord-américaines sont « bannies » des travaux brésiliens, puisqu'elles y sont probablement les sources les plus fréquemment citées (Minayo 1998). Ce que je décris ici — encore une fois — c'est la manière dont on peut situer une façon typiquement brésilienne de pratiquer ce qui est considéré comme de la bonne anthropologie par certains *leaders* dans le domaine. Cela ne veut pas dire non plus que l'on désire une anthropologie brésilienne qui sera un jour purgée de toute influence étrangère. En effet, aujourd'hui, on peut observer de plus en plus fréquemment la présence d'un échange confiant entre sources nationales et étrangères, échange exempt de cette insécurité initiale concernant l'authenticité.

DEUX THÈMES NATIONAUX : PSYCHIATRIE ET AUTOCHTONES DU BRÉSIL

Le sociologue qui veut comprendre le Brésil doit souvent se faire poète. [notre traduction]

Roger Bastide 1957 : 15

Dans la dernière partie de cet article, deux thèmes serviront à illustrer une discussion sur l'anthropologie médicale nationale : la psychiatrie et les Autochtones du Brésil. Ce sont deux thèmes qui tirent leur origine du regard européen sur le « Brésil exotique », regard qui remonte plus particulièrement à Claude Lévi-Strauss, qui a participé à la fondation de l'Université de

São Paulo et y a enseigné, de 1934 à 1937. Son livre intitulé *Tristes Tropiques* (1976) constitue un jalon important parmi les textes ethnographiques sur les Indiens du Brésil[14].

La recherche sur les systèmes médicaux autochtones est souvent appelée *ethnomédecine,* ce qui évoque fortement la non-appartenance au système décrit. Comme dans bien d'autres contextes, la médecine autochtone du Brésil est décrite par la plupart comme une médecine holistique (par opposition à la biomédecine réductionniste) s'exerçant sur un système psychologique d'identité (de l'individu intégré socialement) par opposition à la prétendue pensée individualiste occidentale. De nouvelles approches considèrent que la médecine et la santé des Indiens sont enchevêtrées dans le vaste paysage social et politique brésilien ; elles considèrent aussi que certaines personnes souffrent d'une situation marginale qui exerce une influence directe sur la santé et la dignité (Ferreira 2004). Dans un court exposé sur le domaine, Langdon (1999) écrit qu'après la Seconde Guerre mondiale, les spécialistes des sciences sociales, et plus particulièrement les anthropologues, amorcèrent leur réflexion et leur intervention visant les pratiques indigènes relatives à la santé. Ces dernières étaient perçues comme des pratiques « ignorantes » ou faisant obstacle aux interventions officielles en matière de santé. Langdon déclare aussi que, 50 ans plus tard, les conditions générales, notamment les conditions de santé, de la plupart des populations indigènes sont toujours précaires. En lien avec ce domaine, on note aussi l'apparition du champ de l'*ethnobotanique,* dont la forêt amazonienne sert de symbole central. L'aspect local de la plupart des approches « ethniques » a été transcendé par la discussion internationale sur la préservation de l'Amazonie et la préoccupation nationale concernant la biopiraterie et la défense des frontières nationales.

Francine Saillant (2004) adopte la complexe position intérieure-extérieure de regarder des Autochtones du Brésil et décrit les pratiques de soins dans les communautés *caboclo* qui vivent en Amazonie. Ces descendants des Blancs et des Indiens, très pauvres pour la plupart, sont presque invisibles, parce qu'ils n'ont pas le charme exotique des tribus indiennes, pas plus qu'ils n'appartiennent au courant dominant de la société brésilienne ; ils se trouvent entre deux mondes.

En 1938, Roger Bastide a succédé à Lévi-Strauss, à São Paulo, et son intérêt pour la psychiatrie a ouvert une autre voie d'enquête anthropologique : l'ethnopsychiatrie. Comme c'est le cas pour la médecine autochtone, deux approches se côtoient. Présentée de manière simplifiée, l'approche holistique se compose de pratiques de guérison traditionnelles ou chamaniques et d'une recherche de modèles adaptés à la culture, qui critiquent implicitement ou explicitement la pensée biomédicale. Ces pratiques tentent d'atteindre les groupes désavantagés de la société brésilienne : le psychiatre

Adalberto Barreto, qui a étudié l'ethnopsychiatrie en France, a élaboré, par exemple, des rituels de guérison destinés aux habitants des communautés marginalisées de la région nord-est du pays. Cette approche est davantage axée sur la praxis, orientation qui caractérise l'Association brésilienne d'ethnopsychiatrie, laquelle compte surtout des psychiatres dans ses rangs.

Une deuxième école de pensée analyse davantage la pénétration de la médecine psychiatrique universitaire dans la société brésilienne, par l'élaboration de la problématique de ses valeurs et de ses prétentions à la vérité. Cette approche plus théorique transcende la division global/local et permet d'obtenir de l'information précieuse sur la manière dont certaines formes de savoir ont été institutionnalisées au Brésil (Carrara 1998; Duarte (dir.) 2000).

CONCLUSION

Afin d'illustrer une partie de la richesse des contributions des chercheurs et chercheuses du Brésil au champ de l'anthropologie médicale ou de l'anthropologie de la santé, j'ai présenté une lecture partielle centrée sur la définition des frontières et de l'identité nationale. Ainsi, comment peut-on, en conclusion, décrire la « brésilianité » de la production nationale des anthropologues de la santé ? Deux définitions de l'élément national se chevauchent : d'abord, la spécificité des thèmes locaux propres au Brésil, qui permet de distinguer l'anthropologie de la santé pratiquée au Brésil de celle qui s'exerce dans d'autres contextes. Parmi ces thèmes, se trouvent assurément les religions afro-brésiliennes (Caroso *et al.*, 1997 ; Monteiro 1985), la richesse de la « pharmacie tropicale » (Elisabetsky et Nunes 1990), les notions (pas si) autochtones du corps et de la santé (Ferreira 2004 ; Forline 2004), ou la violence structurelle en tant que facteur de souffrance sociale (Scheper-Hughes 1992). Ces thèmes furent souvent liés à l'intérêt des anthropologues étrangers pour la part « exotique » de la culture brésilienne et sont, par conséquent, moins à la mode dans le climat intellectuel d'aujourd'hui, mais certains d'entre eux — qui pendant un moment ont été quasi exclus de l'anthropologie de la santé, étant réservés à l'anthropologie de la religion ou aux universitaires qui travaillaient avec les Indiens — sont maintenant repris d'une nouvelle manière : certains phénomènes ne sont plus considérés comme folkloriques et distincts du courant dominant de la culture nationale et internationale, mais bien comme le résultat d'un processus historique continu de négociations et d'institutionnalisation.

En deuxième lieu, les Brésiliens ont refusé que l'hégémonie nord-américaine influe sur la délimitation du champ théorique (bien que cela ne s'applique pas à tous les spécialistes des sciences sociales qui travaillent dans ce domaine) ; ils ont choisi en toute confiance des sources européennes, sans ignorer pour autant d'importants chercheurs universitaires du Canada, des États-Unis et d'ailleurs. Ces choix ont eu pour résultat la production d'analyses souvent élégamment rédigées qui traitent des racines et des origines d'un phénomène culturel et qui viennent à coup sur s'ajouter et donner plus d'ampleur au corpus de l'anthropologie médicale.

Pour faire écho à la préoccupation de Moura, énoncée en 1888 — « Quelles orientations [futures] envisageons-nous ? » — on peut se tourner vers une autre observation tirée de l'article de Minayo (1998) : « Je ... défends... une correspondance entre l'anthropologie et les questions les plus pertinentes pour une population, soit le système et ses politiques sanitaires » [notre traduction] (1998 : 43). Minayo voit un danger à isoler l'anthropologie dans sa propre niche universitaire si elle est incapable d'établir un dialogue avec d'autres disciplines relatives à la santé. Elle a raison. Certains soutiennent

que la recherche appliquée souffre souvent d'une lacune sur le plan méthodologique, tandis que d'autres sont d'avis que la recherche théorique devient de plus en plus « abstraite et coupée du monde "réel" ».

Il existe au Brésil bien des manières d'aborder la santé. La recherche théorique et la recherche appliquée ne devraient pas s'exclure mutuellement; elles devraient plutôt être complémentaires. À mon avis, le danger réside davantage dans une division qui ne reconnaît pas la partialité inévitable que requièrent les autres approches pour marquer leurs limites et leurs complémentarités. « Nous vivons dans une période particulièrement remarquable », écrivait Sigmund Freud en 1939 , lorsqu'il comprit que la science était devenue univoque et réfractaire à l'« autre » ; « nous constatons à notre grand étonnement, que le progrès s'est apparenté au barbarisme » [notre traduction] (citation de Canguilhem 1998). L'anthropologie peut faire partie de ce barbarisme si les universitaires s'éloignent trop des facteurs politiques, économiques et phénoménologiques liés à la maladie et à la santé ou si elle ne reconnaît que l'application des connaissances est souvent porteuse des « pouvoirs d'évangélisation » de la « bonne science ». La tâche continuelle qui incombe aux anthropologues brésiliens consiste à replacer le barbarisme et les autres « ismes » dans leur contexte. Ce qui se manifeste déjà grâce à des analyses soignées, et non pas simplement « critiques ».

Remerciements

J'aimerais remercier mes collègues brésiliens et brésiliennes, de qui j'ai beaucoup appris, ainsi que deux réviseurs anonymes. Je regrette de n'avoir pu présenter une bibliographie aussi étendue que je ne l'aurais souhaité, en raison des restrictions des consignes concernant les références.

Notes

1. Une autre solution a été proposée par Carrara (1994: 41), qui suggère d'utiliser « l'anthropologie et la santé / la médecine / le corps / le sida », etc. Ce qui permet de souligner que la culture n'est qu'un élément parmi d'autres servant à comprendre le phénomène bioculturel de la santé.
2. Une blague très courante raconte qu'une mère demande à sa fille : « Où étais-tu ?
   - Dans ma chambre, je jouais au médecin avec Joãozinho.
   - Au médecin ! S'écrie la mère horrifiée.
   - Un médecin du SUS (système public), maman... Il ne m'a même pas soignée ! »
3. Par exemple : ABA, l'Association des anthropologues du Brésil, *Abrasco*, l'Association de santé publique du Brésil ou *Anpocs*, la Société brésilienne des études de deuxième et de troisième cycle en sciences sociales.
4. La manière dont le regard des non-Brésiliens (Gilles Bibeau, Marilyn Nations, Francine Saillant, Richard Parker, Nancy Scheper-Hughes et bien d'autres) diffère (et, le cas échéant, quand et comment diffère-t-il ?) du regard brésilien porté sur les thèmes liés à la santé au Brésil constituerait une recherche intéressante qui pourrait faire l'objet d'un autre article. Au fait, il y a là une idée qui mérite réflexion : pourquoi certains thèmes, qui paraissent se trouver à l'avant-plan pour qui observe le Brésil avec les yeux d'un étranger — notamment l'extrême plasticité du corps brésilien (chirurgie plastique, minceur, etc.), l'usage et l'abus de psychotropes même de la part des gens « normaux » dans le but de pouvoir vivre une vie « normale » —, ne semblent faire partie d'aucun programme de recherche ? Autre thème de réflexion : pourquoi les étrangers choisissent-ils d'étudier des thèmes « exotiques », alors que les Brésiliens ont tendance à analyser la médecine traditionnelle ?
5. À propos de l'histoire de l'anthropologie au Brésil, voir Corrêa (1995), Peirano (2000), Neiburg (2002).
6. Le groupe de Rio de Janeiro, qui étudie le champ plus large de la souffrance, est multi-institutionnel. D'autres groupes de recherche plus visibles sont rattachés au département d'anthropologie de l'Université fédérale de Rio Grande do Sul et à deux départements de l'Université fédérale de Bahia ; il existe aussi un grand nombre de chercheurs indépendants et de groupes de recherche plus petits.
7. Par exemple, la souplesse des Brésiliens (*jeitinho*) qui révèle la supériorité de ceux-ci comparativement à la rigidité des étrangers (et non sensuels) (Leibing 2002).
8. Race et ethnicité ont des sens interchangeables ici, puisqu'ils sont tous deux utilisés pour désigner des hiérarchies ou, comme l'a écrit Immanuel Wallerstein (2000 : 84) à propos de l'« appartenance à un peuple » : « [Elle] résout une des contradictions fondamentales du capitalisme historique, soit sa confiance simultanée dans les concepts d'égalité théorique et d'inégalité pratique. »
9. Dans une étude intéressante sur la religion afro-brésilienne — le xangô — , Beatriz Góis Dantas (1988) montre comment, de manière paradoxale, les pratiques liées à la « blancheur » sont incorporées dans un discours sur l'« Africain authentique » supérieur.
10. On peut citer en exemple la critique de Luiz Fernando Duarte concernant la discussion nord-américaine sur les *nerfs* (Duarte 1993), ou les commentaires de Fabíola Rohden

sur l'approche adoptée par Emily Martin dans l'ouvrage intitulé *The Woman in the Body* (Rohden 1998). De plus, l'article du psychiatre Octavio Domont da Serpa, fils, sur les syndromes qui se limitent à certaines cultures, présente une critique avant-gardiste de l'anthropologie médicale nord-américaine (Serpa, fils, 1994).

11. À propos de la formation de l'élite brésilienne marquée, à la fin du XX[e] siècle, par l'influence des Européens, et plus particulièrement des Français, voir Needell (1987).
12. Needell (1987) écrit aussi (à propos de la littérature française de la fin du XIX[e] siècle) que « les Brésiliens se tenaient *au courant* de ces tendances, qu'ils assimilaient et adaptaient naturellement, sans se contenter de les copier. Les nouvelles écoles ont trouvé écho chez les auteurs brésiliens qui cherchaient à se bâtir une réputation en remodelant à leur manière des tendances à la mode... » [notre traduction] (1987: 199).
13. De manière superficielle, on peut dire que la reconnaissance des anciennes et nouvelles références théoriques du Brésil pourrait être décrite comme l'illustration d'un phénomène culturel socio-historique.
14. Il est très révélateur que Lévi-Strauss, au début de son Tristes Tropiques, décrive New York avec poésie. Ses rues sont comparées à des vallées ombragées dans lesquelles les voitures colorées ressemblent à des fleurs. Tout de suite après, il décrit, avec une certaine gêne, Rio de Janeiro et ses collines bien connues, qu'il compare à des moignons dans une bouche édentée. Il s'attend à trouver le bon sauvage et non pas le monde urbain. En outre, hormis le choc éprouvé devant la misère qu'il a vue dans les communautés autochtones brésiliennes, c'est néanmoins la beauté et l'authenticité des gens et de la nature qui demeurent irrésistibles à ses yeux et qui lui permettent de formuler à nouveau les métaphores les plus poétiques.

Références

ALVES P. et M. C. S. MINAYO (dir.), 1994, *Saúde e Doença, Um olhar antropológico.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

ALVES P. C. et M. C. RABELO, 1998, « Introdução » : 7-12, dans *Antropologia da Saúde, Traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro, Relume Dumará.

BASTIDE R., 1957, *Brésil, terre de contrastes.* Paris, Hachette.

CANESQUI A. M., 1994, « Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80 » , dans P. Alves et M. C. S. Minayo (dir.), *Saúde e Doença, Um olhar antropológico.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

CANGUILHEM G., 1998, « The Decline of the Idea of Progress », *Economy and Society,* 27, 2-3 : 313-329.

CAROSO C., N. RODRIGUES, A.F. NAOMAR, E. CORIN et G. BIBEAU, 1997, « When Healing is Prevention : Afro-Brazilian Religious Practices Related to Mental Disorders and Associated Stigma in Bahia, Brazil » : 195-213, dans A. Leibing (dir.), *The Medical Anthropologies in Brazil.* Berlin, VWB Verlag.

CARRARA S., 1994, « Entre Cientistas e Bruxos - Ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença » : 33-46, dans P. Alves et M.C. S. Minayo (dir.), *Saúde e Doença, Um olhar antropológico.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

——, 1996, *Tributo a Vênus, A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

——, 1997, « The Symbolic Geopolitics of Syphilis : An Essay in Historical Anthropology » : 81-95, dans A. Leibing (éd.), *The Medical Anthropologies in Brazil.* Berlin, VBW.

——, 1998, *Crime e Loucura, O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.* Rio de Janeiro, Eduerj/edusp.

CORRÊA M., 1995, « A Antropologia no Brasil (1960-1980) » : 314-333, dans S. Miceli (dir.), *História das Ciências Sociais no Brasil* (vol. 2), São Paulo, Sumaré.

COSTA J. F., 1981, *História da Psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro, Ed. Campus.

DAMATTA R., 1983, *Carnavais, Malandros e Heróis, Para uma sociologia do dilema brasileiro.* Rio de Janeiro, Zahar.

DANTAS B. G., 1988, *Vovô Nagô e Papai Branco, Usos e abusos da África no Brasil.* Rio de Janeiro, Graal

DUARTE L.F.D., s.d., *Uma Natureza Nacional : Entre a universalização científica e a particularização das nações.* Manuscrit soumis pour publication. Revue *Civilisations.*

——, 1986, *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

——, 1993, « Os Nervos e a Antropologia Médica Norte-Americana : Uma revisão crítica », *Physis,* 3, 2 : 43-74

——, 1998, « Interview : A Antropologia Médica Pede Passagem », *Colóquio,* 13 : 33-38.

DUARTE L. F. D. (dir.), 2000, «Antropologia e História dos Saberes Psicológicos», *Cadernos IPUB* VI (18).

DUARTE L. F. D. et O. F. LEAL (dir.), 1998, *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

ELISABETSKY E. et D. S. NUNES, 1990, «Ethnopharmacology and its Role in Third World Countries», *Ambio,* 19: 419-421.

FERREIRA M. L., 2004, «Atração Fatal: Trabalho escravo e o uso de psicotrópicos por povos indígenas de São Paulo»: 81-111, dans A. Leibing (dir.), *Tecnologias do Corpo. Uma antropolgia das medicinas no Brasil.* Rio de Janeiro, NAU.

FORLINE L., 2004, «Contato Iminente, Saúde Desamparada: Consequências dos contatos interétnicos com os índios Guajá no Maranhão»: 249-275, dans A. Leibing (dir.), *Technologias do Corpo. Uma antropolgia das medicinas no Brasil.* Rio de Janeiro, NAU.

FRY P., 2001, «Feijoada e *Soul Food* 25 Anos Depois»: 35-56, dans N. Esterci, P. Fry et M. Goldenberg (dir.), *Fazendo Antropologia no Brasil.* Rio de Janeiro, DP&A.

GOLDSTEIN D., 1999, «Interracial Sex and Racial Democracy in Brazil: Twin Concepts?», *American Anthropologist,* 101, 3: 563-578.

GOOD B. J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge, Cambridge University Press.

Jornal do Brasil 1999. Falsa hipocondria. June 01, page 5.

LANGDON E.J., 1999, «Saúde e Povos Indígenas. Os desafios na virada do século», Conférence donnée au Congreso Latinoamericano de Ciencias Socialess y Medicina, Isla de Margarita, Venezuela, 7 juin.

LEAL O. F. (dir.), 1995, *Corpo e Significado, Ensaios de antropologia social.* Porto Alegre, UFRGS.

LEIBING A., 2002, «Flexible Hips? On Alzheimer's Disease and Aging in Brasil», *Journal for Cross-Cultural Gerontology,* 17: 213-232.

LEIBING A. (dir.), 1997, *The Medical Anthropologies in Brazil.* Berlin, VWB Verlag.

——, 2004, *Corpo, Vulnerabilidade e Tecnologia. Uma antropolgia das medicinas no Brasil.* Rio de Janeiro, NAU.

LEIBING A. et S. BENNINGHOFF-LUEHL (dir.), 2001, *Devorando o Tempo, Brasil, o país sem memória.* São Paulo, Mandarim.

LESSER J., 1999, *Negotiating National Identity: Immigrants, Minorities, and the Struggle for Ethnicity in Brazil.* Durham, NC, Duke University Press.

LÉVI-STRAUSS C., 1976 [1955], *Tristes Tropiques.* Paris, Plon.

LIMA N.T. et G. HOCHMAN, 1996, «Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina. O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República»: 23-40, dans M. C. Maio et R.V. Santos (dir.), *Raça, Ciência e Sociedade.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

MAIO M. C. et R. V. SANTOS (dir.), 1996, *Raça, Ciência e Sociedade.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

MINAYO M.C.S., 1998, «Construção da Identidade da Antropologia na Área de Saúde. O caso brasileiro»: 29-46, dans P. C. Alves et M. Rabelo (dir.), *Antropologia da Saúde, Traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro, Relume Dumará.

MONTEIRO P., 1985, *Da Doença à Desordem, A magia da umbanda.* Rio de Janeiro, Graal.

NEEDELL J.D., 1987, *A Tropical Belle Epoque, Elite culture and society in turn-of-the-century Rio de Janeiro.* Cambridge, Cambridge University Press.

NEIBURG F., 2002, «A Propósito de Mana, Espaços Nacionais e Circulação Internacional de Idéias», *Mana*, 8, 1: 165-179.

ORTIZ R., 1998, *Cultura Brasileira e Identidade Nacional.* São Paulo, Brasilense.

——, 1999, *A Moderna Tradição Brasileira, Cultura brasileira e indústria cultural.* São Paulo, Brasilense.

OWENSBY B.P., 1999, *Intimate Ironies, Modernity and the Making of Middle-Class Lives in Brazil.* Stanford, Stanford University Press.

PARKER R. G., 1991, *Corpos, Prazeres e Paixões, A cultura sexual no Brasil contemporâneo.* São Paulo, Best Seller.

PEARD J. G., 1999, *Race, Place, and Medicine, The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazilian Medicine.* Durham, Duke University Press.

PEIRANO M.G., 2000, «A Antropologia como Ciência Social no Brasil», *Etnográfica*, 4, 2: 219-232.

PELLEGRINO H., 1989, *A Burrice do Demônio.* Rio de Janeiro, Rocco.

ROHDEN F., 1998, «Ensaio Bibliográfico, O Corpo Fazendo a Diferença», *Mana*, 4, 2: 127-141.

RUSSO J. A., 2000, «A Psicanálise enquanto Processo Civilizador. Um projeto para a nação brasileira», *Cadernos do IPUB* VI (18): 10-20.

SAILLANT F., 2004, «Saber e Itinerários de Cuidados na Amazônia Brasileira. O doméstico na encruzilhada do espaço terapêutico»: 227-247, dans A. Leibing (dir.), *Tecnologias do Corpo. Uma antropolgia das medicinas no Brasil.* Rio de Janeiro, NAU.

SALEM T., 1997, «As Novas Tecnologias Reprodutivas. O estatuto do embrião e a noção da pessoa», *Mana*, 3, 1: 75-94.

SCHEPER-HUGHES N., 1992, *Death Without Weeping, The Violence of Everyday Life in Brazil.* Berkeley, University of California Press.

SCHWARCZ L.K.M., 1993, *O Espetáculo das Raças, Cientistas, instituições e questões racial no Brasil, 1870-1930.* São Paulo. Companhia das Letras.

SERPA Jr, O. D., 1994, «"Culture-bound syndromes" e a "natureza" das classificações psiquiátricas», *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43, 9: 483-491.

SHERIFF R.E., 2001, *Dreaming Equality, Color, Race, and Racism in Urban Brazil.* New Brunswick, Rutgers University Press.

STATISTICS (ISAP), 2001, [en ligne] [http://www.isaps.org], (dernière consultation, août 2001).

STRATEGIS CANADA, 2002, [en ligne] [http://strategis.ic.gc.ca/SSG/dd76139e.html], (dernière consultation, juin 2002).

WALLERSTEIN I., 2000, « The Construction of Peoplehood. Racism, Nationalism, Ethnicity » : 71-85, dans E. Balibar et I. Wallerstein (dir.), *Race, Nation, Class, Ambiguous Identities.* London, Verso.

YOUNG A., 1995, *The Harmony of Illusions, Inventing Post-Traumatic Stress Disorder.* Princeton, Princeton University Press.

CHAPITRE 5

L'anthropologie médicale au Mexique : Tendances récentes dans la recherche et l'enseignement

María Beatriz Duarte-Gómez, Roberto Campos-Navarro, Gustavo Nigenda

INTRODUCTION

Le présent chapitre a pour but d'illustrer le développement de l'anthropologie médicale au Mexique ; pour ce faire, il se divise en trois parties. La première est un exposé des antécédents du développement de l'anthropologie comme discipline universitaire intéressée au processus santé/maladie/soins des populations. Elle présente un bref résumé historique depuis les débuts de cette anthropologie jusqu'à la deuxième décennie du XX^{e} siècle – sous l'influence fondamentale de l'anthropologie anglo-saxonne. Ensuite, elle analyse sa consolidation vers la seconde moitié du siècle, avec l'institutionnalisation de l'*indigénisme* comme politique publique qui guidera l'action de l'État en ce qui concerne les communautés amérindiennes. Et, finalement, jusqu'aux dernières décennies où elle s'est diversifiée, en élargissant le spectre de ses recherches vers les communautés paysannes et urbaines.

La deuxième partie analyse et montre les thèmes et les institutions qui utilisent l'anthropologie comme outil pour connaître, analyser et comprendre le processus dont on a parlé plus haut. L'anthropologie médicale se réalise de plus en plus à partir de disciplines différentes de l'anthropologie, celles du domaine de la santé, par exemple, et elle s'en trouve ainsi enrichie.

Dans la troisième partie, on décrit le développement de l'anthropologie médicale dans l'enseignement et la formation des cadres techniques et professionnels du pays depuis les années 1930, époque de la création de l'École supérieure de médecine rurale dans le but de garantir la disponibilité des médecins aptes à travailler dans des communautés rurales et capables de comprendre les cultures amérindiennes. Dans les années 1980 et

1990, des programmes d'enseignement de l'anthropologie médicale furent élaborés dans le cadre de la maîtrise et du doctorat. Récemment, le ministère de la Santé a implanté une politique qui encourage la formation de son personnel pour le travail interculturel, dont la mise en œuvre commence à peine, et se trouve restreinte à quelques États et localités. Finalement, des conclusions sont proposées.

ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ OU DE LA MALADIE AU MEXIQUE : UN BREF RÉSUMÉ HISTORIQUE

Bien que l'anthropologie médicale ne se limite pas aux seuls aspects socioculturels qui agissent sur le processus santé/maladie/soins (s/m/s) des peuples amérindiens, ce résumé met toutefois l'accent sur ces populations, compte tenu du caractère dominant de cette orientation qui a existé jusqu'au milieu du XX^{e} siècle.

L'arrivée des Espagnols au milieu du XVI^{e} siècle dans le territoire du Mexique d'aujourd'hui marque le début d'un processus de conquête des groupes indigènes ainsi que d'un échange génétique, biologique et culturel qui a signifié l'introduction des maladies contre lesquelles les Autochtones n'avaient ni immunité ni ressources thérapeutiques.

Pendant les siècles qui suivirent, la médecine que nous appellerons biomédicale – aussi appelée occidentale, moderne, scientifique, galénique – s'est développée fondamentalement au profit des groupes dominants, alors que la médecine locale demeura la principale ressource des Amérindiens (Aguirre-Beltrán 1994). Les rarissimes soins biomédicaux destinés aux Autochtones furent prodigués par les membres des ordres religieux qui créèrent à l'intention de ces derniers des postes de secours ou infirmeries exclusives. Dans ces postes, une sorte de médecine interculturelle s'est développée, comportant des adaptations telles que l'utilisation des langues amérindiennes, de la nourriture propre de la région, des méthodes thérapeutiques traditionnelles par des thérapeutes locaux et l'embauche de personnel local (Campos-Navarro et Ruiz-Llanos 2001).

À la fin du régime colonial espagnol, quelques noyaux amérindiens se sont concentrés dans ce qu'on a appelé les « zones de refuge » (Campos-Navarro 2003) où plus tard seraient centrées les activités institutionnelles en matière de santé. La culture indienne était considérée comme un frein à l'expansion du capitalisme, ce qui a suscité l'élaboration de stratégies visant l'intégration des Indiens par le biais de l'éducation et du métissage (Aguirre-Beltrán 1994 [1955]). Les gouvernements républicains n'ont jamais fait preuve d'un intérêt particulier pour la santé des peuples indiens

et, au contraire, fermèrent des hôpitaux tels que le Real Hospital de San José de los Naturales, qui était considéré comme le meilleur hôpital pour les Indiens de la Nouvelle Espagne (Campos-Navarro et Ruiz-Llanos 2001). Les patients ont été envoyés à l'hôpital San Andrés, à Mexico, qui, en 1904, est devenu l'Hôpital Général de Mexico. Néanmoins, plusieurs autres hôpitaux continuèrent à être administrés par l'Église. Pendant l'époque appelée « porfiriato » (1879-1910), on n'adopta pas une véritable politique en matière de santé, mais on chercha seulement à corriger le retard scientifique et à rattraper les grandes nations au moyen de la création de quelques hôpitaux urbains.

Nous analyserons les politiques concernant les Indiens, à partir du début de la Révolution de 1910, en trois étapes, sans limites précises.

La première, de 1910 à 1933, fait ressortir ce qu'on pourra considérer comme le début de l'anthropologie médicale au Mexique, avec l'œuvre de Gamio sur la relation entre le développement et la nutrition, en 1916, ainsi que le commencement de ce qu'on appelle aujourd'hui l'*indigénisme,* dans son livre *Forjando Patria* (Gamio 1916), qui se transforme en un outil de base pour l'intégration des Indiens au système politique et social mexicain (Aguirre-Beltrán 1994; Campos-Navarro 2003; Gamio 1916; Pozas et Pozas 1976).

Cherchant l'unité de la population et l'abolition de toutes les inégalités, la Révolution mexicaine continua l'indigénisme assimilationniste avec quelques nuances selon la vision de chaque groupe d'idéologues (Pozas et Pozas 1976). Par exemple, Gamio proposait un échange de valeurs positives d'où sortirait la culture nationale et il suggérait que les guérisseurs et les sages-femmes soient incorporés et formés au lieu d'être attaqués. À l'autre extrême, d'autres proposaient soit une « occidentalisation » totale des Indiens, soit leur extermination (Aguirre-Beltrán 1994).

Les services de la médecine scientifique ont été mis à la disposition de la population générale par les campagnes d'élimination des endémies et des épidémies. Puisque cette médecine avait un caractère privé et était destinée aux soins individuels, les Indiens faisaient face à l'inaccessibilité économique, en plus de l'inaccessibilité à leur culture et à leur territoire géographique (Bonfil 1994). De leur côté, les Amérindiens conservaient leurs traditions propres au processus santé/maladie et réinterprétaient, assimilaient ou refusaient les éléments de la nouvelle culture médicale. En 1926, Robert Redfield parlait déjà du modèle de transition, selon lequel « [...] patients et pratiquants ont recours à l'une ou l'autre médecine [...] » (Aguirre-Beltrán 1994). Quelques valeurs indiennes, telles que l'usage des plantes médicinales, dont se sont occupés les chroniqueurs et les scientifiques depuis la Conquête jusqu'à nos jours, furent considérées comme utiles.

La deuxième étape, de 1934 à 1967, se distingue par l'institutionnalisation de l'indigénisme en tant que politique officielle et la mise en route des projets de développement intégral à travers l'Institut national indigéniste – INI. La politique indigéniste, conçue comme libératrice, sans tenir compte de ceux qu'elle était censée libérer, cherchait à assimiler les Amérindiens d'une manière non violente à une société qui, prétendument, leur offrirait un meilleur niveau de vie grâce à l'éducation (en espagnol), à la santé et à la répartition des terres (Aguirre-Beltrán 1994; Gamio 1916; Pozas et Pozas 1976; Aguirre-Beltrán et Pozas 1973; Flores 1998; Hernández, Parra et Matus 1993).

Issu des réflexions du Premier Congrès national d'hygiène rurale, en 1936, le service social obligatoire pour les étudiants de médecine ainsi que l'École supérieure de médecine rurale (ESMR) furent créés, dans le cadre de l'Institut polytechnique national (IPN). Ces mesures constituaient des stratégies visant à garantir la disponibilité de médecins aptes à travailler dans les communautés rurales et à comprendre la culture indienne, mais elles ne furent qu'éphémères. Ce fut pendant cette même époque que se développa l'anthropologie médicale sous l'influence importante de Gonzalo Aguierre Beltrán et de Miguel Othón de Mendizábal.

L'indigénisme, en tant que politique publique, fut adopté lors des discussions et des déclarations du Premier Congrès indigéniste interaméricain, tenu à Patzcuaro en 1940, où l'importance de la collaboration entre l'anthropologie et les sciences biologiques et la discussion sur le relativisme culturel ont été introduites (Aguirre-Beltrán 1994). La politique indigéniste fut mise en œuvre par des organismes spécialisés tels que l'INI, qui fut créé en 1948 pour diriger le développement intégral dans les régions indiennes par le biais des Centres de coordination. Ces Centres de coordination mirent sur pied des centres de santé sous la responsabilité de médecins et de promoteurs indiens, et leur objectif était d'introduire la médecine occidentale et de « modifier les attitudes et les croyances qui pourraient empêcher l'acceptation des bienfaits de la médecine scientifique » (Campos-Navarro 2003).

L'idée de la médecine interculturelle d'Aguirre-Beltrán, qui est considéré comme le pionnier de l'anthropologie médicale au Mexique, avait un caractère et une finalité encore plus assimilationnistes: ouvrir le chemin pour diffuser la médecine publique ou socialisée sans entraves culturelles. Il proposait que les soins soient surtout préventifs, en incluant des résidences qui permettraient l'accompagnement familial et l'intervention du thérapeute traditionnel, ainsi que la promotion du travail dans une équipe multidisciplinaire et l'utilisation des résultats de la recherche anthropologique pour guider le personnel de santé (Aguirre-Beltrán 1994). De plus, il pensait que la biomédecine devait être offerte aux Amérindiens sans attendre qu'ils en

fassent la demande, en l'adaptant au contexte culturel des communautés par le biais de l'apprentissage de l'hygiène, tout en l'intégrant au contexte interculturel (Campos-Navarro 2003). L'anthropologie dite critique s'opposait à l'imposition des formes, contenus et valeurs aux peuples indiens et formulait la nécessité d'une médecine interculturelle fondée sur la connaissance de la culture indienne et visant à produire des changements biologiques, culturels, sociaux et environnementaux. En plus, elle remettait en question l'idée selon laquelle la culture était la cause principale des problèmes des peuples autochtones; elle attribuait plutôt ceux-ci aux difficultés économiques et sociales.

Dans la troisième étape, à partir de 1968, se consolide le ministère de la Santé (SSA) dans son rôle de responsable de la santé des Indiens. Les modèles de soins instaurés excluent toute option qui s'écarte de la médecine scientifique, malgré le discours du gouvernement en faveur du respect du pluralisme ethnique (Pozas et Pozas 1976).

Pendant cette période, les services de soins de santé augmentent peu à peu dans les communautés autochtones grâce à l'arrivée du personnel médical de l'INI, de la SSA, de l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS) par le biais du IMSS-COPLAMAR (plus tard IMSS-Solidaridad, aujourd'hui IMSS-Oportunidades), qui fut créé en 1979 dans le cadre d'un programme d'interrelation avec la médecine traditionnelle, toujours en vigueur aujourd'hui (Campos-Navarro 2003). Néanmoins, le programme est critiqué à cause de sa faible orientation socioculturelle, laquelle est indispensable pour comprendre le processus s/m/s et pour planifier les services d'une manière adéquate (Aguirre-Beltrán 1994).

De nombreux accords et déclarations internationales ont été signés qui, même s'ils n'ont pas garanti le changement nécessaire dans les rapports entre les Autochtones avec les sociétés occidentales, ont servi, et servent encore, de moyen de tendre vers la garantie de leurs droits en matière de santé. On peut citer, à titre d'exemples: la Déclaration d'Alma Ata, ratifiée en 1978, l'Accord 169 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur les peuples indiens et tribaux (1989), la Déclaration de l'atelier hémisphérique sur la santé et les peuples indiens à Winnipeg (Canada) en 1993, l'Initiative de santé des peuples indiens de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) – Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1992, et la Déclaration de la décennie internationale des peuples indiens du monde à partir de 1994. Malgré l'engagement des Nations, tous ces accords n'ont pas été suffisamment concrétisés.

À partir de 1968, l'anthropologie critique, représentée notamment par Eduardo Menéndez, Arturo Warman, Guillermo Bonfil et Margarita Nolasco, entre en conflit avec l'orientation culturaliste d'Aguirre-Beltrán et entraîne du nouveau dans l'orientation de quelques recherches et de

certains projets institutionnels. Au début du XXIe siècle, l'interculturalité dans les services officiels de santé du Mexique commence à peine. Il y a des exceptions dans certains projets et programmes qui considèrent quelques aspects des soins interculturels, tels que la présence des thérapeutes traditionnels dans quelques-unes des unités des soins de l'INI, de la SSA ou de l'IMSS-Oportunidades, et même des adaptations locales telles que l'utilisation de hamacs au lieu de lits d'hôpitaux (Campos-Navarro 1997). En outre, on a créé deux hôpitaux dans lesquels les thérapeutes traditionnels pouvaient proposer des consultations dans un cadre allopathique. L'un se trouve à Cuetzalan, Puebla, et l'autre à Jesús María, Nayarit. Même si cette initiative de l'INI permet aux Autochtones de jouir de l'action complémentaire des deux médecines, le manque de sensibilisation et de formation du personnel de santé occidental en matière de travail interculturel ne permet pas le développement adéquat du potentiel de ces hôpitaux pour l'enseignement, la recherche et les soins.

Pendant les 10 dernières années, les services de santé qui étaient la responsabilité de l'INI dans des zones indiennes ont peu à peu été transférés aux Services de santé des États – Servicios Estatales de Salud (SESA) – comme une partie des processus de décentralisation et d'extension de la couverture de soins. Lors de la dernière décennie du XXe siècle, et comme conséquence de la revitalisation du mouvement indien dans sa lutte pour récupérer la dignité et l'autonomie, « les peuples indiens s'insèrent dans l'espace politique en tant que sujets porteurs des propositions alternatives » (Aguirre-Beltrán et Pozas 1973) et le thème des Autochtones est présent dans tous les discours officiels au Mexique.

Dans ce nouveau scénario de propositions et pressions internationales et nationales provenant des groupes autochtones et non autochtones, le gouvernement actuel (2000-2006) a créé une institution qui conseille le pouvoir exécutif et qui doit représenter les intérêts des peuples autochtones auprès du gouvernement. En outre, le gouvernement a proposé la création des institutions au rang de ministères, dans le but de promouvoir la vision ethnique et interculturelle dans tous les programmes, d'où est née la Coordination de santé et nutrition pour les peuples autochtones de la SSA en 2001. Cette coordination n'a eu qu'une courte durée de deux ans, mais son département de médecine traditionnelle – qui existe toujours et se trouve encore dans ses débuts – s'occupe de la formation pour le travail interculturel. L'INI est disparu et sa place est maintenant occupée par une Commission nationale pour le développement des peuples autochtones, qui a un caractère intersectoriel.

D'autre part, le 15 juin 2001, les présidents du Mexique et de l'Amérique centrale ont signé le Plan Puebla Panamá (PPP), dont l'un des huit objectifs de base est le développement humain et social, ce qui inclut un projet

régional de santé. L'État de Puebla a profité du contexte de l'approbation de ce plan pour créer cinq hôpitaux appelés Hôpitaux intégraux avec médecine traditionnelle (Campos-Navarro 1997), dont l'incidence sur la santé de la population devra être évaluée dans l'avenir.

Il existe d'autres approximations aux modèles interculturels de soins de santé utilisées par les ONG, quelques-unes tirent leur origine des débuts du mouvement zapatiste, dont l'une des demandes vise la sphère de la santé. Le mouvement zapatiste demandait des changements sociaux qui permettraient une amélioration des mauvaises conditions matérielles de vie favorisa la mort par des maladies guérissables et peuvant être prévenues. La stratégie zapatiste aujourd'hui est d'éviter d'utiliser au maximum les services de santé du gouvernement. Par contre, et avec l'aide des ONG, le mouvement a établi des projets autonomes de prévention de la maladie et de rétablissement de la santé.

Malgré les progrès accomplis, soit par l'acceptation soit par la tolérance de la médecine traditionnelle dans des programmes ou des projets particuliers (Secretaría de Salud de Puebla 2003), le système officiel de santé a ouvert quelques espaces de concertation, mais il n'a pas encore intégré dans la pratique le principe selon lequel l'effet thérapeutique des médicaments est lié au contexte symbolique et émotionnel qui acquiert un sens dans la culture propre. Il n'a pas, non plus, accordé une véritable participation aux communautés dans la prise de décisions au sujet de l'offre des services (Pozas et Pozas 1976).

RECHERCHE

Entre 1990 et 2000, l'anthropologie médicale mexicaine a diversifié ses sujets d'intérêt et elle est entrée dans une nouvelle étape de recherches théoriques et méthodologiques. Cela est le produit, d'une part, de la naissance de nouvelles institutions localisées dans des régions géographiques éloignées du centre du pays et dédiées au développement spécifique de la campagne et, d'un autre côté, de l'influence de la santé publique en tant qu'intermédiaire dans la production de la connaissance.

Pendant toute la période où l'on a considéré la médecine indienne, les institutions et les chercheurs intéressés par l'anthropologie médicale se trouvaient surtout à Mexico, et très peu ont été placés dans les régions. Il semble que l'Université Veracruzana, où Aguirre-Beltrán réalisa la dernière phase de son travail, fasse exception. Il faut signaler que, avant 1990, la plupart des institutions intéressées par le développement de l'anthropologie médicale étaient des institutions publiques, des universités et des centres de recherches financés par le ministère de l'Éducation.

Plus récemment des institutions privées ou civiles à but non lucratif, qu'on connaît sous le nom générique d'ONG, sont entrées en scène, et ont ainsi apporté une plus grande diversité au domaine.

La santé publique en tant que champ d'étude des besoins de santé des populations et des mécanismes mis sur pied socialement pour y faire face a donné une nuance importante à la vision actuelle de l'anthropologie médicale. À partir des concepts et des méthodes de la santé publique il s'est créé un lien important avec ceux de l'anthropologie médicale, d'où est née une importante production scientifique.

Bien que Gonzalo Aguirre-Beltrán fut médecin et que son travail ait énormément influencé le développement de l'anthropologie médicale mexicaine, avant les années 1990, l'intérêt de la médecine pour l'anthropologie médicale n'était ni courant ni important. C'étaient surtout des anthropologues qui s'en occupaient et la vision de la recherche ainsi que des sujets de discussion à cette époque étaient biaisés par leur perspective professionnelle. Aujourd'hui, on peut aussi définir clairement un autre élément: la participation d'un nombre croissant de chercheurs formés dans les disciplines biologiques, médicales et sociales. Cela est fondamental pour le développement futur de l'anthropologie médicale. Même si cette discipline définit théoriquement les thèmes proprement anthropologiques dans le domaine de la santé, de la maladie et de la mort, ainsi que dans les méthodes de terrain et d'analyse, il est difficile d'établir une différence entre la production intellectuelle surgie dans le champ de l'anthropologie médicale et celle des sous-disciplines proches comme la sociologie médicale ou la médecine sociale. Cette différence en elle-même peut être importante pour évaluer la production scientifique d'un champ différencié, ainsi que ses accomplissements. Elle l'est aussi pour déceler les vides de la recherche qui devront être comblés dans l'avenir.

Il est important de souligner la capacité historique de l'anthropologie médicale d'utiliser des produits de son travail de recherche dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques destinées à l'amélioration des conditions de santé et à l'offre de services. En effet, depuis ses origines, la recherche en anthropologie médicale au Mexique s'est faite dans les institutions publiques et non pas dans les universités. C'est encore Aguirre-Beltrán qui, grâce à son travail, a établi le rapport entre les deux domaines. Il est possible qu'aujourd'hui l'anthropologie médicale soit devenue une activité plus académique que pragmatique. Pourtant, il est clair que l'offre de services publics exige la connaissance d'aspects peu étudiés, tels que le rapport entre la culture et l'utilisation des services, l'interaction entre fournisseurs des services et bénéficiaires, entre autres. Des aspects qui, en plus, sont modifiés de façon permanente devant l'offre de nouveaux programmes et services.

Une grande partie de l'explication du phénomène décrit ci-dessus est l'ouverture des espaces universitaires à la production en anthropologie médicale. Pourtant, dans beaucoup de cas, ces espaces n'ont pas réussi à établir un rapport fonctionnel avec les institutions publiques chargées d'offrir les services de santé à la population. Dans une certaine mesure, cela est dû au fait que les chercheurs sont devenus les plus grands critiques de ces institutions, ce qui peut les en éloigner, mais aussi parce que la différenciation institutionnelle dans le secteur public mexicain n'a pas élaboré une stratégie d'interaction fonctionnelle. Il faut se rappeler qu'Aguirre-Beltrán était en même temps un académicien de renom et un fonctionnaire public compromis dans les actions du gouvernement. La vision critique de la société est, sans doute, l'une des tâches du chercheur. Et l'anthropologie médicale ne doit pas faire exception. Néanmoins, il est aussi important de chercher activement les échanges avec ceux qui prennent les décisions afin de négocier au sujet de la valeur et de l'utilité pratique de l'information engendrée.

On doit aussi signaler le développement des phases ethnologiques et ethnographiques de l'anthropologie médicale. On peut penser que, dans les périodes préalables à l'année 1990, aussi bien le développement des propositions théoriques que la collecte d'information sur le terrain (et son application) étaient des aspects qui allaient de paire. Dans les dernières années, les travaux produits à partir des données de terrain et leur interprétation spécifique avec l'utilisation de théories prédéfinies constituent une large majorité. Récemment, même si les formulations théoriques ont eu un développement plus restreint et centré dans quelques institutions, leur influence n'en a pas pour autant été moins importante. Il est possible que le travail le plus important dans ce sens soit celui d'Eduardo Menéndez, dont les propositions théoriques ont trouvé appui chez une grande quantité d'anthropologues médicaux d'aujourd'hui, pas seulement au Mexique, mais dans d'autres pays de l'Amérique latine et d'Europe.

L'apport des chercheurs étrangers (tels que Robert Redfield, Oscar Lewis et George Foster, parmi les plus chevronnés) à l'anthropologie mexicaine a été, certes, considérable et constitue une partie fondamentale de son développement. Une bonne partie de la production universitaire théorique ayant une influence dans le contexte mexicain vient des pays étrangers, notamment des États-Unis, de la France et de l'Angleterre. Les travaux récents de l'anthropologie mexicaine ont trouvé une base dans ces théories. D'autre part, les ethnographies continuent à être réalisées en grande partie par des chercheurs qui ne travaillent pas dans les institutions académiques mexicaines.

Finalement, il faut marquer que l'anthropologie mexicaine est entrée dans une étape d'expansion des sujets d'intérêt et que la participation des

chercheurs dont la formation d'origine se situe dans d'autres disciplines a enrichi le domaine. Les limites établies au départ par l'anthropologie indigéniste ont été dépassées. On est passé de l'étude de la médecine traditionnelle aux thèmes de santé qu'on discute aujourd'hui, tels que les institutions et les maladies chroniques. L'époque des fondateurs est dépassée, et on est arrivé à la constitution d'une masse critique avec un poids spécifique dans le développement de l'anthropologie médicale et à une diversité régionale et institutionnelle.

INSTITUTIONS ET THÈMES

Tel que nous l'avons signalé dans la section précédente, pendant les dernières années, nous avons assisté à une diversification institutionnelle dans la production d'information s'appuyant sur la recherche scientifique. La plupart des institutions sont de caractère public et on peut observer que leur localisation géographique se concentre au sud du pays mais inclut tout de même quelques États du nord, comme Sonora. Les institutions à caractère privé/social, elles aussi, jouent un rôle dans la production de publications dérivées des processus de recherche. Pourtant, les institutions qui concentrent la production sont peu nombreuses. Entre elles, nous avons le Centre de recherches et d'études supérieures en anthropologie sociale – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), la Faculté de médecine de l'Université nationale autonome du Mexique (UNAM) et l'Institut de recherches anthropologiques, appartenant aussi à l'UNAM. Pour la plupart, les institutions qui stimulent la recherche dans des thèmes d'anthropologie médicale sont des universités, autant dans la capitale que dans le reste du pays.

Les institutions à l'œuvre dans le champ de l'anthropologie médicale au Mexique

Institution	Caractère	Dépendant de	Thèmes
Centro de Estudios Superiores en Antropología Social	Public	Secretaría de Educación Pública	Développements théoriques, modèles médicaux, soins procurés dans le milieu familial, alcoolisme
Instituto Nacional Indigenista	Public	Secretaría de Desarroll Social	Médecine traditionnelle et amérindienne
Instituto Nacional de Antropología e Historia	Public	Secretaría de Educación Pública	Santé et religion, médecine traditionnelle
Instituto de Investigaciones Antropológicas	Public	Universidad Nacional Autónoma de México	Idéologie médicale, corps humain, médecine traditionnelle
Centro Universitario de Ciencias de la Salud	Public	Universidad de Guadalajara	Maladies chroniques, santé de la famille, institutions de santé
Facultad de Medicina	Public	Universidad Nacional Autónoma de México	Médecine traditionnelle, santé interculturelle, maladies chroniques
Facultad de Ciencias Antropológicas	Public	Universidad Autónoma de Yucatán	Médecine amérindienne
Facultad de Ciencias Sociales	Public	Universidad Autónoma de Sonora	Médecine traditionnelle, herboristerie
Escuelade Medicina	Public	Universidad Veracruzana	Médecine amérindienne, VIH/sida
ECOSUR	Public	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología	Santé mentale
Instituto Nacional de Salud Pública	Public	Secretaría de Salud	Modèles médicaux, utilisation des services de santé, qualité des soins de santé, sida
El Colegio de México	Public	Secretaría de Educación Pública	Santé reproductive
El Colegio de Sonora	Public	Secretaría de Educación Pública	Santé occupationnelle
El Colegio de Michoacán	Public	Secretaría de Educación Pública	Médecine traditionnelle, guérisseurs
ONG	Privé/ Social	Indépendant	Santé reproductive dans des villages amérindiens
Fundación Mexicana para la Salud	Privé/ Social	Indépendant	Médecine alternative, conditions de santé et soins de santé dans des villages amérindiens

* Compilation des auteurs, 2004

Il est aussi possible de voir que les thèmes de recherche sont toujours concentrés autour de la médecine amérindienne, dans leurs aspects autant idéologiques que pratiques. Ceux-ci incluent des sujets comme l'utilisation des plantes médicinales, des concepts sur la sexualité, la reproduction et autres. Néanmoins, des approches aussi attrayantes comme celle conçue par Arthur Rubel, Rolando Collado-Ardón et d'autres en lien avec la vision épidémiologique des maladies traditionnelles comme le « susto » (peur, frayeur), n'ont pas eu de suite et ne font partie que d'un héritage historique dans les recherches du pays.

Il faut signaler que, dans l'étude de la médecine traditionnelle, la publication de la Biblioteca de la Medicina Tradicional par l'INI en 1994 constitue un moment clé dans l'histoire de l'anthropologie médicale moderne du Mexique. Cette publication a été le résultat d'un énorme, qui a duré 10 ans, travail sur les pratiques et les concepts de la médecine traditionnelle des populations amérindiennes du pays.

D'autres thèmes ont surgi dans la période la plus récente. Parmi eux, se trouve l'étude de l'alcoolisme dans les communautés amérindiennes, dirigée par Eduardo Menéndez au sein du CIESAS. Aussi, les études d'évaluation des programmes de santé proposés par les institutions publiques sont d'une importance semblable. On a pu constater que les programmes n'ont toujours pas la sensibilité culturelle malgré les efforts pour rajuster l'offre aux conditions des populations. Il est évident que les adaptations n'ont pas suffi ni en nature ni en volume et qu'il est nécessaire de connaître à fond les préférences des communautés qui les reçoivent pour pouvoir les adapter à chaque groupe. L'offre des programmes de l'État est homogène parce qu'elle est fondée sur des critères qui donnent la priorité à l'efficacité et non pas à la qualité des soins, laquelle est particulièrement en lien avec l'interaction entre fournisseurs et bénéficiaires.

Étudier le rapport entre l'offre des programmes et leur utilisation a ouvert une grande quantité d'avenues de recherche, dont la santé sexuelle et reproductive, le thème sur lequel on a fait le plus de recherches. La raison principale est que le plus grand nombre des consultations et hospitalisations dans le système mexicain de santé est lié à la grossesse et à l'accouchement. Dans maintes régions marginalisées du pays, la mortalité maternelle et infantile sont des phénomènes trop présents, et on a pu voir au long des décennies des déficiences dans la qualité des soins dans ce domaine, de même que des violations des droits de reproduction.

Comme on le sait, le sida est un thème majeur de recherche à cause de la signification épidémiologique du problème. Ici encore, la recherche a permis de constater le stigma et le préjudice de la part de la société en général et en particulier des fournisseurs des services de santé envers la

population infectée. Le sida est, peut-être, le thème pour lequel le rapport entre la recherche et l'élaboration des politiques est le plus étroit.

Il est aussi intéressant de signaler les recherches faites sur les médecines alternatives ou complémentaires. C'est un thème de grande actualité dont l'incidence n'a pas encore été évaluée dans beaucoup de pays. Malgré le fait que près de 8 % des populations des zones urbaines utilisent ces services de manière fréquente, les systèmes officiels de santé nient leur existence. À cette négation s'ajoute, en plus, une confusion au sujet de la nature des médecines alternatives. Même si la plupart de ses approches sont d'importation récente, le système de santé les classe avec la médecine traditionnelle, c'est-à-dire ayant une base rationnelle qui ne peut s'appuyer sur des preuves scientifiques et, donc, comme un ensemble des propositions à basse efficacité et difficiles à tenir. Pourtant, leur niveau d'utilisation augmente et le besoin de comprendre en profondeur la logique de leur articulation au système des soins est impératif.

Bref, la recherche actuelle en anthropologie médicale au Mexique représente le produit d'une série d'événements historiques qui lui ont permis de construire sa base conceptuelle initiale, laquelle était orientée vers l'étude des populations amérindiennes. À cette base s'est ajouté un ensemble de courants qui ont enrichi la vision de l'étude de l'anthropologie médicale en la transformant en une activité essentiellement universitaire. Pourtant, l'anthropologie médicale s'est intéressée très peu à la recherche directement applicable ou à l'évaluation des programmes de santé. Actuellement, plusieurs programmes de santé – sur le plan fédéral et dans les différents États du Mexique - nécessitent une évaluation de leur rendement. Ils ont besoin de la perspective anthropologique pour comprendre la qualité des soins, la satisfaction du patient, la sensibilisation des programmes par la perspective des patients et bien d'autres aspects du ressort des populations tant amérindiennes que non amérindiennes. Ce domaine peut avoir un développement crucial dans l'avenir.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE AU MEXIQUE

Dans le contexte de la croissance, du développement et de la consolidation de l'anthropologie médicale au Mexique, l'enseignement de celle-ci a également pris de l'extension. L'enseignement commence avec des actions isolées des premiers anthropologues qui se sont dédiés de manière directe ou indirecte à l'étude du processus santé/maladie/soins.

Comme nous l'avons dit, l'anthropologie médicale mexicaine commence avec les travaux avant-gardistes de M. Gamio sur l'amélioration du niveau de vie des habitants de la vallée de Teotihuacán (1922), dans lesquels l'alimentation et ses effets nutritionnels occupent une place importante. Plus tard, apparaissent les efforts d'introduction des soins médicaux dans les villages amérindiens purépechas sous la direction de M. Sáenz dans la « Cañada de los Once Pueblos » dans l'État de Michoacán (1932-1933). Dans les années 1940 et 1950, on doit compter les apports de Gonzalo Aguirre-Beltrán, le théoricien du relativisme culturel anthropologique au Mexique. Il a été disciple de Melville Herskovits et de Gamio, et il a publié des livres classiques de l'anthropologie médicale mexicaine, dont *Los programas de salud en la situación intercultural* (1955), *Magia y Medicina. El proceso de aculturación en la estructura colonial* (1963) et *Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México* (1986).

En 1939, c'est Aguirre-Beltrán avec Miguel Othón de Mendizabal, Julio de la Fuente et quelques autres, qui ont donné les premières leçons systématisées sur l'anthropologie médicale à l'École supérieure de médecine rurale (ESMR), qui dépendait du IPN. La philosophie de base de cet institut proposait de transférer les connaissances scientifiques et technologiques aux populations ouvrières et paysannes et d'ouvrir une solution de rechange à ce qu'on percevait comme l'élitisme universitaire. Ils ont essayé de former à l'ESMR, qui se trouvait à Mexico, de jeunes médecins d'origine paysanne pour qu'ils rentrent dans leurs communautés afin de pratiquer une médecine en accord avec les concepts biomédicaux. Cet effort n'a pas eu de suite pour diverses raisons peu claires. En vérité, la demande de médecins commençait à se concentrer dans les villes à cause de la création des institutions de santé financées par l'État. Il ne faut pas oublier qu'en 1943 l'État avait créé l'Institut mexicain de la sécurité sociale et le ministère de la Santé, lesquels ont employé une grande quantité de médecins formés aussi bien dans les universités que dans l'Institut polytechnique national.

Des cours (niveau licence) avec un certain accent sur l'ethnomédecine et la médecine traditionnelle sont toujours assurés de manière discontinue à l'École nationale d'anthropologie et histoire (ENAH). En 1985, suivant l'initiative de Eduardo Menéndez et l'appui en tant qu'enseignant de Roberto Campos-Navarro, un atelier (niveau maîtrise) en anthropologie médicale a démarré. Après 1996, l'atelier avait grandi suffisamment pour former un groupe d'élèves de doctorat. Avec une orientation fondée sur l'anthropologie médicale critique, les cours biannuels ont établi une conception du processus santé/maladie/soins qui va au-delà des ses composants strictement culturalistes et ont introduit des modèles explicatifs à caractère sociopolitique. En s'éloignant du relativisme culturel dominant, ils ont donné naissance à une vision différente qui met en relief la présentation théorique des

modèles médicaux conçue par E. Menéndez depuis les années 1960 dans des ouvrages importants comme : *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (1981), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica* (1990) et *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo* (2002).

À cause des différences politiques et administratives avec les autorités scolaires de l'ENAH, les trois professeurs qui dirigeaient l'atelier au niveau maîtrise et doctorat ont été obligés de démissionner en 2000, et l'atelier a disparu.

À Mexico, le Centre de recherches et d'études supérieures en anthropologie sociale (CIESAS) a démarré, dans les années 1990, une maîtrise et un doctorat en anthropologie médicale où un bon nombre d'étudiants ont déjà été formés. Aujourd'hui, il y a des cours réguliers en anthropologie médicale dans les campus de la ville de Oaxaca, ainsi qu'à San Cristobal de las Casas, au Chiapas. Il faut citer ici les noms d'E. Menéndez, M. E. Módena, R. M. Osorio, S. Lerín, P. Sesia et G. Freyermuth. Comme à l'ENAH, leur orientation est celle du courant appelé anthropologie médicale critique.

À l'École de santé publique, qui durant les années 1990 s'est transformée en Institut national de santé publique, on enseigne des matières proches de l'anthropologie médicale. Beaucoup de thèses présentées par les étudiants ont un fort contenu anthropologique. Parmi les professeurs de cette institution à différentes époques, nous pouvons nommer Aguirre-Beltrán, García Manzanedo, Loewe, Menéndez, Bronfman et Castro.

Depuis les années 1970, il y a eu quelques cours d'anthropologie de la médecine dans la formation spécialisée des résidents de médecine familiale appartenant à l'Institut mexicain de la sécurité sociale en accord avec l'UNAM. Actuellement, ce genre de tentative est isolé et discontinu.

Par ailleurs, en 1985, la Faculté de médecine de l'UNAM a inclus, pour la première fois, l'étude obligatoire de l'anthropologie médicale dans son curriculum. Compte tenu du fait que la formation des étudiants de médecine devait avoir une plus grande approche de la vision humaniste, il a été décidé d'inclure des espaces théoriques pour l'éthique et l'anthropologie médicale dans la section Histoire et Philosophie. Vu la taille des inscriptions, puisque la Faculté reçoit une moyenne de 800 étudiants de licence par année, il a fallu embaucher des professeurs-médecins avec études préalables en anthropologie ou bien des anthropologues qui avaient une expérience dans le processus santé/maladie/soins. Au départ, les contenus de cette matière traitaient des thèmes en lien avec l'origine, le développement et l'utilité de l'anthropologie médicale, des systèmes de valeurs et croyances méso-américains reliés aux processus s/m/s, aux modèles médicaux, à la médecine populaire traditionnelle mexicaine, aux processus bio-culturels

(grossesse, accouchement, période puerpérale, alimentation, vieillesse et mort), aux aspects anthropologiques du rapport médecin-patient, à la pratique de la médecine dans des contextes interculturels et à la conception générale de l'humain.

Des diplômes en anthropologie médicale ont été organisés avec un format similaire, mais plus synthétique. En 2000, l'UNAM a réalisé un diplôme en santé interculturelle en coordination avec l'Université Tomás Frías de la ville de Potosí, en Bolivie. Ce cursus s'est distingué par son caractère théorique et pratique qui a permis aux étudiants de recevoir leur diplôme en faisant une présentation publique de leurs travaux de recherche-action. Actuellement, les programmes de licence en anthropologie sont élaborés à l'Université autonome de Guerrero et il existe des programmes de maîtrise et de doctorat en santé interculturelle à l'Université Mayor de San Cristobal de Huamanga à Ayacucho, au Pérou. Parmi les livres utilisés dans les cours de l'UNAM, il faut signaler: *La antropología médica en México* (1992) de R. Campos-Navarro et *Antropología y Práctica Médica* (1987) de Viesca et ses collaborateurs.

En ce qui concerne les maîtrises et les doctorats, l'Institut de recherches anthropologiques de l'UNAM, même s'il n'offre pas de cours spécifiques en anthropologie médicale, propose des cours tels qu'anthropologie du corps, ethnologie de la santé-maladie, anthropologie de la médecine et d'autres similaires, qui offrent un appui théorique pour les étudiants engagés dans des protocoles de recherche dans le domaine de l'anthropologie médicale. Même s'il n'existe pas de programme articulé en anthropologie médicale, il y a pourtant des cours réguliers et sporadiques donnés à l'Université de Guadalajara, au Colegio de Michoacán, à l'École de santé publique / Institut national de santé publique, à l'Université autonome du Yucatán, au Colegio de Sonora et à l'Université autonome de l'État de Mexico.

Sur le plan fédéral, le ministère de la Santé, à travers son département de Médecine traditionnelle et Développement interculturel, a essayé plus récemment d'introduire l'anthropologie médicale dans les écoles universitaires de médecine et de soins infirmiers. L'indice et la continuité de ses efforts devront être évaluées dans l'avenir. La Faculté de médecine de l'Université Veracruzana mérite une mention spéciale, puisqu'elle propose un cours obligatoire d'anthropologie pour lequel un livre à usage universitaire a été compilé par R. M. Lara y Mateos: *Medicina y Cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud* (1994).

Pour conclure, nous signalons que les nouvelles politiques publiques ont créé de nouvelles possibilités d'action de la société civile quant au traitement interculturel de la santé. Par exemple, une ONG nommée Yolpahtli (Services de santé avec qualité interculturelle dans des villages amérindiens), formée par des professionnels de l'anthropologie et des sciences biomédicales, a créé des cours de sensibilisation et de formation continue

pour les fonctionnaires des ministères de Santé des quelques États où il y a une population amérindienne, dans le but d'introduire l'approche interculturelle dans les programmes de santé destinés à ces populations.

COMMENTAIRES FINAUX

Tel qu'on l'a expliqué dans ce chapitre, l'anthropologie médicale au Mexique a connu un développement accéléré pendant les 70 dernières années. Les anthropologues médicaux mexicains ont été capables de créer une identité propre par rapport à leur travail, grâce à l'existence d'une importante quantité de phénomènes concernant le rapport interculturel dans le domaine de la santé. Ce n'est pas par hasard que cette période est la même que celle de la fondation des institutions publiques de santé qui aujourd'hui représentent le cœur de la structure de services de soins au Mexique. Au départ, les institutions de santé reflétaient en grande partie la politique intégrationniste de l'État mexicain en ce qui concerne les populations amérindiennes du pays. Maintes études réalisées ont cherché à comprendre comment il serait possible d'atteindre l'accès aux services publics de santé et leur acceptation. Et quand ce but a été atteint, l'intérêt s'est centré sur l'identification du rapport du patient amérindien avec le personnel de santé, particulièrement avec le médecin.

La croissance de cette interaction a servi comme impulsion au développement de la discipline en tant que domaine important des études, pas seulement pour la production d'un nouveau savoir à propos de l'expression de l'interculturalité dans l'aire de la santé, mais aussi parce que ce savoir avait un énorme champ d'application dans la définition de politiques publiques et l'adéquation des programmes.

Il faut souligner la grande importance des chercheurs venus d'autres pays dans le développement de l'anthropologie médicale mexicaine. En ce sens, on peut dire que l'influence internationale a réussi à consolider une proposition originale, théoriquement diversifiée, méthodologiquement solide ainsi que la production de résultats extrêmement pertinents. Les publications engendrées dans le champ de l'anthropologie médicale à partir des études faites au Mexique, écrites par des Mexicains et par des étrangers, sont très abondantes et quelques-unes de ces études peuvent être considérées comme de véritables classiques sur le plan national et international.

C'est peut-être dans le champ de l'enseignement que le développement a été le plus lent et discontinu. Ce n'est qu'au milieu des années 1980 que l'École nationale d'anthropologie et d'histoire a proposé un atelier visant les aspects du rapport santé/maladie. À partir de cet effort, d'autres

institutions ont réussi à consolider des programmes de formation et de mise à jour, mais elles ne représentent pas encore une offre suffisante pour les besoins de formation.

C'est ainsi que l'anthropologie médicale mexicaine est passée de la période de sa fondation et légitimation primaire à une époque où il existe déjà une masse critique de chercheurs et d'enseignants, ainsi que de l'étude presque exclusive de la médecine traditionnelle amérindienne à la diversification des thèmes en lien avec la santé de la population en général. La diversification thématique récente est un signe de cette maturité et les années à venir seront cruciales pour la consolidation de cette discipline. On devra alors désigner les institutions qui aident à son développement – des universités, des institutions d'études supérieures, des institutions de santé ou des ONG – afin de donner la plus grande articulation possible à leurs tentatives.

Références

AGUIRRE-BELTRÁN G., 1994 (1955), *Programas de salud en la situación intercultural.* Obra Antropológica V, México DF, FCE.

AGUIRRE-BELTRÁN G., 1994, *Antropología Médica.* Obra Antropológica XIII. México DF, FCE.

AGUIRRE-BELTRÁN G. et R. POZAS, 1973, «La política indigenista en México. Métodos y resultados», Tomo II. Cap V. *Medicina y Salubridad. Instituciones indígenas en México actual.* Mexico DF, INI-SEP.

BONFIL G., 1994, *México profundo. Una civilización negada.* México DF, Ed. Grijalbo.

BRACHET V., 2003, *Nacimiento, auge del estado benefactor mexicano (1823-2000).* Ponencia presentada en el seminario «Social Policy in Late Industrialization: A Comparative Study of Latin America». Universidad de Santiago de Chile. 13-15 agosto de 2003.

CAMPOS-NAVARRO R. (dir.), 1992, *La antropología médica en México.* Mexico DF, Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.

CAMPOS-NAVARRO R., 1997, «La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano», *IMSS*, 35 (4): 287-294.

CAMPOS-NAVARRO R., 2003, *Una visión general sobre la medicina intercultural. Capítulo primero. Introducción a la medicina Intercultural.* Ed. Trillas.

CAMPOS-NAVARRO R. et A. RUIZ-LLANOS, 2001, «Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España», *Gac Méd Mex*, 37, 6: 595-608.

FLORES J., 1998, *La revuelta por la democracia. Pueblos indios, política y poder en México.* Mexico DF, Ed. El Atajo.

GAMIO M., 1916, *Forjando Patria.* México.

HERNÁNDEZ J, L. PARRA et M. MATUS, 1993, *Etnicidad, nacionalismo y poder. Tres ensayos.* Oaxaca, Universidad Autónoma Benito Juáre de Oaxaca.

LARA Y MATEOS R. M., 1994, *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud.* Mexico DF, Ed. Plaza y Valdés.

MENÉNDEZ E., 1981, *Poder, estratificacíon y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán,* México DF, CIESAS.

——, 1990, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica.* México DF, Ed. Patria.

——, 2002, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo.* Barcelona, Ediciones Bellaterra.

NIGENDA G., G. MORA, S. ALDAMA et E. OROZCO, 2001, «La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre la regulación y la tolerancia», *Salud Pública de México,* Vol. 43, N° 1., 41-51.

POZAS R. et I. POZAS, 1976, *Los indios en las clases sociales de México.* 5e éd., México DF, Siglo XXI.

SECRETARÍA DE SALUD DE PUEBLA. *Hospitales Integrales con Medicina Tradicional.* Puebla, Puebla. 2003.

VIESCA *et al.*, 1987, *Antropología y Práctica Médica.* México DF, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

VILLORO L., 1950, *Los grandes momentos del indigenismo en México.* Mexico DF, El Colegio de México.

DEUXIÈME PARTIE

REGARDS EUROPÉENS

CHAPITRE 6

L'anthropologie médicale en France

Sylvie Fainzang

Présenter l'évolution du champ de l'anthropologie de la santé en France, ainsi que son apport à ce domaine de recherche sur la scène internationale, est une tâche bien difficile, tant il est évident qu'une discipline se développe dans un pays en synergie avec ce qui se passe dans les autres et que la science, toute marquée qu'elle soit par un contexte national et social donné (les choix intellectuels, les contraintes politiques, les aléas institutionnels, etc.), ne connaît pas, quant à elle, de frontières. Cela est sans doute encore plus vrai de nos jours où le contexte social tend à être de plus en plus homogène, compte tenu des effets de la mondialisation. On tentera toutefois de brosser le tableau de ce domaine de recherche, en en présentant les orientations de même que la dynamique et en montrant que les diverses questions posées au cours du temps doivent être mises en relation avec des problématiques plus générales, inférées par la réalité sociale et, par conséquent, par des données politiques, économiques, culturelles et pathologiques spécifiques.

L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE : UNE APPELLATION D'ORIGINE CONTRÔLÉE ?

Le champ de l'anthropologie médicale s'est constitué en France dans les années 1980, à la croisée de différents chemins : il a cristallisé un faisceau d'intérêts pour le système médical et la gestion de la maladie dans les autres cultures, parmi de nombreux chercheurs venus de l'anthropologie religieuse pour les uns, de l'anthropobiologie pour d'autres. Cette période est marquée par l'émergence de labels distincts, que sont l'anthropologie médicale, l'anthropologie de la maladie et l'ethnomédecine. Ces différentes appellations sont liées à la formation, dès le développement de ce domaine de recherche, de plusieurs « écoles », principalement autour de figures comme celles de Marc Augé, d'Andras Zempléni et de Jean Benoît, chacune favorisant des types de recherches différents.

On trouve ainsi des recherches issues d'une problématique biomédicale qui se sont attachées à trouver un lien entre des faits ou des processus biomédicaux donnés et des faits socioculturels spécifiques d'un milieu, et qui ont tissé des liens étroits avec d'autres disciplines comme l'épidémiologie. Dans ces travaux, l'explication du fait biomédical passe par des déterminants socioculturels, et c'est la relation nécessaire du socioculturel et du biomédical qui fait relever ces approches de l'anthropologie médicale. Ainsi, l'étude du pouvoir cancérigène (rhino-pharynx) de substances contenues dans le poisson séché utilisé par certains groupes ethniques chinois (Hubert-Baré et de Thé 1988) est un exemple de collaboration interdisciplinaire où une recherche en ethnologie de l'alimentation s'est avérée indispensable. Comme le notent Sindzingre et Zempléni (1982), on a là la démonstration d'un lien entre modes de vie et pathologies données, et d'une recherche médico-anthropologique finalisée, dans la mesure où la compréhension des stratégies alimentaires passe par l'étude de ses déterminants socio-économiques, écologiques et politiques. L'ethnomédecine, quant à elle, s'est davantage focalisée sur les savoirs populaires relatifs à la maladie et à son traitement, avec un intérêt marqué pour la pharmacopée. Ces travaux ont été contestés pour leur tendance à vouloir autonomiser les phénomènes relatifs à la maladie et à la médecine par rapport à leur contexte global.

En contrepoint de ces approches, et tout particulièrement par opposition avec l'anthropologie médicale, s'est développée l'anthropologie de la maladie, dont le chef de file fut Marc Augé (1984). Celui-ci n'envisage pas l'anthropologie de la maladie comme distincte de l'anthropologie sociale, et il considère la maladie comme un objet empirique particulier que se donne l'anthropologie générale, et comme exemple concret de liaison entre ordre biologique et ordre social. Suivant la voie ouverte par les travaux anglo-saxons qui ont montré l'importance du contrôle social dans le traitement de la maladie et tout particulièrement de l'école britannique (autour d'Evans-Pritchard et de Turner) qui a mis en relief le rôle tactique des pratiques thérapeutiques dans les processus sociaux, les travaux français (Augé 1984; Zempléni 1985) ont mis en évidence l'immanence des théories locales des pouvoirs (des théories de la personne et de l'explication du mal) à la structure sociale, et donc, la co-extensivité entre processus sociaux et processus interprétatifs et thérapeutiques. Cette approche a parfois donné lieu à la collaboration de l'anthropologie avec d'autres disciplines comme la psychologie, la psychanalyse et la psychiatrie (notamment les travaux de Zempléni (1982) sur le processus persécutif qui sous-tend les systèmes d'interprétation de la maladie dans les sociétés africaines).

L'anthropologie médicale et l'anthropologie de la maladie ont tendance, alors, à recouvrir chacune des objets, des problématiques et des finalités différentes (Fainzang 1990). La première tend ainsi à utiliser

l'anthropologie pour éclairer, par une connaissance des faits de culture, les phénomènes relatifs à la maladie, en vue de contribuer à enrichir la recherche médicale, tandis que la seconde considère que les problèmes posés dans le domaine de l'anthropologie sociale et culturelle trouvent dans les travaux prenant la maladie pour objet un terrain de réflexion privilégié. Si la notion d'« anthropologie de la maladie » a connu par la suite un relatif déclin au profit de l'expression d'anthropologie médicale, pour la simple raison que c'est cette dernière expression, calquée sur la formule anglo-saxonne, qui prévaut sur le plan international, elle a néanmoins exercé une large influence sur la manière dont ce champ s'est développé en France, et notamment à travers la réaffirmation de l'approche holiste qui la caractérise, par sa filiation immédiate avec l'anthropologie sociale.

On assiste plus tard à l'émergence de la notion d'« anthropologie de la santé » qui s'est peu à peu imposée sans toutefois supplanter complètement celle d'« anthropologie médicale ». L'usage de cette expression vise, pour les uns, à marquer leur adhésion au projet de l'anthropologie sociale générale d'étudier les modalités de transformation économiques, sociales et culturelles qui touchent les sociétés, et exprime, pour d'autres, le souci d'être partie intervenante dans les débats et les actions qui concernent le développement du tiers-monde. Renouant en partie avec la volonté qu'avait Marc Augé (1986) d'inscrire l'anthropologie de la maladie dans l'anthropologie sociale en général, certains chercheurs proposent une lecture plus sociale et politique de ce qui fonde le rapport des individus et des groupes à la santé. Définie par Fassin (2000 b) comme « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique de l'autre », en raison de quoi « elle est à la fois autre chose et bien plus que l'envers de la maladie à quoi on la ramène souvent ou que l'idée de bien-être global dont les institutions sanitaires assurent la promotion » (2000b: 96), il propose la notion de *biologiques*, c'est-à-dire de « logiques sociales qui mettent le vivant *et* la vie à l'épreuve du politique », pour faire valoir le fait que l'anthropologie de la santé, distincte de l'anthropologie médicale, ne peut être appréhendée sans une double lecture historique et politique, la santé étant résolument conçue comme un produit social et politique.

Comme on le voit, ces différentes notions et appellations sont parfois fondées sur un socle théorique précis et parfois affaire de convention, se soldant éventuellement par l'usage œcuménique de l'expression « anthropologie de la santé et de la maladie » pour désigner ce champ. Aujourd'hui, l'emploi des notions tend à se faire moins dogmatique, et l'on parle parfois presque indistinctement d'anthropologie médicale ou d'anthropologie de la santé, comme pour s'aligner sur les notions les plus couramment utilisées dans d'autres pays, et notamment en Amérique et en Europe du Nord.

Si cette distinction a pu paraître stérile à certains observateurs étrangers, elle a eu le mérite cependant de rappeler la nécessité de ne pas perdre les acquis épistémologiques de l'anthropologie et de ne pas laisser cette discipline se dissoudre dans une finalité médicale. Dans de nombreux cas, l'appellation de ce champ posait la question de savoir si, avec l'anthropologie médicale, les chercheurs faisaient de l'anthropologie ou de la médecine, autrement dit s'ils cherchaient à accroître la rentabilité des programmes sanitaires ou à améliorer la connaissance de l'Homme en société.

La question des relations que l'anthropologie a nouées avec la médecine est restée problématique, la première tendant parfois, lorsqu'elle prend la maladie ou la médecine pour objet, à s'identifier avec la médecine et à ne pas suffisamment s'affranchir des catégories biomédicales. À cet égard, on pourrait opposer à Francis Zimmermann (1995), selon qui « [n]ous ne pouvons récuser totalement le point de vue médical sous peine de ne plus faire que de l'histoire des religions », le fait qu'on peut être attentif à la dimension phénoménologique de la maladie (et à ses conséquences en ce qui concerne le vécu corporel et de souffrance) sans pour autant endosser le « point de vue » médical. On en vient d'ailleurs désormais à considérer que la médecine occidentale doit être elle-même un objet pour l'anthropologie, et non pas seulement un discours scientifique coopérant avec l'anthropologie face à la maladie. L'un des paris de l'anthropologie médicale est de se montrer capable de soumettre aussi la biomédecine à ses outils analytiques, c'est-à-dire de considérer le système biomédical (son discours et ses pratiques) comme n'importe quelle pratique sociale profane ou comme n'importe quel objet exotique. Cela signifie que l'anthropologie médicale ne doit pas s'appuyer, épistémologiquement parlant, sur le paradigme médical. On peut parfaitement examiner le domaine de la maladie et de la médecine avec des catégories étrangères à celle de la médecine, autrement dit avec des catégories véritablement anthropologiques. Le point de vue biomédical lui-même doit être envisagé avec la même distance critique que le point de vue religieux. Mais pour admettre cela, il a fallu que notre discipline accepte de renouveler le cadre de son observation, et notamment qu'elle envisage la possibilité de porter son regard sur notre propre société, et non pas seulement sur les autres.

LA DYNAMIQUE DES TERRAINS ET DES THÉMATIQUES

En 20 ans d'existence, cette discipline a abordé un nombre considérable de thématiques, dont le choix est lié pour les uns à des itinéraires de recherche intellectuels, pour d'autres, à la volonté de répondre plus directement à une demande sociale.

L'anthropologie chez soi

Bien que l'anthropologie se soit longtemps définie comme une discipline tournée vers l'Autre, les recherches se sont en effet également déplacées vers la société occidentale, en l'occurrence française, dès lors qu'était acquise la conviction que non seulement les mêmes types de questions pouvaient se poser chez nous, mais aussi que la confrontation des travaux menés ici et ailleurs pouvaient utilement éclairer la réalité sociale. Il convenait donc de favoriser, sur le terrain français, le développement de recherches prenant pour objet la maladie et la médecine, à partir des questions mêmes que se posaient les travaux menés sur des terrains dits « exotiques ».

C'est ce que je me suis proposée de faire, empruntant à ces dernières leurs objets et leurs problématiques, mais aussi leur méthodologie, notamment sur la question des modèles d'interprétation de la maladie (Fainzang 1989). Cette recherche, dont les résultats ont mis en évidence différents modèles de mises en accusation mobilisés lors de l'apparition de la maladie, a permis de montrer à la fois la diversité culturelle en matière de modèles interprétatifs, mais aussi l'universalité des logiques qui en forment le soubassement. Par la suite, l' « anthropologie chez soi » a poursuivi son effort pour transposer dans la société française les interrogations que se posent classiquement les anthropologues en terrain « exotique » (les systèmes symboliques, les représentations du corps, les relations des malades avec les institutions thérapeutiques, etc.) avec un intérêt marqué pour l'observation des pratiques et non pas seulement à travers la conduite d'entretiens et le recueil de discours (Fainzang 1996). Les questions à la fois méthodologiques, épistémologiques et théoriques que soulève la pratique d'une « anthropologie chez soi » dans le domaine de la santé et de la maladie ont fait l'objet d'un large débat, notamment sur les conditions de possibilité de ces recherches, qui s'est ouvert en Europe et formalisé à travers le réseau international Medical Anthropology At Home, dont le siège se trouve à l'Université d'Amsterdam (Van Dongen et Fainzang 1998).

Un objet incontournable : le sida

Pour des raisons évidemment conjoncturelles, liées au développement de l'épidémie de sida et, subséquemment à l'enveloppe importante de crédits assignée à la recherche sur cette maladie spécifique, de nombreux travaux se sont centrés sur cet objet. Cela a permis le développement d'une réflexion abondante sur des questions comme la contagion, la discrimination, le risque dont la pertinence ne se réduit bien évidemment pas au cas

du sida mais qui, bien qu'elles aient déjà été abordées ici ou là, n'avaient pas été explorées de manière aussi systématique. Le sida a fait l'objet de nombreuses recherches à la fois dans les sociétés africaines (par exemple, Gruénais 1993; Gruénais *et al.* 1997; Raynaut et Muhongayire 1993) et dans les sociétés occidentales (Calvez 1989; Rosman 1999). Certains chercheurs se sont plus particulièrement intéressés à l'expérience de la maladie et aux réactions qu'elle suscite sur les plans individuel, collectif et institutionnel, en particulier à la question spécifique de l'annonce de la maladie et de ses conséquences sociales (Dozon et Vidal 1993; Vidal 1996; Hassoun 1997) qui analysent, entre autres, comment les personnes atteintes construisent leur vécu de la maladie, en interprètent l'occurrence et les manifestations, et qui soulèvent les problèmes du dépistage et ses retombées sociales, du partage de l'information avec un autre, de la souffrance physique et morale, de la mobilisation de l'entourage.

D'autres se sont intéressés aux rapports entre les différentes institutions thérapeutiques, un intérêt qui s'inscrit dans le droit fil de la réflexion sur les situations de pluralisme médical qu'offrent tout particulièrement les sociétés du tiers-monde pénétrées par la présence de la biomédecine. Dans diverses situations, il s'est agi de savoir quels mécanismes sous-tendent les itinéraires thérapeutiques des malades, et notamment de cerner l'ordre ou le choix des multiples recours thérapeutiques qu'ils adoptent, une question qui prend toute son acuité dans les sociétés issues de métissages multiples et liées à la France postcoloniale (Benoist 1996). Certains anthropologues ont notamment étudié, à l'occasion de l'apparition du sida, les rapports entre tradithérapeutes et biomédecine, mise à l'épreuve par son impuissance à l'endroit de cette nouvelle maladie (Dozon 1996), ouvrant au passage sur des questions centrales comme celle posée par Desclaux (1996) : « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH? » (1996: 267), ou comme celle de la collaboration que notre discipline peut ou doit envisager avec la médecine (Raynaut 1996), contributions réunies dans Benoist et Desclaux (1996). À cet égard, ces derniers auteurs, qui prônent davantage une anthropologie « impliquée » qu'appliquée, estiment que le sida est un objet privilégié de l'anthropologie, face auquel la distanciation neutre n'est ni possible ni acceptable. Mettant en question la distinction entre recherche fondamentale et recherche appliquée, ils considèrent que le terme d'« implication » remplace avantageusement celui d'« application » soupçonné d'exprimer à la fois une forme de domination et une instrumentalisation de la discipline. Sur ce point également, face à la défiance que l'anthropologie française a longtemps eue à l'égard de l'application des connaissances, Fassin se réjouit de ce que les choses changent aujourd'hui avec le sida, soucieux de remettre en cause, comme l'atteste l'ensemble de ses travaux, la ligne de démarcation entre le savant et le politique.

Si de nombreux travaux se sont appesantis sur les bouleversements engendrés par l'apparition du sida (Cook 1996; Desclaux et Taverne 2000), d'autres ont relativisé son impact. Stéphane Teissier (1996) montre ainsi que le sida est non tant un générateur de bouleversements dans l'univers de la santé et de la médecine qu'un révélateur, tandis que d'autres ont porté leur regard sur le contexte social, en amont et en aval, du développement du VIH, cherchant à étudier le lien de causalité entre la déstructuration des sociétés et l'évolution exponentielle du sida en Afrique. Desclaux et Raynaut (1997) mettent ainsi en évidence la responsabilité des pouvoirs africains dans la tragédie du sida et montrent comment l'injustice et la violence entraînent la fragilisation des individus sur les plans physique et psychologique, le sida étant dès lors envisagé comme conséquence de ces situations de précarité, et Fébronie Muhongayire (1997) souligne l'aggravation de situations sociales déjà fragilisées par le bouleversement des structures familiales. Nombreux sont, sur ce point, les travaux qui soulignent la vulnérabilité sociale particulière des femmes, notamment à travers l'examen des effets de l'irruption de la maladie sur l'équilibre de la structure familiale. L'ensemble de ces travaux montre combien les réponses à la maladie sont inséparables du traitement social de la fécondité, du corps, de la famille, mais aussi de la féminité, de la masculinité, et des rapports sociaux entre les sexes.

L'un des thèmes de réflexion favori dans le champ de l'anthropologie médicale, et dont le développement a été encouragé par cette épidémie, est celui du risque. Conscients de ce qu'un décalage important existe entre les connaissances scientifiques et les perceptions profanes des risques sanitaires, les chercheurs se sont donné pour tâche de mettre au jour la perception et la gestion des risques par les individus, en Afrique comme en France, et cela pas seulement sur le sida (Calvez 1989, 2001; Zonabend 1989). L'approche anthropologique du risque consiste à considérer qu'il s'inscrit dans un contexte social donné et que la gestion du risque se fait au regard de ce contexte. Ainsi, en ce qui concerne le sida, les recherches actuelles mettent en évidence que les enjeux de santé sont intégrés comme ressources au bénéfice d'enjeux relationnels et montrent que, ici comme là, la prise de risque ne relève pas de l'inconscience: elle est rationnelle, puisqu'elle est un moyen en vue d'une fin, dans le domaine relationnel par exemple. La prise de risque peut ainsi procurer des bénéfices relationnels importants vis-à-vis desquels les préoccupations de santé peuvent paraître dérisoires. La gestion du risque se fait en fonction de l'appréciation personnelle et collective d'un risque face à d'autres risques (Vidal *et al.* 1997). Le risque sanitaire vient défier d'autres risques: sociaux, familiaux, affectifs, et la gestion des risques peut se résoudre pour un individu, par un choix en faveur de celui qui lui paraîtra le moindre: celui de perdre l'autre en lui exprimant sa méfiance ou celui de mettre en péril sa reconnaissance sociale en cas de non-procréation

peut entrer en balance avec celui de perdre la santé. On s'aperçoit en définitive que, la plupart du temps, il ne s'agit pas tant pour les individus de prendre un risque que de refuser d'en prendre un autre. De ce point de vue, là où l'anthropologie apporte sa contribution, c'est dans l'attention qu'elle porte au contexte social dans lequel s'insère cette gestion des risques.

Les recherches se sont également développées sur des questions comme la prévention et la contagion (Vidal 1999). À cet égard, les débats complexes tenus dans le milieu des professionnels de la santé sur la question de savoir si le sida est une maladie « contagieuse » ou « transmissible » ne soulèvent pas qu'un problème technique. L'usage des notions de « contagion » ou de « transmission » est en soi un objet pour l'anthropologue puisque qu'il comporte tout à la fois des raisons et des retombées sociales et les travaux auxquels il a donné lieu ont alimenté la réflexion sur les représentations de la contamination, qui dépassent bien sûr le cadre du sida (Bonnet et Jaffré 2003), en ce qu'elles engagent à la fois le rapport au corps et le rapport à l'autre.

La réflexion sur le risque a favorisé la remise sur le métier des travaux concernant la rationalité. Il est clair que l'appréhension des conduites thérapeutiques en référence à une stricte logique médicale n'est plus de mise. On s'aperçoit ainsi que, en Occident comme dans les pays en développement, c'est bien souvent à une logique sociale que ces conduites obéissent. Toutefois, le problème est celui du décalage pouvant exister entre la perception qu'un individu a de sa maladie et les conduites qu'il adopte pour y faire face (Fainzang 1997). Cette question garde non seulement toute sa validité dans nos sociétés, l'adoption de comportements irrationnels n'étant bien évidemment pas l'apanage des membres des sociétés étrangères aux nôtres, mais son étude acquiert une dimension nouvelle dès lors qu'on prend pour objet le comportement de gens qui sont les plus proches, professionnellement et culturellement, de la rationalité et des connaissances médicales. À cet égard, il convient de comprendre les conduites des patients, non pour souligner l'écart qu'elles entretiennent avec la rationalité médicale, mais pour cerner les logiques symboliques qui les sous-tendent. S'il est juste que l'analyse doive prendre en compte la réalité des politiques de santé et des conditions sociales dans lesquelles vivent les gens pour comprendre leurs problèmes de santé, cela n'enlève cependant rien à la pertinence d'une réflexion sur les comportements quand on s'aperçoit que les gens bien lotis en matière de connaissances ont aussi des conduites en apparence irrationnelles.

Bien évidemment, tous ces thèmes, dont la liste n'est pas exclusive, ont fait l'objet de travaux non seulement en France, mais aussi dans d'autres pays. L'impossibilité de séparer le développement de la recherche en France avec ce qui se fait ailleurs s'illustre avec le cas de l'anthropologie des médicaments. La structuration de ce champ de recherche opérée initialement

par Van der Geest et Whyte (1988), et donc hors de France, à partir de recherches conduites dans les pays en développement, a donné naissance à de nombreux travaux sur les domaines de la prescription, de la distribution et de l'utilisation des médicaments. L'anthropologie du médicament se développe aujourd'hui dans les pays anglophones et en France sur des questions diverses et autour de grands problèmes de santé publique, communs aux pays du Nord et du Sud: les surconsommations médicamenteuses, l'accès aux médicaments, les transgressions des normes de prescriptions par les professionnels, les détournements d'usage des médicaments, les stratégies commerciales, l'automédication, l'observance (Haxaire 2002). L'approche anthropologique du médicament s'est également appuyée sur l'analyse de ses usages sociaux et sur l'étude des catégories et des relations sociales construites autour de sa production et de sa distribution. Toutefois, là encore, dans une acception de l'anthropologie de la santé et de la maladie comme domaine de l'anthropologie sociale, une anthropologie du médicament ne doit pas s'isoler du projet anthropologique général: il s'agit de connaître et de comprendre non seulement ce qui relève de l'usage des médicaments, mais aussi ce que l'usage des médicaments nous révèle des individus et de la société (Fainzang 2001).

ORIENTATIONS THÉORIQUES

La question du sens

L'anthropologie française a été fortement marquée par la recherche du sens, tant celui que les anthropologues peuvent attribuer aux conduites individuelles et aux pratiques sociales que celui que les individus et les groupes eux-mêmes accordent à la maladie, les premières étant largement conditionnées par les secondes. L'insistance avec laquelle certains anthropologues ont fait porter leurs travaux sur cette question (Sindzingre 1984; Augé 1984; Zempléni 1985; Fainzang 1986) repose sur la conviction que les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques sont indissociables d'un système symbolique global à l'intérieur duquel l'irruption de la maladie et du malheur en général donne nécessairement lieu à une recherche du sens de l'événement et à une élucidation de ses causes. À l'affirmation de cette quête de sens, Benoist (1996) a opposé celle de la quête de soin, dans le souci de faire valoir que ce n'est pas la première mais la seconde qui gouverne les itinéraires thérapeutiques, et qu'il revient aux anthropologues de privilégier leur attention aux logiques pragmatiques et au «vécu social

de la maladie ». Si l'on doit convenir avec lui que les malades ne vont pas « chercher du sens » auprès des institutions ou des spécialistes de la maladie dans la mesure où, ce sens, ils l'ont bien souvent déjà trouvé en fonction du contexte social et culturel dans lequel ils vivent, et que la recherche de soins prévaut sans doute dans l'élaboration des itinéraires thérapeutiques, on ne saurait cependant évacuer l'importance du sens qui est au principe de leurs conduites, tant il apparaît que celui-ci est de nature à infléchir à la fois la nature de leurs recours, le choix de leurs thérapies et l'observance de leurs prescriptions (Fainzang 1989, 1996). Défendant à leur tour une position davantage basée sur une phénoménologie de la maladie, mais dans une perspective différente, Jaffré et Olivier de Sardan (1999) proposent une attitude circonspecte à l'égard de la surinterprétation. Ils envisagent notamment de réintroduire la matérialité de la maladie et de redonner toute sa place au langage des symptômes, dans un ouvrage dont le parti pris à la fois méthodologique et théorique invite à poser différemment la question du sens en réaffirmant la primauté des conceptions émiques de la maladie. Quoi qu'il en soit, la recherche du sens à laquelle doit s'attacher l'anthropologie ne saurait conduire, comme cela a justement été reproché à une certaine anthropologie interprétativiste, à n'être préoccupée que par les seules constructions locales du sens de la maladie, à ne s'intéresser qu'aux réseaux sémantiques et aux modèles explicatifs de la maladie, et à occulter à la fois les dimensions socio-économiques de la maladie, les inégalités dans l'accès aux soins et les relations de pouvoir à l'intérieur de la pratique médicale.

Vers un cap plus politique

L'anthropologie médicale française a été en partie influencée par l'anthropologie médicale critique développée outre-Atlantique, autrement dit par l'analyse critique du contexte socio-médical dans lequel l'anthropologie médicale s'est développée. L'un des apports de l'anthropologie médicale critique a été d'amener un nombre croissant d'anthropologues à prendre en compte de manière plus systématique les questions relevant de l'éthique médicale (avec, par exemple, une réflexion sur les essais thérapeutiques dans les pays en voie de développement) ou bien à étudier des objets satellites de la médecine, comme, par exemple, « l'humanitaire ».

D'une manière générale, l'anthropologie médicale s'est signalée, ces dernières années, par sa qualité critique, même lorsqu'elle n'en porte pas l'étiquette. L'une des principales critiques formulées par l'anthropologie médicale a été celle de l'idée selon laquelle c'est l'absence de connaissances médicales et des comportements inadaptés qui expliquerait la mauvaise santé des individus. En parallèle avec le développement de cette réflexion

outre-Atlantique, il est apparu nécessaire aux anthropologues de ne pas cantonner leurs recherches aux croyances et aux comportements mais de prendre en compte, dans l'analyse anthropologique, la répartition défectueuse des soins de santé, les inégalités sociales et les politiques industrielles qui sont à l'origine des problèmes de santé dans les communautés minoritaires et les populations déshéritées, de même que les politiques internationales responsables du sous-développement sanitaire. Ce qui est de plus en plus reproché à l'anthropologie, c'est d'avoir occulté le fait que les obstacles mis à l'accès aux soins sont davantage le résultat des pratiques médicales que des comportements individuels. Le développement de l'anthropologie médicale ici et ailleurs a ainsi permis à des chercheurs de repenser de façon critique les paradigmes conceptuels auxquels recourent les anthropologues et à poser de nouvelles questions anthropologiques.

Empruntant la brèche ouverte par des auteurs comme Scheper-Hugues et Lock (1987), des auteurs français se concentrent désormais sur ces enjeux politiques, quitte à aller plus loin encore dans cette dimension de l'anthropologie médicale. C'est le cas de Fassin (1996), qui, plutôt que suivre Scheper-Hugues et Lock dans leur typologie du corps en corps individuel, corps social et corps politique, considère que le corps individuel est toujours aussi un corps social et politique, et qui préfère parler d'un « espace politique de la santé », intégrant des données telles que l'incorporation de l'inégalité et l'inscription de l'ordre social dans les corps, en raison de quoi il lui paraît préférable de constituer une anthropologie politique de la santé, se déclinant respectivement en anthropologie politique du corps, de la médecine et de la santé publique. En suggérant de lier le local et le global dans le domaine des biopolitiques et en proposant de parler de globalisation de la santé, Fassin (1999) se situe dans la perspective d'une anthropologie critique, non exclusive toutefois d'un participation aux programmes sanitaires. Il prône une attention accrue à l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé, attention dont il note le manque dans un grand nombre de travaux d'anthropologie médicale. À cet égard, s'appuyant sur des travaux menés au Sénégal, en Équateur et en France, Fassin (1999) envisage la santé comme « l'épreuve de vérité » du politique et situe ses travaux dans le cadre de la critique d'une anthropologie de la santé exclusivement culturaliste, plaidant pour une repolitisation de la recherche dans ce champ.

Il convient de noter que le développement des travaux influencés par l'anthropologie médicale critique renoue en partie avec la vocation de l'anthropologie de la maladie des premières heures, en ce sens qu'elle propose une analyse de la médecine comme l'expression d'une domination et une approche de la maladie en tant que manifestation de l'ordre social. Si elle abandonne souvent la variable culturelle au profit de variables plus sociologiques comme le rôle des institutions médicales, les rapports de force

et les rapports de pouvoir qui sous-tendent la pratique médicale, et qu'elle affirme un plus grand intérêt pour les enjeux politiques de la santé, elle réaffirme elle aussi l'impossibilité de dissocier les préoccupations de l'anthropologie médicale de celles de l'anthropologie sociale générale. Toutefois, l'orientation plus politique qui s'affirme aujourd'hui en anthropologie se traduit à la fois par le choix de nouveaux objets (la précarité, les conditions de santé, les inégalités), et par une nouvelle finalité de la recherche, empruntant quant à elle à ce qu'était l'anthropologie médicale, puisque la dimension appliquée de la discipline est désormais plus largement revendiquée.

C'est dans cette perspective que Dozon et Fassin (2001) ont entrepris de se livrer à une critique de la santé publique: analysée comme phénomène culturel, la santé publique donne lieu à des opérations de jugement et de classement, son statut d'entreprise normative (critique amorcée par les Anglo-Saxons) étant ici réaffirmé. Mais il y a plus: à côté de ces « cultures politiques de la santé publique », les auteurs mettent en évidence les « politiques culturelles de la santé publique », à savoir les modalités suivant lesquelles la santé publique construit son rapport à la culture des autres, ces autres qu'elle désigne comme responsables, par leurs comportements à risque et leurs caractéristiques culturelles, de l'inefficacité des interventions de santé publique et des programmes de prévention. Il s'agit essentiellement ici de dénoncer les mauvais usages de la culture, envisagée en dehors de toute référence au contexte social et politique dans lequel vivent les populations ciblées. Il s'agit également pour ces auteurs de montrer qu'à travers la rhétorique de la santé publique qui consiste à responsabiliser les individus et leur culture, les institutions politiques se déresponsabilisent devant l'urgence d'agir, politiquement, pour permettre aux populations d'avoir, de manière effective, accès aux soins. Comme le remarque Massé (2002), bien que ces auteurs n'aient pas choisi de faire porter leurs analyses sur les enjeux éthiques et politiques des programmes de prévention, se distinguant en cela des travaux anglo-saxons sur ces questions, on a là une très bonne défense et illustration des critiques classiquement adressées par l'anthropologie médicale critique à la santé publique.

On ne saurait toutefois réduire l'approche anthropologique de la santé publique à une perspective exclusivement critique. D'autres travaux ont proposé une réflexion sur la pertinence des projets de développement (en l'occurrence en Afrique de l'Ouest), dans la perspective explicite d'aider à réformer les systèmes de santé concernés (Jaffré et Olivier de Sardan 2003).

Faut-il se débarrasser de la culture?

L'intérêt actuel de l'ethnologie pour les populations immigrées et pour l'effet-passerelle que comporte le passage éventuellement problématique d'une société à une autre a permis à certains auteurs de considérer sous un jour nouveau des aspects qui n'étaient jusqu'alors envisagés que sur un plan a-historique, et à critiquer certains travaux dits d'ethnopsychiatrie. Cette critique a été l'occasion de mises au point salutaires (Rechtman 1995; Fassin 2000a; Andoche 2001) sur les dérives auxquelles conduit l'usage irréfléchi de la notion de culture, comme celle qui consiste à rabattre le sociopolitique sur le psychopathologique, mâtiné de culturel.

La variation des contextes sociaux (historiques, politiques ou socioculturels) sait aujourd'hui rester au centre de l'attention anthropologique, dans nos sociétés comme ailleurs. À ce sujet, Dozon (1997) se félicite de ce que les travaux conduits aujourd'hui sur le sida en Afrique savent éviter l'écueil du culturel, et Bonnet (2000) montre, à propos de la drépanocytose, que la culture d'origine n'est pas *de facto* un obstacle à la compréhension d'un discours scientifique occidental par les patients immigrés, dont les conduites ne sont pas réductibles à celui d'une culture, et que leur identité sociale ne se résume pas à leur identité ethnique. L'analyse du contexte social est également revendiquée par Olivier de Sardan (1999) comme un axe fort de l'anthropologie de la santé qu'il envisage comme partie intégrante de l'anthropologie du développement.

S'agissant des recherches anthropologiques, on assiste donc actuellement à une situation dans laquelle la notion de culture est en crise. Nombreux sont les travaux impulsés par la critique nécessaire de l'approche essentialiste de la culture, et par conséquent du culturalisme qui tend parfois à prévaloir outre-Atlantique. Comment, s'interrogent des auteurs comme Olivier de Sardan (2001), Fainzang (2001) ou Fassin (2001), «libérer la culture du culturalisme», pour reprendre une formule de ce dernier?

Toutefois, faut-il choisir irrémédiablement entre la culture et le politique? Refusant de séparer le culturel d'un côté, et le social et le politique de l'autre, j'ai proposé pour ma part une approche de la culture qui soit précisément attentive à la dimension sociale, historique et politique (Fainzang 2001). En effet, on peut récuser le culturalisme et l'essentialisation des phénomènes qui le caractérisent sans balayer, d'un revers de main, toute tentative de cerner, aux côtés des variables sociales et économiques, les variables culturelles qui organisent les pratiques sociales. En l'occurrence, il m'a paru nécessaire, dans une approche des réalités culturelles relatives aux comportements à l'égard des médicaments et des médecins, d'être attentive à ce qui construit, historiquement, ces réalités, et d'avoir une lecture sociale et politique de ces données. La culture doit être envisagée de manière dynamique,

dans ses liens indissolubles avec l'historique et le politique, liens qui construisent de nombreuses caractéristiques des relations médecins/malades, comme, par exemple, la pratique du mensonge (Fainzang 2002).

Le sujet comme objet

L'anthropologie médicale a également bénéficié de la lame de fond que constituent les avancées des sciences sociales qui ne prennent pas nécessairement la maladie pour objet, comme les travaux de Bourdieu par exemple, qui ont permis de souligner combien les problèmes liés à la santé et à la maladie sont associés à des contraintes structurelles indépendantes de la conscience qu'en ont les sujets. Comme le montre Dressler (2001), on trouve des éléments de sa réflexion et notamment sa tentative de réconciliation de l'antinomie entre structuralisme et constructivisme dans les travaux qui sont soucieux de prendre en compte à la fois la manière dont les individus sont contraints par les structures sociales et la manière dont ils construisent un sens et donnent un sens au monde qui les entoure. Si Bourdieu (1987), il existe certes des structures objectives indépendantes de la conscience et des désirs des agents et capables de guider ou de contraindre leurs pratiques et leurs représentations (structuralisme), il existe également une genèse sociale des modèles de perception, de pensée et d'action, et des structures sociales (constructivisme).

À cet égard, il me semble que le domaine de la santé pose avec une acuité toute particulière la question du sujet. Suivant une vogue imputable à l'engouement qu'ont suscité les théories de l'action en sciences sociales, de nombreux anthropologues tendent à considérer l'individu comme un acteur, entièrement conscient, volontaire et responsable de ses choix et de ses actes. Or, à l'examen des comportements individuels, il est indubitable que les individus sont en partie contraints non seulement par les structures sociales, mais aussi par toute une série d'autres facteurs qui, conjugués aux actes où entre une part réelle de décision, donnent toute leur complexité aux comportements sociaux. Pour rendre compte de cette complexité, le terme qui convient sans doute le mieux me semble être celui de «sujet». Ce terme n'implique pas de considérer les malades comme des êtres passifs, totalement dépourvus du rôle d'acteurs dont les sciences sociales les créditent aujourd'hui, pas plus qu'il ne suppose de leur reconnaître une totale indépendance. Il vise à faire référence au caractère à la fois agi et agissant de l'individu, c'est-à-dire au rôle en partie choisi et en partie imposé que celui-ci est amené à jouer. L'individu est un *Sujet* comme l'est le *sujet du verbe,* c'est-à-dire auteur, et parfois maître de ses actes, mais il est aussi sujet comme l'est le *sujet du roi,* c'est-à-dire en partie assujetti ou inféodé à une force qui

le dépasse, en l'occurrence aux déterminants sociaux, au contexte politique et aux influences culturelles, autrement dit à d'autres lois et d'autres règles que les siennes propres (Fainzang 2001).

On a tenté ici de brosser le tableau de l'anthropologie de la santé et de la maladie en France, d'en retracer l'évolution, les écoles, les champs et les problématiques, pour faire ressortir les spécificités. Malgré les multiples soubresauts qu'elle a connus, pour partie liée à des querelles d'école qu'il me plaît de considérer comme fécondes, dans la mesure où elles ont nourri une réflexion utile sur les objets de notre discipline, l'anthropologie médicale en est sortie renforcée, riche de ces multiples apports et forte d'un dynamisme croissant et d'un développement exponentiel. Toutefois, de nos jours, il faut bien admettre que les questionnements tendent à être de plus en plus identiques dans les différents pays et, comme on le voit à la lecture de la littérature anthropologique internationale, les travaux menés dans l'un trouvent désormais un écho dans les autres, une situation largement favorisée par la conjoncture actuelle, marquée par une globalisation tout à la fois économique, politique et culturelle.

Références

ANDOCHE J., 2001, «Culture et santé mentale: les avatars français de l'ethnopsychiatrie»: 281-308, dans J.P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique.* Paris, Balland.

AUGE M., 1984, «Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement»: 35-91, dans M. Augé M. et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris, Editions des archives contemporaines.

BENOIST J. (dir.), 1996, *Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical.* Paris, Karthala.

——, 2002, *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie.* Paris, Amades/ Karthala.

BENOIST J. et A. DESCLAUX (dir.), 1996, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris, Karthala.

BONNET D., 2000, «Au-delà du gêne et de la culture», *Hommes et Migrations,* 1225: 23-38.

BONNET D. et Y. JAFFRE (dir.), 2003, *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala, à paraître.

BOURDIEU P., 1987, *Choses dites.* Paris, Éditions de Minuit, Coll.: Le sens commun.

BROQUA C., F. LOUX et P. PRADO (dir.), 1998, «Sida: deuil, mémoire, nouveaux rituels», *Ethnologie française,* 28, 1: 5-9.

CALVEZ M., 1989, *Composer avec un danger. Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au sida.* IRTS de Bretagne, Rennes.

——, 2001, «Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida»: 127-144, dans J. P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique: Une approche anthropologique.* Paris, Balland.

COOK J., 1996, «La prise en charge d'enfants "orphelins du sida": transfert et soutien social»: 239-262, dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris, Karthala.

DELANOE D., 2001, *Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause.* Thèse de Doctorat en ethnologie, École des hautes études en sciences sociales, Paris.

DESCLAUX A., 1996, «La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH?»: 267-281, dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris, Karthala.

DESCLAUX A. et C. RAYNAUT (dir.), 1997, *Urgence, Précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique.* Paris, L'Harmattan.

DESCLAUX A. et B. TAVERNE (dir.), 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala.

DOZON J. P., 1996, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique » : 231-235, dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris, Karthala.

——, 1997, « Postface » : 169-172, dans (collectif) *Le sida en Afrique, Recherches en sciences de l'homme et de la société.* Paris, ANRS/Orstom.

DOZON J. P. et L. VIDAL (dir.), 1993, *Les sciences sociales face au sida.* Paris, Éditions de l'Orstom.

DOZON J. P. et D. FASSIN (dir), 2001, *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique.* Paris, Balland.

DRESSLER W., 2001, « Medical Anthropology: Toward a Third Moment in Social Science ? », *MAQ,* 15, 4 : 455-465.

FAINZANG S., 1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina.* Paris, L'Harmattan.

——, 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste.* Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

——, 1990, « De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie », *Encyclopædia Universalis,* nouvelle édition : 853-860.

——, 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort.* Paris, Presses universitaires de France.

——, 1997, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades », *Sciences Sociales et Santé,* 15, 3 : 5-23.

——, 2001, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance.* Paris, Presses universitaires de France.

——, 2002, « Lying, Secrecy and Power within the Doctor-Patient Relationship », *Anthropology and Medicine,* 9, 2 : 117-133.

FASSIN D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie.* Paris, PUF.

——, 1999, *Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises.* Paris, Karthala.

——, 2000a, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme,* 153 : 231-250.

——, 2000b, « Entre politiques du vivant et politiques de la ville. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés,* 24, 1 : 95-116.

GRUENAIS M.E., M. BOUMPOTO, G. BOUNGOU *et al.*, 1997, « Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo, Attitudes contradictoires » : 117-123, dans (collectif) *Le sida en Afrique, Recherches en sciences de l'homme et de la société.* Paris, ANRS/Orstom.

GRUENAIS M. E., 1993, « Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité à Brazzaville (Congo) » : 207-220, dans J. P. Dozon et L. Vidal (dir.), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien.* Centre Orstom de Petit-Bassam, GIDIS-CI/Orstom.

HASSOUN J., 1997, *Femmes d'Abidjan face au sida.* Paris, Karthala.

HAXAIRE C., 2002, « Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », *Sciences Sociales et Santé*, 20, 1 : 63-88.

HOURS B., 1998, *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue.* Paris, L'Harmattan.

HOURS B. (dir.), 2001, *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie.* Paris, Karthala.

HUBERT-BARE A. et G. DE THE, 1988, *Modes de vie et cancers.* Paris, R. Laffont.

JAFFRE Y. et J. P. OLIVIER DE SARDAN (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.* Paris, PUF.

——, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala.

MASSÉ R., 2002, « La santé publique en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, 4 : 141-149.

MUHONGAIYRE F., 1997, « Les femmes et le sida à Kigali avant avril 1994 : impacts socio-économiques et stratégies de réponse » : 129-139 , dans (collectif) *Le sida en Afrique, Recherches en sciences de l'Homme et de la société*, ANRS/Orstom.

OLIVIER DE SARDAN J.P. (dir.), 1999, *Anthropologie de la santé*, Bulletin de l'A.P.A.D., 17.

——, 2001, « Populisme méthodologique et populisme idéologique en anthropologie », dans J.-L. Fabiani (éd.), *Le goût de l'enquête. Pour Jean-Claude Passeron.* Paris, L'Harmattan : 195-246.

RAYNAUT C., 1996, « Quelles questions pour la discipline ? Quelle collaboration avec la médecine ? » : 31-56, *in* J. Benoist et A. Desclaux, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris, Karthala.

RAYNAUT C. et F. MUHONGAIYRE, 1993, « Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi de familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais) » : 299-322, dans (collectif) *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien.* Centre Orstom de Petit-Bassam, GIDIS-CI/Orstom.

RECHTMAN R., 1995, « De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle », *L'évolution psychiatrique*, 60, 3 : 125-126.

ROSMAN S., 1999, *Sida et précarité. Une double vulnérabilité.* Paris, L'Harmattan.

SCHEPER-HUGUES N. et M. LOCK, 1987, « The Mindful Body : a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1 : 6-41.

SINDZINGRE A. et A. ZEMPLENI, 1982, « Anthropologie de la maladie » : 161-173, dans M. Godelier (dir.), *Les sciences de l'homme et de la société en France, analyse et proposition pour une politique nouvelle.* Paris, La documentation française.

SINDZINGRE N., 1984, « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » : 93-122, dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris, Editions des archives contemporaines.

TEISSIER S., 1996, « Épidémie à VIH et institutions socio-sanitaires : quelle réorganisation de l'espace médical » : 287-298, dans J. Benoist et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives.* Paris, Karthala.

VAN DER GEEST S. et S. R. WHYTE (dir.), 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries : Studies in Pharmaceutical Anthropology.* Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

VAN DONGEN E. et S. FAINZANG (dir.), 1998, « Medical Anthropology at Home », *Anthropology and Medicine*, numéro spécial, 5, 3 : 245-250.

VIDAL L., 1996, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique.* Paris, Anthropos-Economica.

——, 1999, « La transmission. Le sida et ses savoirs », *L'Homme*, 150 : 59-84.

VIDAL L., A. D. BLOBOLO et B.T. N'GUESSAN, 1997, « Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du sida à Abidjan (CI) » : 153-159, dans (collectif) *Le sida en Afrique, Recherches en sciences de l'homme et de la société.* Paris, ANRS/Orstom

ZEMPLENI A., 1982, « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique », *Archives des sciences sociales des religions*, LIV, 1 : 5-19.

——, 1985, « La maladie et ses causes », *L'Ethnographie*, numéro spécial, 2-3, 96-97 : 13-44.

ZIMMERMANN F., 1995, *Généalogie des médecines douces.* Paris, Presses universitaires de France.

ZONABEND F., 1989, *La presqu'île au nucléaire.* Paris, Odile Jacob.

CHAPITRE 7

Topographies. Du folklore à l'anthropologie médicale en Espagne

Josep M. Comelles, Enrique Perdiguero, Angel Martínez-Hernáez

L'ARÈNE DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

L'anthropologie médicale est un terrain si récent en anthropologie, qu'il n'a guère reçu l'attention des historiens de la science. Les connaissances actuelles renvoient ses origines à Rivers ou Forrest Clements, mais oublient Black, Pitrè, Seppilli, de Martino, Fanon, les africanistes français, l'Amérique latine et des ouvrages fondateurs de Grande-Bretagne, de France ou d'Espagne. Présenter l'état actuel des réalisations de cette discipline revient, d'une certaine manière, à lui accorder une légitimité et à la rendre visible. Le cas espagnol, comme celui de la plupart des anthropologies non anglophones, est méconnu. Cette méconnaissance est moindre parmi les anthropologues qui s'expriment en langues latines, car nous avons l'habitude de lire l'anglais, tandis que ceux qui écrivent dans cette langue ignorent souvent ce qui n'est pas dans la langue de Poe. Nous avons l'avantage de pouvoir tourner notre regard vers un panorama plus global et cosmopolite, comparativement à nos pauvres confrères qui se limitent à leur ghetto idiomatique et culturel.

Parler de l'anthropologie médicale en Espagne — et en Europe en général — pose un problème méthodologique. Nous ne pouvons pas comparer cette discipline avec celle qui existe en Amérique du Nord, puisque son développement ne répond pas aux mêmes schémas. De plus, ni sa présence ni ses usages sociaux ne sont évidents. Les rapports entre l'anthropologie et la médecine ne sont pas les mêmes en Europe et en Amérique du Nord ou du Sud. En Europe, la création de l'État providence a assuré une large hégémonie aux analyses quantitatives et épidémiologiques en plus de minimiser le rôle des analyses qualitatives et culturelles. Les anthropologues européens se sont souvent montrés indifférents, voire hostiles, à la pratique

appliquée, s'appropriant les propos d'Augé (1986), qui condamnent la « vénalité » du projet américain d'anthropologie médicale.

Au cours du XX^e siècle en Europe, l'écriture ethnographique sur la santé, la médecine et la maladie fut une méthodologie secondaire en médecine et dans d'autres champs intellectuels. Aux États-Unis, Kleinman (1995) situe l'anthropologie médicale en marge de la médecine *et* de l'anthropologie. Dans le contexte européen d'avant 1980-1990, l'ethnographie « médicale » n'était considérée par la médecine que comme du folklore à saveur médicale rédigé souvent par des médecins. L'anthropologie ne s'intéressait pas beaucoup aux thèmes médicaux, si ce n'est qu'à titre des sujets secondaires dans les études sur la magie, la religion et le chamanisme.

En général, depuis le développement de l'anthropologie professionnelle aux États-Unis et de la pratique médicale moderne dans le monde, l'une perdit son intérêt pour la santé et la maladie plus ou moins présentes dans les projets d'anthropologie générale à la façon de Broca, et l'autre, pour le social et le culturel. L'une fonda son identité sur l'empirisme naturaliste et refusa de suivre l'analyse biologique de l'individu pour s'en tenir au comportement collectif, l'autre s'appuya sur la médecine expérimentale en laissant de côté les dimensions sociales et culturelles de la maladie.

La rupture épistémologique entre anthropologues et médecins en Europe, et la rupture du projet d'anthropologie générale entre une médecine centrée sur le biologique et l'ethnologie, signifia l'élaboration de deux processus parallèles: la subordination des problématiques médicales par l'anthropologie ainsi que des pratiques anthropologiques et des techniques ethnographiques par la médecine — un peu moins par la psychiatrie. Dans le premier cas, le « médical » reste limité aux exemples destinés à vérifier empiriquement des hypothèses anthropologiques, dans le second, l'anthropologie prendrait en charge la recherche sur les espaces de soins situés au-delà des limites culturelles de la biomédecine. Voilà pourquoi en Europe, la démarcation d'une anthropologie médicale plus ou moins spécifique a été difficile, tout comme l'a été celle de la sociologie empirique ou de l'anthropologie appliquée. En Europe par contre, il est possible de trouver de nombreux exemples d'approches liées à nos champs actuels d'intérêt, qu'il s'agisse de sciences sociales, de folklore, de médecine, de psychiatrie, de santé publique ou d'histoire de la médecine: des *topographies médicales,* du *folklore médical,* des rapports de médecine sociale sur les conditions de vie des secteurs les moins favorisés de la population ou des écrits philosophiques sur la condition des malades ou le rapport entre malade et médecin. Dans le texte qui suit, nous distinguerons ces deux arènes.

ANTHROPOLOGIE ET MÉDECINE EN ESPAGNE

Il est impossible de mentionner l'ensemble des très nombreuses descriptions ethnographiques réalisées dans le Nouveau Monde, dont un bon nombre portent sur des questions relatives à la maladie, aux remèdes ou à des pratiques thérapeutiques (Pardo 2002). Dès le XIX[e] siècle, l'importance de ces travaux déclina en Espagne, malgré la poursuite des expéditions scientifiques, comme en témoigne l'examen de la littérature grise sur la santé concernant le protectorat du Maroc et de la Guinée (Medina et Molero 2002). Parmi les sources métropolitaines les plus intéressantes, soulignons celles qui expriment l'intérêt des médecins pour les conditions matérielles de vie et de travail du peuple, établies pour la plupart par les sociétés ethnologiques (Ronzón 1991 ; Bouza 2002), ou par des folkloristes (Aguilar 1990 ; Perdiguero et Ballester 2003). Ceux-ci appréciaient la valeur de la médecine dans ces savoirs, et en 1883 l'un de ces groupes, El folklore castellano envoya un Cuestionario aux curés, instituteurs et médecins de la région. Les médecins devaient répondre à des questions portant sur des thèmes aussi divers que les « médecines domestiques et superstitions », « l'accouchement », « la lune », « la couleur et les nombres en médecine », les « chants et les noms populaires » des maladies. Le seul article espagnol sur le folklore médical fut écrit par Eugenio Olavarría y Huarte, secrétaire du Folklore Castellano, et fut publié en 1885 par la revue *Archivio per lo studio delle Tradizioni Popolari*, dirigée par Pitrè et Salomone Marino (1982[1985]). L'œuvre la plus ambitieuse fut une enquête par questionnaire envoyée par l'*Ateneo de Madrid* à ses correspondants en province, qui cherchait à caractériser un « peuple espagnol » et son *Volksgeist*, concept peu précis et rendu confus par l'énorme diversité culturelle et linguistique de la péninsule Ibérique qui engendra aussi, entre autres, des recherches sur le *Volkgeist* catalan, basque, galicien ou andalou. Dans cette lignée, on retrouve Xosemiel de Barandiarán (1889-1991), promoteur d'un projet d'ethnographie régionale publié sous le titre d'*Atlas Etnográfico de Vasconia* (1995, 1998).

Dans le sud de l'Europe, la notion de « médecine populaire » apparut vers la fin du XIX[e] siècle (Comelles 1996 ; Charuty 1997 ; Diasio 1999). Auparavant, les médecins parlaient de « superstitions » ou d'« erreurs vulgaires », et les folkloristes, de superstitions ou de croyances. Ce nouveau concept vient de certains médecins plus ou moins engagés dans l'acculturation médicale des paysans, et sa construction correspond à une stratégie professionnelle destinée à établir les limites culturelles de la pratique médicale. Le point de rupture épistémologique et méthodologique est l'œuvre de Pitrè (1896) intitulée *Medicina Popolare Siciliana*, dans laquelle il propose une méthodologie spécifique destinée à l'étude de terrain dans un contexte de médecine populaire, et un modèle de monographie *culturelle* inspirée des *kulturkreise* et

de Tylor. La radicalité de ce livre le plaça en marge du reste de son immense œuvre folkloriste. Malgré l'admiration que les folkloristes européens eurent pour lui, ils ne se permirent pas de suivre sa voie. N'étant pas médecins, ils ne se sentaient pas autorisés à adopter cette méthodologie. Seuls des folkloristes médecins comme Lis-Quibén (1980 [1949]), dans la région de Galice ou d'Erkoreka (1985), au Pays basque, suivirent sa trace.

LES ORIGINES DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE PROFESSIONNELLE EN ESPAGNE

En 1949, George Foster traversa l'Espagne, en compagnie de sa femme et de Julio Caro Baroja. Foster s'intéressa aux rapports entre la médecine espagnole du Siècle d'or et les savoirs médicaux de la Nouvelle-Espagne (Foster 1994). Dans leur sillage, un petit groupe d'anthropologues américains et anglais réalisèrent des recherches de terrain en Espagne pendant la vingtaine d'années qui suivit. Julio Caro Baroja écrivit des chefs-d'œuvre sur la sorcellerie et l'Inquisition.

Le coup d'envoi de l'anthropologie professionnelle en Espagne fut la création, par Esteva Fabregat, de la Escuela de Estudios Antropológicos à Madrid, vers 1960, et le début de ses cours à l'Université de Barcelone, en 1969. De retour du Mexique, il proposa à la faculté des lettres un programme d'anthropologie à quatre volets. Sa tentative échoua. Dans le contexte du franquisme, ses élèves boudèrent le culturalisme américain, et l'école de la culture et de la personnalité à laquelle il s'attachait (Esteva 1973), et furent plutôt tentés par la *social anthropology* britannique, introduite par Carmelo Lison, ou par l'anthropologie marxiste, venue de France.

Le fondateur de l'anthropologie médicale chez nous est sans doute le Catalan Lluis Mallart, qui fut longtemps professeur à Paris. Son travail sur les Beti du Cameroun (Mallart 1978, 2003) donna son impulsion à l'anthropologie médicale chez nous. L'absence de recherches africaines en Espagne limita l'influence immédiate de cette dernière, bien que le récent et encore timide développement des études de terrain en Amérique latine et en Afrique autorise davantage une telle prétention maintenant. En matière d'anthropologie locale ou *at home*, les premiers anthropologues ne s'intéressaient guère au médical, sauf à quelques exceptions près : des ouvrages explorant les rapports entre histoire sociale et anthropologie, d'autres qui employaient des objets d'étude médicaux pour tester des hypothèses anthropologiques, ainsi qu'un bric-à-brac de recherches autodidactes et exploratoires, ouvrirent la voie à l'anthropologie médicale.

Historiens

Ce sont les historiens de la médecine qui s'intéressèrent les premiers au domaine. Ils connaissaient bien le développement international des rapports entre l'histoire et les sciences sociales. Tel fut le cas de Luis Gil (1969) sur la médecine populaire du Monde classique, d'Agustín Albarracín (1972) dans son article sur le pluralisme dans les soins médicaux, et de García-Ballester (1977) avec son livre sur la médecine mauresque à Grenade, republié en 1984. Ces œuvres, tout comme celles de Caro Baroja, malgré l'usage de notions telles que *groupes marginaux, sous-cultures* et les influences d'Ackercknetch (1985), n'eurent au début presque aucune influence sur les jeunes anthropologues espagnols.

García-Ballester considérait la médecine comme une forme culturelle. Il confrontait la médecine mauresque et la médecine galénique pour montrer comment, malgré leur filiation commune, la médecine mauresque avait souffert de marginalisation et de décadence dans le cadre des politiques de christianisation du Royaume de Grenade avant 1610. Il la présentait comme une médecine subalterne, ce qui le rapprochait du point de vue de Martino, en Italie, et de Menéndez (1981), au Mexique. La différence entre eux résidait dans l'influence du marxisme gramscien chez Menéndez et de Martino (1983) ; García-Ballester restait dans le cadre de l'histoire culturelle et du culturalisme d'Ackerknetch. Or, son intérêt pour les « points de vue des acteurs », dans son travail sur la documentation historique, constituait une nouveauté en Espagne. Quoiqu'il resta historien de la médecine, il n'abandonna jamais son dialogue personnel avec l'anthropologie. La seule recherche située dans cette ligne de pensée, avant 1980, fut le mémoire de maîtrise de Contreras en 1971, toujours inédit, où il explorait les rapports entre savoirs médicaux et savoirs populaires au XVIII[e] siècle. Plus tard, les travaux de Comelles sur les politiques publiques de santé mentale (1991), ou ceux de Larrea (1997) sur la théorie miasmatique, s'inscrivirent dans la même veine.

Anthropologues

Au temps où Mallart réalisait ses recherches camerounaises, Carmelo Lisón, qui étudia avec Evans-Pritchard à Oxford, fit son terrain en Galice autour d'un projet ambitieux d'ethnologie régionale, dans lequel il fit abondamment référence à la santé, à la maladie, à la médecine populaire et, plus particulièrement, aux rapports entre sorcellerie et maladie (1971a, 1979, 1990). Plus tard (1990), il publia une étude des rituels thérapeutiques de la possession

au sanctuaire galicien de Corpiño. Si, en 1971, il entrouvrit la porte à l'étude du pluralisme médical, il n'en est rien dans son dernier volume. Son œuvre est plus proche des Azande d'Evans-Pritchard que de l'anthropologie médicale, car Lisón voulait faire une ethnographie du rituel, et son seul référent théorique en anthropologie médicale semble être Ackercknetcht (1985) et, plus indirectement, le Victor Turner (1972) des rituels.

Maria Cátedra (1976), qui fut son élève, fit son terrain aux Asturies. Son livre sur les *Vaqueiros* de Alzada est un chef-d'œuvre sur la mort, le suicide et la maladie racontée du point de vue des acteurs (1988). Excellente écrivaine d'une grande sensibilité, son principal objet fut l'analyse de l'identité d'un groupe marginal rural. Elle négligea presque complètement la présence et l'influence de la médecine dans la configuration des savoirs populaires et, fidèle au culturalisme anglo-saxon, elle ne s'attacha pas à observer directement la dimension de subalternité associée aux conditions de vie et de mort des *Vaqueiros.*

Lisón (1971b; 1979) et Catedra (1976) furent, avant 1980, des anthropologues professionnels qui participèrent au premier projet spécifique de construction, à Madrid, d'une « école » bien articulée sur le plan international qui permit de définir, en Espagne, une identité « anthropologique » qui se différenciait de celle des historiens et des sociologues. Leurs recherches, comme celles de Mallart, auraient pu conduire à une anthropologie de la maladie à filiation culturaliste, mais le débat sur la réforme du système de santé espagnol, qui prit place aux alentours de la chute du franquisme, ainsi que l'accession massive de la population à la sécurité sociale (85 % en 1975), remettait en question un quelconque modèle de « médecine populaire » à vocation plus ou moins ethnique ou locale.

Sociologues et anthropologues

En Espagne, l'apparition de l'anthropologie médicale à titre de champ spécifique de l'anthropologie sociale ou culturelle découle, d'une part, du développement d'une anthropologie catalane en l'absence de leadership spécifique (comme celui qu'exerçait Lisón à Madrid) et, d'autre part, d'un foisonnement d'intérêts ouverts sur une très large gamme de sujets. Dans ce bric-à-brac, Joan Prat-Caros (1972) analysa le rôle des ex-voto en Catalogne autour des malades en phase terminale laissés de côté par la médecine; ce qui offrit la possibilité de procéder à une analyse des rapports médecine-religion. Pau Comes (1972) fit une ethnographie des itinéraires thérapeutiques de maladie et de mort en Catalogne rurale, et Comelles (1972) tenta de réinterpréter des matériaux de folkloristes au moyen des concepts de

l'ethnomédecine. Plus tard, en collaboration avec des psychiatres, Comelles testa, auprès d'une tsigane psychotique, l'emploi des réseaux sociaux pour analyser les rapports entre société et psychopathologie (Comelles *et al.* 1975).

Ces essais témoignent d'une volonté de quête d'un métier voulant se définir hors du folklore médical et proposant des outils anthropologiques pour aborder la santé et la maladie. Les auteurs faisaient face au problème de l'articulation de la médecine et de l'anthropologie. Si les modèles étaient Cátedra ou Lisón, on ne faisait référence qu'à l'anthropologie; si le modèle était García Ballester, on pouvait se trouver à la frontière de l'anthropologie et de l'histoire; finalement, choisir la voie de la phénoménologie du médecin philosophe Laín-Entralgo revenait à enfermer un projet dans la rhétorique de l'humanisme médical (1964). Du côté de Cátedra et de Laín Entralgo, l'anthropologie de la maladie était, certes, possible, mais elle conduisait à l'ethnomédecine des groupes marginaux. Les anthropologues catalans, qui manquaient de référents théoriques, en cherchèrent chez des sociologues comme Goffman (1968) ou Freidson (1978), lequel prônait des notions de «carrière morale» ou de *lay referral system* qui semblaient bien s'accommoder à un scénario plus ouvert aux pratiques qu'aux discours. Vers 1975, il y eut une rupture avec Ackercknetch et avec le folklore médical, et une orientation qui tendait à briser les limites entre la biomédecine et les pratiques populaires sur la maladie dans laquelle l'historicité ne pouvait pas être négligée.

Le point de départ officiel de l'anthropologie médicale en Espagne est le livre du sociologue Jesús de Miguel et de l'anthropologue Michael Kenny, *La Antropología médica en España* (1980), regroupant une vingtaine de textes, dont la moitié était l'œuvre d'auteurs espagnols. Ce livre contenait trois textes programmatiques: une introduction de De Miguel (1980), qui ne voyait pas de différence entre la sociologie et l'anthropologie médicales, une bibliographie sur les antécédents du terrain, présentant 700 références, et un texte de Pujadas, Comelles et Prat (1980), qui critiquait la démarcation entre médecine populaire et savante, ouvrait la voie à une anthropologie appliquée en milieu clinique et discutait les limites du concept d'efficacité symbolique. Ce livre circula largement en Espagne et en Amérique latine. Paru en plein débat sur la réforme du système de santé espagnol et entre de nombreux ouvrages sur cette problématique, ce livre ouvrait tout un champ nouveau. Parallèlement, Oriol Romaní (1982) s'intéressait à l'aspect culturel et au contexte social de l'usage du cannabis dans les milieux de la contre-culture du Barcelone de la fin de l'époque franquiste et du début du régime de transition. Dans son ethnographie engagée, cette thèse recelait des connotations autobiographiques, ses principales influences étant l'interactionnisme symbolique et la sociologie de la déviation. Comelles (1986)

étudia le processus de désinstitutionnalisation d'un asile psychiatrique, lors duquel il put observer les influences des vieilles ethnographies d'asiles, de l'interactionnisme symbolique et de l'anthropologie politique. Une partie de son travail montrait des liens avec Foucault, Castel et Freidson, et tout particulièrement le lien entre la signification de l'institution et les transformations des discours médicaux (1980).

Le mémoire de licence de Marta Allué (1980) et son article sur la prise en charge de la mort avec une perspective comparative (1982) eurent un rôle semblable. Elle analysait la mort à partir d'une révision critique du folklore funéraire qui la conduisait à analyser les itinéraires de mort et d'agonie à partir des notions de rituel et de rites de passage élaborées par Turner. Mais elle s'approchait de la conception des modèles de quête de la santé des sociologues.

L'article collectif de Comelles, Andreu, Ferrus et Paris (1982) avait un caractère programmatique. Afin de briser le dualisme populaire/savant, ils proposaient d'aborder les itinéraires thérapeutiques et le pluralisme des ressources à partir de la construction sociale du droit à être assisté — perçu comme un processus historique — et qui n'était pas sans rapport avec l'éclosion du droit à la santé reconnu par la Constitution de 1978. Ici, les concepts sociologiques et la recherche historique montraient leur valeur, et Foucault (1979), Goffman (1968), Freidson (1978) et Castel (1976) indiquaient de nouvelles voies pour aborder la pratique médicale, les politiques de santé et leurs effets culturels.

Quelques années plus tard, Martinez-Hernáez (1993) tâcha d'en faire un bilan critique. Selon lui, malgré la diversité des sujets, il existait une sorte de projet d'anthropologie médicale définie par les objets d'étude, par certains acquis méthodologiques et par un projet d'institutionnalisation ouvert au débat multidisciplinaire. Mais il lui manquait la présence d'un vrai débat méthodologique, ce qui faisait apparaître les auteurs un peu comme des bricoleurs plus ou moins habiles, lestés par leur approche d'autodidactes et le manque de discussion sur les conditions de travail près de soi.

LE DÉVELOPPEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE (1982-2002)

À la différence d'autres pays européens, dont la structure universitaire de l'anthropologie (ou de l'ethnologie) était plus solide, l'anthropologie sociale, en Espagne, n'acquit une position universitaire stable que vers 1990-1995. Le premier cours d'anthropologie médicale en Espagne eut lieu en 1981, à Tarragone, suivi, en 1982, d'un premier colloque international

(*Primeres Jornades...*, 1982; Comelles, 1984). Cela permet de comprendre la dispersion thématique et géographique de la production intellectuelle, la continuité du folklore médical et la moindre présence de lignes directrices en matière de recherche appliquée. L'ensemble de la production espagnole a été recensé par Perdiguero, Erkoreka et Comelles (2000), dont nous présentons un tableau récapitulatif.

Tableau 1

	Livres, articles et chapitres	Mémoire de licence ou maîtrise	Thèses de doctorat
1970-1979	88	2	2
1980-1989	502	12	4
1990-1999	875		30
Total	1465	14	36

De ces 1 500 travaux, un peu plus d'un tiers est l'œuvre d'une trentaine de chercheurs qui se reconnaissent spécialistes et un quart constitue des études sur la sexualité ou l'alimentation issues des débuts de l'anthropologie médicale. Le cinquième de ces travaux regroupe des textes produits par des professionnels de la santé, proches de l'anthropologie, et le reste regroupe des études de folklore médical. De nombreux auteurs ne sont cités qu'une ou deux fois. Cela témoigne, d'une part, des limites d'une modeste communauté scientifique et, d'autre part, du fait que la recherche dépend largement des intérêts individuels des chercheurs. Somme toute, il est possible de proposer quelques lignes de continuité thématique et d'en préciser les influences théoriques.

Les drogues

La voie de recherche la plus significative en anthropologie médicale du point de vue de ses effets sociaux et de son influence sur les politiques publiques en Espagne, et même en Amérique latine, est celle des *études sur les drogues* et les *comportements addictifs*. Elle se développa à partir d'études sur des itinéraires de vie entourant l'usage de l'héroïne (Romaní 1982; Funes et Romani 1985; Gamella 1990; Pallarès 1995), des études sur les communautés thérapeutiques et les jeunes pendant les années 1980 (Comas 1985, 1988; Comas et Ramírez 1992), et plus récemment avec une orientation transdisciplinaire et plus proche du modèle médical sur la cocaïne (Díaz, Barruti et Doncel 1992) et les drogues de synthèse (Gamella et Alvarez Roldán 1997).

En général, on perçoit aujourd'hui une tension croissante entre des orientations théoriques critiques associées à la sociologie de la déviation et au marxisme (Romaní 1999), et des orientations néopositivistes plus proches des discours dominants dans la littérature internationale.

Psychiatrie culturelle et ethnopsychiatrie

Dans la mesure où le poids de la psychanalyse en Espagne est modeste, et que le problème de la diversité culturelle n'est reconnu réellement que depuis que le pays est le lieu de migrations internationales, l'intérêt pour la psychiatrie transculturelle ou culturelle fut assez limité (Obiols 1981; González et Comelles 2000a), à quelques exceptions près. La seule expérience de longue durée fut mise en place en Galice par les anthropologues Marcial Gondar et le psychiatre Emilio González. Ils élaborèrent un programme de psychiatrie culturelle avant la lettre (Gondar et González 1992), qui essayait de comparer la pratique psychiatrique en Galice rurale et urbaine et réfléchissait sur la complexité du rôle des professionnels, à cheval entre des conceptions traditionnelles du malaise et les problèmes que posaient les grilles taxonomiques des CIE-10 ou du DSM-IV. À partir d'un très dense parcours ethnographique, une déconstruction de la pratique psychiatrique en milieu rural et urbain conduisit à affirmer le rôle du psychiatre comme médiateur culturel, rôle qui correspond à une relation de travail de longue durée avec des médecins internes (González 2000).

Une position plus classique de psychiatrie culturelle est soutenue à Madrid, par le psychiatre hospitalier Caballero (1997), qui s'intéresse aux problèmes de diagnostic des syndromes de filiation culturelle ainsi qu'aux problèmes de communication en milieu clinique, et qui possède une très solide formation en psychiatrie culturelle. N'étant pas directement engagé dans un projet extrahospitalier, son travail n'a pas la portée de celui de González, mais il est bien reçu par les structures psychiatriques des hôpitaux obligés de faire face à la nécessité des protocoles de diagnostic. La troisième expérience est celle du psychiatre Joseba Atxotegui (voir Tizón *et al.* 1993; Atxotegui 2000), promoteur d'un des premiers services de soins spécialisés pour migrants, à Barcelone.

En général, les différences entre la position des psychiatres, à l'exception de González, et des anthropologues sont considérables. Nombreux sont les psychiatres qui se sont récemment intéressés à ce sujet, munis d'un pauvre bagage anthropologique et dotés d'une maigre volonté de débat interdisciplinaire, sous une sorte d'alibi visant à démarquer la démarche anthropologique de la démarche clinique. Se cachant derrière la construction de

protocoles diagnostiques pour des *culture-bound syndromes*, ils évitent d'avoir à assumer d'autres méthodologies qualitatives pour faire face à la diversité culturelle. Ils sont incapables de mettre en contexte les espaces de la pratique psychiatrique ou ceux de la prévention en santé mentale, car leur formation les réduit à l'application de protocoles cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus nombreux. Le danger de cette tendance est de généraliser des services ethniquement spécialisés, ou de réduire les *culture-bound syndromes* à des symptomatologies d'anxiété et de dépression sur lesquelles il faut appliquer des thérapeutiques psycho-pharmacologiques. Du côté des anthropologues, la tentation est à l'analyse des logiques sociales et culturelles associées aux malaises (Martínez-Hernáez 1998, 2000), qu'ils considèrent comme un pas nécessaire et intermédiaire vers l'ouverture d'un débat interdisciplinaire. La position de González permet sans doute une bonne synthèse entre ces deux positions et offre surtout des solutions applicables à la pratique quotidienne.

La maladie et le handicap

En 1984, Serra París défendit un mémoire de maîtrise sur les itinéraires thérapeutiques d'une douzaine de jeunes femmes scoliotiques. Ancrée sur les schémas méthodologiques produits par les sociologues américains autour des comportements de « quête de la santé », elle combinait sa propre histoire de vie, des observations relatives aux services de santé et les récits de vie d'autres malades. Le mémoire inaugura une série de recherches, souvent fondées sur des expériences autobiographiques, concernant des maladies chroniques ou des handicaps. Marcial Gondar (1990) à son tour explora les rapports de deuil et de mort entre les femmes en Galice, en portant une attention particulière au travail de deuil, qui ne fut postérieurement que très peu suivi. Un peu plus tard, un service hospitalier de rhumatologie embaucha trois anthropologues pour une enquête de terrain sur l'arthrite rhumatoïde (Devillard, Otegui et García Ferrero 1991). La technique combinait l'observation participante en milieu hospitalier et des récits de vie. Dans cette lignée, Roser Colom (1996) étudia le processus de rééducation de paraplégiques en service hospitalier, et Capitán (1999) étudia les mutilés. Villamil (2001) a travaillé récemment sur des itinéraires de malades atteints du sida.

Le récit autobiographique de Marta Allue (1996), itinéraire de souffrance d'une femme à la fois grande brûlée et handicapée, témoigna d'une évidente rupture au sein de la recherche plutôt universitaire. D'abord, il s'agit d'un récit d'une anthropologue qui est aussi une patiente et qui combine l'itinéraire des émotions à une ethnographie goffmanienne de

différents milieux hospitaliers. Le livre est devenu, en Espagne, une référence pour les étudiants en soins infirmiers et un exemple d'ethnographie radicale qui s'est raffermi avec la publication de son second livre, une ethnographie du handicap (2003), dans laquelle la discussion des droits à l'égalité dans la différence des handicapés se fait à partir de son travail d'anthropologue engagée dans une ethnographie des attitudes des « normaux » envers les handicapés.

L'ethnographie des professionnels et des institutions

Sur la trace de Freidson, les anthropologues (et quelques sociologues) espagnols ont proposé plusieurs ethnographies sur les *professionnels.* Le sociologue De Miguel publia deux monographies sur les rhétoriques des pédiatres (1984) et des accoucheurs (De Miguel et Dominguez 1979), et Comelles (1988a, b) traita du rôle des psychiatres dans l'Espagne contemporaine. Il y a aussi des ethnographies d'institutions: Uribe (1996) sur un centre de soins de première ligne, Xavier Allué (1999) sur les urgences hospitalières, Fernández-Rufete (1997) sur un service de médecine interne spécialisé sur le sida, Villamil (2001) sur les dispositifs de prévention du sida entre homosexuels et sur les discours des épidémiologistes, Marta Allué (1996), Comelles (2000b) et Pallares (2003) sur les unités de soins intensifs. En outre, les services de planification familiale — un phénomène récent en Espagne, fruit de la transition politique — ont fait l'objet de trois thèses de doctorat (Bodoque 1996; Esteban 1996, 2001; Castillo 2000).

Le pluralisme dans les soins

Le pluralisme « médical » est un terme médico-centrique, qu'il faudrait rayer de notre vocabulaire, mais qui recouvre dans le langage quotidien les recherches sur la pratique domestique de soins et les rapports entre les usagers et les dispositifs de santé, ce que les anglophones nomment *agency* et que l'on nomme chez nous *transactions.* Cette problématique dérive de la plupart des apports fondateurs dont nous avons fait état. De plus, la majeure partie de la littérature de vulgarisation produite pendant les années 1980 avait pour but d'en présenter les principaux concepts (Comelles 1985; Balaguer 1988; Perdiguero 1992). Du côté des anthropologues, le livre le plus intéressant fut celui de Comas *et al.* (1992) sur le rôle des femmes dans les soins domestiques à Tarragone, et celui de Roca (1996), sur le rôle des livres de vulgarisation en santé et vie familiale sous le régime franquiste. À

cela s'ajoutent aussi les études sur les guérisseurs (Gómez 1997), sur les *culture-bound syndromes* (Erkoreka 1995) ou les pratiques populaires (Fresquet 1995), ainsi que deux ouvrages collectifs de González-Alcantud et Rodríguez-Becerra (1996) et González-Reboredo (1997), dans lesquels se mélangent des textes strictement d'anthropologie médicale avec d'autres qui maintiennent la flamme du folklore. Lasala (2003) écrit sur les transactions entre les guérisseurs et le dispositif de santé actuel en Espagne, et Canals (2002) propose un ouvrage très important sur le développement des groupes d'aide mutuelle dans le contexte de la crise de l'État providence en Espagne.

Du côté des historiens de la médecine, on remarque une lente mais inéluctable approche des concepts anthropologiques sur le complexe santé/maladie/soins (Zarzoso 2001 ; Perdiguero 1997). C'est l'un des sujets les mieux représentés dans la littérature scientifique et celui où les convergences entre historiens et anthropologues sont les plus évidentes, comme c'est le cas dans le dossier de la revue *Dynamis* (Ballester et López Terrada 2002) sur le pluralisme médical.

Le corps, le genre et les émotions

La thèse de Martínez-Hernáez, publiée en 2000, essayait de recomposer la rupture épistémologique entre une anthropologie de la maladie et une anthropologie des pratiques. De l'analyse de l'interprétation du symptôme par la psychiatrie et l'anthropologie, l'auteur élaborait la possibilité d'une orientation plus culturaliste de la maladie, mais le projet comprenait aussi une anthropologie des pratiques et de la production du discours de la biomédecine. Très près de lui, la thèse de José M. Uribe (1996) sur la transformation du dispositif de soins de santé primaires au Pays basque se distanciait des lignes dominantes des années précédentes, plus proches de l'économie politique, et incorporait le discours culturaliste de la *clinically applied anthropology*. Pour sa part, Mari Luz Esteban, une anthropologue de formation médicale, issue du mouvement féministe, a introduit dans l'anthropologie médicale espagnole le discours sur le genre et le corps (1993), qui s'est largement développé pendant les dernières années (Miqueo *et al.* 2001).

Migrations et santé

En Espagne, les études sur les migrations et la santé tirent leur origine d'un excellent rapport du psychiatre Cabaleiro Goas en 1997 [1967]. Plus récemment, un article (Obiols 1987) et un livre collectif de plusieurs

psychiatres (Tizón *et al.* 1993) dressaient un premier bilan des retombées cliniques de la présence de la diversité culturelle dans notre milieu. Plus tard, Esteban et Diaz (1997) publièrent une étude de terrain sur la question de santé entre les migrants. Cette problématique est en voie de gagner en importance en raison de ses effets pour le système de soins de santé et des problèmes auxquels se heurtent les professionnels qui avaient, jusque-là, toujours négligé l'aspect culturel.

La tentation est toujours de réifier le social et le culturel comme une variable d'identification qui puisse être placée dans l'arbre de décision d'un protocole. Par contre, pour les anthropologues le malaise psychologique est de plus en plus considéré comme une façon d'aborder et d'exprimer l'hybridation culturelle dans le cadre de la déterritorialisation des groupes ethniques, de l'articulation de la population avec les dispositifs de santé et les expériences de souffrance et d'affliction.

Les positions théoriques

Nous nous sommes limités à une partie modeste des 1 500 références en anthropologie médicale en Espagne depuis 1960 (Perdiguero, Erkoreka et Comelles 2000). Il n'est pas facile d'essayer d'en dégager les fondements théoriques et les influences. D'un côté, un grand nombre de recherches se fondent sur l'observation participante, les histoires de vie, les itinéraires thérapeutiques et l'analyse de réseaux, ainsi que sur une réalité proche dans laquelle il est possible de déceler des doses assez significatives d'engagement personnel des auteurs. Dans la mesure où une partie énorme de la recherche ne correspond pas à des recherches financées, menées par des groupes de recherche, la plupart des chercheurs occupent des postes universitaires, ou obtiennent des bourses prédoctorales longtemps attribuées individuellement, ou encore financent la recherche à même leur salaire. La sélection des objets d'étude répond majoritairement à des intérêts personnels, ou autobiographiques, ce qui entraîne la formation en autodidacte et l'éclectisme.

Sans doute est-il possible d'établir certains atouts communs, la plupart étant centrés sur une anthropologie des pratiques : d'abord les influences des ethnographies de l'interactionnisme symbolique et des styles de récit qui viennent des ethnographies produites par les sociologues de la déviance. Cela comporte un bon côté, soit l'intérêt pour les ethnographies et un penchant pour l'observation systématique, et un mauvais côté, soit une dépendance envers la capacité narrative des auteurs. En second lieu, une tentation trop peu souvent équilibrée par la précédente de penser que les récits de vie

sont une sorte de panacée pour la recherche et qu'il n'y a que le point de vue de l'acteur qui soit valable. Finalement, l'engagement de l'anthropologue comme une conséquence d'une anthropologie construite majoritairement sur des objets et des sujets d'étude proches.

Du point de vue théorique, pour des raisons générationnelles, les lignes de pensée dominantes depuis 20 ans correspondent aux écoles constructivistes. Cela a conduit à l'ouverture d'un dialogue fécond avec l'histoire de la médecine. Ce discours est représenté par deux textes parallèles de Perdiguero (1993) et Martínez-Hernáez (1993). Dans le premier, le pronostic établi affirmait que les chemins de l'histoire et l'anthropologie médicale convergeaient, et, dans le second, on pouvait lire qu'il fallait un élargissement vers les écoles culturalistes et phénoménologiques et que l'hégémonie concentrée sur les pratiques avait fait en sorte de négliger la prise en considération de la maladie comme objet d'étude.

Le diagnostic reflétait l'influence très significative de l'œuvre de l'anthropologue argentin, aujourd'hui au Mexique, Eduardo Menéndez et sa position théorique au sujet du complexe santé/maladie/soins (1990). Sa position influencée par de Martino et Gramsci permettait, en Espagne, d'aller au-delà des schémas des sociologues sur la quête-de-la-santé. Son œuvre s'inscrivait dans la même veine que celle de Young et la future *critically applied anthropology*. Son orientation correspondait aussi aux positions soutenues par les anthropologues italiens qui participaient au Centro Spérimentale di Educazione Sanitaria à Pérouse (en Italie), un lieu de culte pour les médecins de santé publique espagnols des années 1980. Le rapport avec des auteurs comme Bartoli (1989) et Seppilli (1983,1989) se consolida par la présence régulière des Italiens et de Menéndez à Tarragone.

Si Perdiguero prônait une histoire anthropologique pour les historiens, Martínez-Hernáez reprenait la distinction de Needham (1969) entre le *culturel* et le *social* ainsi que *l'émotion* et la *structure* pour demander à l'anthropologie médicale espagnole de porter un regard sur le culturel. Dix ans plus tard, ce double cheminement est perceptible. On en trouve un bon aperçu dans un récent ouvrage collectif réuni par Perdiguero et Comelles (2000).

Futurs (probablement) imparfaits

Des changements fondamentaux découlent de l'adoption, par les États, de la Déclaration de Bologne, qui se propose de normaliser les diplômes européens, et de la généralisation d'un espace européen de recherche dont les priorités engendrent un certain temps d'incertitude pour la plupart

des vieilles disciplines universitaires comme l'anthropologie. Aujourd'hui, l'objectif est de travailler en groupe et non plus individuellement, de s'organiser interdisciplinairement et d'assumer des rapports avec des interlocuteurs internationaux. Au sein de l'Union européenne, les disciplines sociosanitaires sont en position bien plus faible qu'en Amérique et la reconnaissance de leur rôle par les autorités de santé n'est pas aisée.

Ce nouveau scénario entraînera des effets dans quatre domaines. D'abord, dans celui de la formation spécialisée. Ensuite, il exigera l'adaptation des chercheurs à des sujets qui sont fixés au préalable par des directives internationales. En troisième lieu — et particulièrement en anthropologie médicale —, il établira le rôle de la discipline dans la formation continue ou dans le *coaching* des professionnels du secteur. Et, finalement, il établira la position de l'anthropologie médicale dans l'éducation et la promotion de la santé dans laquelle se confrontent une fourmilière de questions: le rôle de l'autonomie des bénéficiaires, les politiques de promotion de la santé, les stratégies avec les groupes de malades, etc. Toutes ces arènes exigent un débat sur la position de l'anthropologie médicale au sein de l'anthropologie, et un débat sur sa signification sociale et culturelle.

Faire un bilan est toujours une sorte de regard plus ou moins nostalgique sur le passé. Mais ce n'est pas ce que nous souhaitons. Nous nous tournons maintenant vers l'avenir dans des conditions qui, 10 ou 20 ans plus tôt, nous auraient fait rêver. Aujourd'hui, l'anthropologie médicale espagnole est une communauté scientifique, qui peut déléguer des chercheurs dans le monde avec une certaine régularité, qui fait montre d'une présence internationale plus ou moins significative et qui participe à la construction d'un espace de communication en langues latines. Notre présence active dans le réseau Medical Anthropology at Home, qui prône une communauté européenne d'anthropologie médicale, nous place à un tournant stimulant au sein du dialogue entre l'Europe et les autres continents; et la politique de financement de la recherche de l'Union européenne nous oblige, bien à notre gré, à collaborer avec nos confrères continentaux. Pour un champ de l'anthropologie aux effectifs modestes en Europe — rien de comparable à la Society of Medical Anthropology —, ce point de départ permet d'établir des rapports plus personnels, fondés sur la confiance réciproque, et de penser l'avenir ensemble. Nous renforçons les rapports de convergence avec nos collègues historiens et sociologues, infirmières et médecins. Le cadre de l'avenir n'est plus l'État-nation, mais la diversité des problématiques liées aux politiques sociales européennes ou de celles où conduit la coopération internationale. Cette diversité est à la base de notre citoyenneté continentale et cette citoyenneté, avec tous ses problèmes et ses contradictions, commence à être perçue comme un enjeu d'avenir en Amérique latine et ailleurs.

Du point de vue des objectifs, le contexte européen caractérisé par l'État providence, sa construction et sa déconstruction, devient une arène très peu explorée par les anthropologues médicaux. Nous nous surprenons de la facilité avec laquelle nous importons des objets de recherche qui correspondent à des pays multiculturels, mais sans les dispositifs de santé qui rendent effectifs les droits universels à l'assistance médicale. De plus, ces dispositifs ont engendré des « cultures d'entreprise » spécifiques, des cultures professionnelles différentes — comme celles des médecins fonctionnaires salariés massivement en Espagne —, mais aussi des formes bien différentes de construction des savoirs populaires, des attitudes par rapport au corps, des cultures de la maladie incarnées dans cette citoyenneté, aujourd'hui faisaient face partout au fait migratoire, à un métissage fascinant et à un développement de nouvelles formes de transactions avec les services de santé. L'enjeu est important, aussi bien pour les anthropologues que pour les professionnels de la santé, qui ont oublié longtemps comment gérer la diversité, le métissage, l'hybridation culturelle. Répondre adéquatement à cet enjeu constitue, sans doute, la démonstration du bien-fondé de la citoyenneté européenne. Il est révolu le temps ou l'objectif des hygiénistes était d'en finir avec les épidémies à coup de relevés statistiques. De nos jours, l'État providence a besoin pour s'affirmer des techniques qualitatives d'évaluation et de recherche, les seules qui peuvent articuler le local au mondial, et qui peuvent expliquer le caractère hiérarchique qui opère dans les consensus entre classes, les seules qui permettent de *comprendre* ce qui, pour beaucoup, n'est pas facile à saisir : ce qui n'est pas nous, mais ce qui, par le droit de citoyenneté, est aussi nous. Selon nous, anthropologues engagés, ce n'est plus « le regard éloigné » mais le « regard proche », qui est indispensable pour préserver le droit à notre merveilleuse diversité sociale, culturelle et linguistique sous cette citoyenneté commune, produit de métissages séculaires qui se construisent et se déconstruisent, pour ainsi conserver, à l'intention des générations futures, les nuances idiosyncrasiques de nos manières de vivre, d'aimer, de sentir et d'exprimer nos souffrances, notre joie ou notre désir de paix.

Références

——, *Primeres Jornades d'Antropologia de la Medicina.* 1982, II Colloqui de l'ICA. Comunicacions 1. Tarragone, Arxiu d'Etnografia de Catalunya.

ACKERKNECHT E.H., 1985, *Medicina y Antropología Social.* Madrid, Akal.

AGUILAR-CRIADO E., 1990, *Cultura popular y folklore en Andalucía (los orígenes de la antropología).* Seville, Diputación Provincial.

ALBARRACIN A., 1972, «Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extracientífica en la España del siglo XIX», *Asclepio,* 24: 323-366.

ALLUE M., 1980, *Siemprevivas e inmortales. Rituales e instituciones funerarias en las comarcas de Tarragona.* Mémoire de licence, Tarragone, Universitat de Barcelona.

——, 1982, «La Gestión del Morir: Para una Antropología del enfermo terminal en la sociedad Occidental», *Jornades d'Antropologia de la Medicina. Comunicacions,* vol. 2, 1: 4-34, Tarragona, Arxiu d'Etnografia de Catalunya.

——, 1996, *Sauver sa peau.* Paris, Seli Arslan.

——, 2003, *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia.* Barcelone, Bellaterra.

ALLUE X., 1999, *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas.* Saragosse, Mira Editorial.

Atlas Etnográfico de Vasconia, 1995, «Ritos Funerarios en Vasconia». Bilbao, Eusko Jaurlaritza – Gobierno de Navarra – Etniker Euskalerria. La quitaría.

Atlas Etnográfico de Vasconia, 1998, «Ritos del nacimiento al matrimonio en Vasconia». Bilbao, Eusko Jaurlaritza – Gobierno de Navarra – Etniker Euskalerria. La quitaría.

ATXOTEGUI J., 2000, «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial»: 83 -100, dans E. Perdiguero et J. M. Comelles (dir.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelone, Bellaterra.

AUGÉ M., 1986, «L' Anthropologie de la maladie»: 77-85, dans A. Pouillon, Jean (éd.), *Anthropologie. Etat des Lieux.* París, Le Livre de Poche.

BALAGUER E., 1988, «El conocimiento popular de la salud y de la enfermedad», *Canelobre,* 11: 5-10.

BALLESTER R., M.L. LOPEZ-TERRADA et A. MARTINEZ-VIDAL (dir.), 2002, «La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la Monarquía Hispánica (ss. XVI-XVIII)», *Dynamis,* Vol. 22. Grenade, Universidad de Granada.

BARTOLI P., 1989, «Antropología de la Educación Sanitaria», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya,* 7: 17-25.

BODOQUE Y., 1996, *Discursos y praticas sobre sexualidad y reproducción: los centros de planificaciión familiar.* Thèse de doctorat, Tarragone, Universitat Rovira i Virgili.

BOUZA J., 2002, *El hombre com problema. Filosofia, ciencia y subversión en la Antropología del Siglo XIX.* Barcelone, Ediciones del Serbal.

CABALEIRO M.,1997 [1967]), *Síndromes psicopatoloxicas pola inmigración e emigración.* Saint Jacques de Compostelles, Xunta de Galicia.

CABALLERO l., 1997, « Psiquiatria clinica y buénas metáforas », *Psiquiaria.* Cultural para Clínicos, 1 :1-12.

CANALS J., 2002, *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar.* Thèse de doctorat. Tarragone, Universitat Rovira i Virgili.

CAPITAN A., 1999, *Angeles Rotos. Las imágenes culturales de los amputados y su gestión social.* Thèse de doctorat. Barcelone, Universitat de Barcelona.

CASTEL R., 1976, *L' Ordre Psychiatrique. L' Âge d'or de l'aliénisme.* París, Les Éditions de Minuit.

CASTILLO A., 2000, *Factores Socioculturales en la práctica de la planificación familiar: el caso de la contracepción hormonal oral.* Thèse de doctorat. Tarragone, Universitat Rovira i Virgili.

CATEDRA M., 1976, « Notas sobre la envidia : los ojos malos entre los Vaqueiros de Alzada » : 9-48, dans C. Lisón (dir.)., *Temas de Antropología Española.* Madrid, Akal.

——, 1988, *La muerte y otros mundos. Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de Alzada.* Madrid, Júcar Universidad.

CHARUTY G., 1997, « L' invention de la médecine populaire », *Gradhiva,* 22 : 45-57.

COLOM R., 1996, *Aprender a vivir. La construcción de la identidad de la persona con discapacidad física.* Thèse de doctorat. Barcelone, Universitat de Barcelona.

COMAS D., 1985, *El uso de las drogas en la juventud.* Madrid, Instituto de la Juventud.

——, 1988, *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas.* Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

COMAS D., M. ESPIN et E. RAMIREZ (dir.), 1992, *Fundamentos Teóricos en Prevención.* Madrid, Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.

COMELLES J.M., 1972, « Terapéutica y sociedad. Un caso gallego », *Ethnica,* 4 : 49-88.

——, 1980, « Ideología asistencial y práctica económica » : 337-400, dans *Actas del I Congreso Español de Antropología,* vol.1, Barcelone, Universitat de Barcelona.

——, 1984, « L'Antropologia de la Medicina a l'Estat espanyol » : 137-157, dans J.M. Comelles (dir.), *Antropologia i Salut.* Barcelone, Fundació Caixa de Pensions.

——, 1985, « Sociedad, salud y enfermedad : los procesos asistenciales », *Jano,* 655 : 71-83.

——, 1986, « La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986) », *RAEN. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 6, 19 : 619-636.

——, 1988a, «La importancia creciente de los no profesionales en los procesos asistenciales», *Canelobre*, 11 : 11-19.

——, 1988b, *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea.* Barcelone, PPU.

——, 1991, «Psychiatric Care in Relation to the Development of the Contemporary State : The Case of Catalonia», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 2 : 193-217.

——, 1996, «Da superstizioni a medicina popolare : La transizione da un concetto religioso a un concetto médico», *Rivista della Società italiana di antropologia médica*, 1-2 : 57-89.

——, 2000a, «The Role of Local Knowledge in Medical Practice : A Trans-Historical Perspective», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 : 41-75.

——, 2000b, «Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo», dans E. Perdiguero et J. M. Comelles (dir.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelone, Bellaterra.

COMELLES J. M., M. CASAS, U. UDINA et E. ALVAREZ, 1975, «Oposición estructural en el medio urbano : Asociaciones informales de parentesco y trastorno psiquiátrico en una enferma gitana», *Ethnica*, 10 : 29-46.

COMELLES J. M., A. ADREU, J. FERRUS et S. PARIS, 1982, «Aproximación a un modelo sobre antropología de la Asistencia», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1 : 13-31.

COMES P., 1972, «Enfermedad y muerte en el familismo rural», *Ethnica*, 3 : 29-52.

DE MIGUEL J., 1980, «Introducción al campo de la antropología médica» : 11-40, dans M. Kenny et J. De Miguel (dir.), *La Antropología Médica en España.* Barcelone, Anagrama.

——, 1984, *La amorosa dictadura.* Barcelone, Anagrama.

DE MIGUEL J. ET C. DOMÍNGUEZ-ALCÓN, 1979, *El mito de la Inmaculada Concepción.* Barcelona, Anagrama.

DEVILLARD M. J., R. OTEGUI et P. GARCIA, 1991, *La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de artitris reumatoide.* Madrid, Comunidad de Madrid.

DIASIO N., 1999, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas.* Paris, Presses universitaires de France.

DIAZ A., M. BARRUTI et C. DONCEL, 1992, *Les linies de l'èxit ? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelone.* Barcelone, ICESB / Ajuntament de Barcelona.

ERKOREKA A., 1985, *Análisis de la medicina popular vasca.* Bilbao, Instituto Labayru-CAV.

——, 1995, *Begizkoa. El mal de ojo entre los vascos.* Bilbao, Ekain.

ESTEBAN M., 1993, «La salud de las Mujeres : nuevas preguntas para nuevas respuestas» : 243-257, dans M. Díez et V. Maquieira (dir.), *Sistemas de Género y Construcción (Deconstrucción) de la desigualdad.* La Laguna, Asociación Canaria de Antropólogos-FAAEE.

——, 1996, «Relaciones entre feminismo y Sistema Médico-Científico»: 143-184, dans *Mujeres de Ciencia. Mujer, Feminismo y Ciencias Naturales, Experimentales y Tecnológicas.* Granada, Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada.

——, 2001, «El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud»: 25-52, dans C. Miqueo, C. Tomás et M. Cruz (dir.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.* Madrid, Minerva Ediciones.

ESTEBAN M. et B. DIAZ, 1997, *La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao).* Bilbao, Fundación EDE.

ESTEVA C., 1973, *Cultura y Personalidad.* Barcelone, A. Redondo editor.

FERNANDEZ-RUFETE J., 1997, *Sanar o Redimir. Los procesos asistenciales en VIH-SIDA en el medio hospitalario.* Thèse de doctorat. Tarragone, Universitat Rovira i Virgili.

FOSTER G.M., 1994, *Hippocrates' Latin American Legacy. Humoral Medicine in the New World.* Amsterdam, Gordon et Breach.

FOUCAULT M., 1979, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne.* Bruxelles, Atelier Pierre Madarga.

FREIDSON E., 1978 [1970], *La profesión médica.* Barcelona, Península.

FRESQUET J. L. (dir.), 1995, *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta.* València, Universitat de València.

FUNES J. et O. ROMANI, 1985, *Dejar la heroína.* Madrid, Cruz Roja.

GAMELLA J., 1990, *La Historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia.* Madrid, Editorial Popular.

GAMELLA J. et A. ALVAREZ-ROLDAN, 1997, *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición.* Madrid, Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre drogas.

GARCIA-BALLESTER L., 1984 [1977], *Los moriscos y la medicina. Un capítulo de la medicina y la ciencia marginadas de la España del siglo XVI.* Barcelone, Labor.

GIL L., 1969, *Therapeia: la medicina popular en el mundo clásico.* Madrid, Guadarrama.

GOFFMAN E., 1968 [1961], *Asiles. Études sur la conditions sociale des malades mentaux.* París, Éditions de Minuit.

GOMEZ P. (dir.), 1997, *El curanderismo entre nosotros.* Grenade, Universidad de Granada.

GONDAR M., 1990, *Mulleres de Mortos. Cara a unha antropoloxía da muller galega.* Vigo, Xerais.

GONDAR M. et E. GONZALEZ (dir.), 1992, *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatria Galega.* Saint-Jacques-de-Compostelle, Laiovento.

GONZALEZ-ALCANTUD J.A. et S. RODRIQUEZ-BECERRA (dir.), 1996, *Creer y Curar: La Medicina Popular.* Grenade, Diputación Provincial.

——, 1990, *Endemoniados en Galicia hog.* La Espana Mental, 11, Madrid, Akal.

GONZALEZ E., 2000, *A unidade de Saúde Mental como broker cultural: alternativas a xestión da locura nun municipio rural galego.* Thèse de doctorat. Saint-Jacques-de-Compostelle Universidade de Santiago.

GONZALEZ E. et J. M. COMELLES (dir.), 2000, *Psiquiatría Transcultural.* Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

GONZALEZ-REBOREDO X.M. (dir.), 1997, *Medicina popular e Antropoloxía da Saúde,* dans Actas do Simposio internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas. Saint-Jacques-de-Compostelle, Consello da Cultura Galega.

KENNYM. et J. DE MIGUEL (dir.), 1980, *La Antropología Médica en España.* Barcelone, Anagrama.

KLEINMAN A., 1995, *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine.* Berkeley, University of California Press.

LAIN-ENTRALGO P., 1964, *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría.* Madrid, Revista de Occidente.

LARREA C., 1997, *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos.* Quito, Abya-Yala.

LASALA A., 2003, *Curarse en salud. Las medicinas como sistemas de transacciones.* Thèse de doctorat. Tarragone, Universitat Rovira i Virgili.

LIS-QUIBEN V., 1980 [1949], *La medicina popular en Galicia.* Madrid, Akal.

LISÓN C., 1971a, *Antropología Cultural de Galicia.* Madrid, Siglo Veintiuno.

——, 1971b, *Antropología Social en España.* Madrid, Siglo Veintiuno.

——, 1979, *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia. Antropología cultural en Galicia.* Madrid, Akal.

——, 1990, *Endemoniados en Galicia hoy. La España mental II.* Madrid, Akal.

MALLART L., 1978, « Witchcraft Illness in the Evuzok Nosological System », *Culture, Medicine and Psychiatry,* 2, 4 : 373-396.

MALLART L., 2003, *La Forêt de nos ancêtres.* Tervuren, Musée Royal de l'Afrique Centrale.

MARTINEZ-HERNAEZ A., 1993, « Veinte Años de Antropologia de la Medicina en España » : 13-34, dans O. Romaní et J. M. Comelles (dir.), *Antropología de la salud y de la medicina.* La Laguna, Asociación Canaria de Antropólogos-FAAEE.

——, 1998, *¿Has visto como llora un cerezo ? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia.* Barcelone, Universitat de Barcelone.

——, 2000, *What's Behind the Symptom. On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding.* Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

MEDINA R. et J. MOLERO, 2002, « Medicina y poder colonial en el África Española. Un acercamiento preliminar a la perspectiva de género desde el marco legislativo colonial » : 312-330, dans A. Martín, C. Velasco et F. García (dir.), *Las Mujeres en el África Subsahariana. Antropología, literatura , arte y medicina.* Madrid, Ediciones del Bronce, Yo la quitaría

MENÉNDEZ E., 1981, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán.* México, DF., La Casa Chata.

——, 1990, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* México, DF., CIESAS.

MIQUEO C. T. et M. CRUZ (dir.), 2001, *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.* Madrid, Minerva.

NEEDHAM R.,1969, *Structure and Sentiment. A Test Case in Social Anthropology.* Chicago, The University of Chicago Press

OBIOLS J.,1981, « Factores étnico-culturales en psicopatología », *Revista del Departamento de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelone,* 8 : 96-103.

OBIOLS J. et J. V. BELLOCH, 1987, « El paciente extranjero en las salas de psiquiatría. Patología del choque intercultural », *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona,* 14 : 170-172.

OLAVARRIA E., 1982 [1885], « Supersticiones españolas de medicina popular" : 326-355, *in* W.G. Black, *Medicina Popular.* Barcelone, Alta-Fulla,Yo la quitaría

PALLARES J., 1995, *La dolça punxada de l'escorpi. Antropologia dels ionquis i de la heroina a Catalunya.* Lleida, Pagès Editors.

PALLARES A., 2003, *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera.* Thèse de doctorat. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.

PARDO J., 2002, *Oviedo, Monardes, Hernandez el tesoro natural de América colonialismo y ciencia en el siglo XVI.* Madrid, Nivela

PERDIGUERO E., 1992, « The Popularization of Medicine during the Spanish Enlightenment » : 160-193, dans R. Porter (dir.), *The Popularization of Medicine, 1650-1850.* Londres, Routledge.

——, 1993, « Historia de la medicina y antropología de la medicina » : 35-36, dans O. Romaní et J. M. Comelles (dir.), *Antropología de la salud y de la medicina.* La Laguna, Asociación Canaria de Antropólogos-FAAEE.

——, 1997, « Healing Alternatives in Alicante, Spain, in the Late Nineteenth and Late Twentieth Centuries » : 205-223, dans M. Gijswijt-Höfstrat, H. Marland et H. de Waardt (dir.), *Illness and Healing Alternatives in Western Europe.* Londres, Routledge.

PERDIGUERO E. et R. BALLESTER , 2003, « Federico Rubio y el Folklore médico » dans J.L. Carrilo (dir.), *Medicina y Sociedad en la España de la Segunda mitad del siglo XX.* Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, El Puerto de Santa María.

PERDIGUERO E. et J. M. COMELLES (dir), 2000, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelone, Bellaterra.

PERDIGUERO E., A. ERKOREKA et J. M. COMELLES, 2000, « Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000) » : 353-446, dans E. Perdiguero et J. M. Comelles (dir.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelone, Bellaterra.

PITRÈ G., 1896, *Medicina Popolare Siciliana.* Turín, Carlo Clausen.

PRAT CARÓS J., 1972, « El ex-voto : un modelo de religiosidad popular en une comarca de Catalunya », *Ethnica,* 4 : 137-171.

PUJADAS J. J., J. M. COMELLES et J. PRAT, 1980, «Una bibliografía comentada sobre antropología médica»: 323-353, dans M. Kenny et J. De Miguel, *La Antropología Médica en España.* Barcelona, Anagrama.

ROCA J., 1996, *De la Pureza a la Maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española.* Madrid, Ministerio de Educación y Cultura.

ROMANI O., 1982, *Droga i Subcultura: una historia cultural del «haix» a Barcelone (1960-1980).* Thèse de doctorat. Barcelone, Universitat de Barcelona.

——, 1999, *Las drogas. Sueños y razones.* Barcelone, Ariel.

RONZÓN E., 1991, *Antropología y Antropologías. Ideas para una historia crítica de la Antropología española. El siglo XIX.* Oviedo, Pentalfa.

SEPPILLI T., 1983, La medicina popolare in Italia. Dossier. *La Ricerca Folclorica,* vol. 8. Brescia, Grafo Edizioni.

——, 1989, *Le Tradizioni Popolari in Italia. Medicine e Magie.* Milan , Electa.

TIZON J. L., M. SALAMERO, N. PELEGRO, F. SAINZ et J. ATXOTEGUI, 1993, *Migraciones y salud mentral.Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada en Catalunya.* Barcelone, PPU.

TURNER V. W., 1972, *Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie.* París, Gallimard.

URIBE J. M., 1996, *Educar y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria.* Madrid, Ministerio de Cultura.

URTEAGA L., 1980, *Miseria, miasmas y microbios. Las Topografías Médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX.* Barcelone, Geocrítica. Universidad de Barcelone.

VILLAMIL F., 2001, *Homosexualidad y sida.* Thèse de doctorat. Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

ZARZOSO A., 2001, «El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII», *Dynamis,* 21: 141-159.

CHAPITRE 8

Souffrance, politique, nation. Une cartographie de l'anthropologie médicale italienne

Mariella Pandolfi et Gilles Bibeau

L'anthropologie médicale italienne est d'autant plus intéressante que l'Italie présente une vaste diversification interrégionale, laquelle a contribué à conférer à l'anthropologie italienne, jusqu'aux années 1980, une forte connotation régionaliste. Les travaux des anthropologues médicaux sont aussi ancrés, dans le cas de l'Italie, beaucoup plus profondément dans les théories de l'anthropologie culturelle et de la *demologia*[1] que ce n'est le cas dans d'autres pays, notamment aux États-Unis. Enfin, les cadres théoriques qui ont historiquement nourri l'anthropologie médicale italienne empruntent largement aux grandes écoles philosophiques, notamment à l'historicisme de Benedetto Croce (1866-1952)[2] et à la pensée marxiste d'Antonio Gramsci (1891-1937), deux courants de pensée qui ont contribué à donner aux débats intellectuels italiens une forte coloration politique, avec des inclinations vers l'engagement sociopolitique. Au fil des années, les intellectuels italiens ont aussi intégré, surtout chez ceux qui se définissaient comme des « intellectuels organiques », les différentes formes de pensée critique, celle issue de l'École de Frankfurt et celle de Michel Foucault surtout, ainsi que différentes versions de la phénoménologie et de la psychanalyse.

Dans cet essai, nous ferons constamment référence au paysage philosophique de l'Italie ; nous indiquerons aussi les liens qui attachent l'anthropologie médicale, d'une part, à l'anthropologie culturelle et à la *demologia* et, d'autre part, aux débats autour de la nation et aux conditions de formation de l'État italien.

REPÈRES POLITIQUES ET HISTORIQUES POUR PENSER LA GENÈSE DE L'ANTHROPOLOGIE ITALIENNE

Peut-être convient-il de rappeler, d'emblée, que l'Italie ne s'est constituée, à la suite de l'action de Cavour, en tant qu'ensemble politique unifié

que dans les années 1860. Le cas italien apparaît d'autant plus riche à étudier que les anthropologues ont clairement mis en évidence le fait qu'il existe plusieurs Italies, plusieurs régions, que l'unité nationale réalisée au lendemain du Risorgimento s'est faite, à partir du Piémont, sur les plans politique et administratif plus que sur le plan culturel, et que les cultures régionales ont eu tendance à survivre au sein de l'espace national. L'homogénéisation s'est fait sentir beaucoup moins en Italie qu'en France, par exemple, où le centralisme administratif de Paris s'est imposé avec force à tout le pays ou qu'en Allemagne où le fédéralisme implanté par Bismarck à partir de la Prusse a exprimé l'appartenance de tous les Allemands à une même communauté de langue et de sang. En Italie, les institutions publiques, l'école, l'armée, les médias et l'administration ont évidemment contribué, à partir de l'unification, à resserrer les liens entre les régions, à créer une conscience nationale et à diffuser une culture pan-italienne, sans que disparaissent pour autant certains aspects centraux des cultures régionales, y compris les formes locales de la langue parlée.

Les profondes variations interrégionales que le pouvoir politique s'est efforcé de réduire au sein de l'État italien unifié remontent en fait à un passé très lointain, voire à plusieurs millénaires, jusqu'à l'époque de la Magna Grecia, qui a donné au Mezzogiorno italien une configuration culturelle de base ayant largement persisté au fil des siècles, contribuant ainsi à distinguer le Sud rural des cultures régionales du Nord et même de celles du centre. La présence arabe a aussi imprimé son empreinte sur les populations du Sud, en Sicile notamment. La civilisation normande s'est ensuite imposée durant au moins deux siècles dans le Mezzogiorno, suivie des présences successives des conquérants espagnols et français. Le Royaume de Naples, qui a cherché à unifier le sud de la péninsule et les États pontificaux qui s'imposèrent dans la même région, a aussi marqué de son empreinte le profil culturel de l'Italie du Sud[3]. Il n'est pas étonnant, dans un tel contexte, que « la question de l'identité nationale » ait toujours été centrale dans les débats culturels et politiques italiens, bien avant Benedetto Croce et Antonio Gramsci, au temps de Giambattista Vico (1668-1744) déjà, lequel s'était précisément demandé, dans *La Scienza Nuova* (1725), quelle pouvait bien être la nature commune des nations (Vico 1986 [1725])[4].

La tension historique entre les parties septentrionale et méridionale de l'Italie est un phénomène qui ressurgit constamment dans les stratégies des partis politiques et dans les débats autour de la nation italienne. La place qu'a prise la *Lega Nord* dans la vie politique italienne en est sans doute la manifestation récente la plus évidente. Il n'y a ici qu'à penser à la réinvention de la tradition à laquelle invite la *Lega Nord* lorsqu'elle parle de la « *Padania* » pour se référer à un immense territoire du Nord de l'Italie au sein duquel existe une impressionnante diversité de traditions culturelles et qui n'est

somme toute unifié que du seul point de vue de son développement économique. La *Lega Nord* réinvente aussi la tradition à travers son refus d'accueillir dans la future « *Padania* » des groupes ou des individus issus de pays non occidentaux, seuls les travailleurs saisonniers « utiles » étant acceptés en « *Padania* ». Le « cul-terreux » n'est plus seulement le paysan italien du Sud : c'est aussi le Marocain, le Ghanéen, le Philippin et les autres.

La « *Questione Meridionale* » en tant qu'elle remet en question l'identité nationale ressurgit constamment en Italie dans tous les débats, qu'ils soient politiques, sociaux ou culturels[5]. Ainsi, par exemple, pendant la grève générale de 1920 durant laquelle toutes les usines du nord de l'Italie furent fermées, les dirigeants fascistes firent appel aux paysans du Sud de l'Italie pour remplacer les ouvriers en grève. Comment se fait-il, s'est demandé Gramsci, que les paysans italiens aient accepté de remplacer les ouvriers en grève, se désolidarisant ainsi de la révolution sociale et économique amorcée dans le Nord du pays. Militant modèle au sein du parti communiste italien, fondateur d'un quotidien de combat, *L'Unità*, en 1924, et philosophe avant tout préoccupé de la « praxis », Gramsci ne cessa de s'en prendre aux fascistes qui étaient au pouvoir depuis 1922. En 1928, un tribunal le condamna à 20 ans de prison, sans égard pour son immunité de député légitimement élu. Gramsci passa le reste de sa vie en prison, ne cessant de s'interroger sur les raisons de la défaite du mouvement révolutionnaire en Italie, sur la place de la culture paysanne dans la société italienne et plus précisément encore sur la *Questione Meridionale* (1975), thème qui lui a servi de toile de fond pour examiner les contradictions internes de la société italienne.

Dans ses écrits de prison (1975)[6], Gramsci analyse avec une extraordinaire lucidité le pouvoir prolétarien, le rôle des « intellectuels organiques » et les rapports entre hégémonie et subalternité, autant de notions qui ont été reprises par l'anthropologie critique italienne et qui sont au cœur des courants progressistes de l'anthropologie médicale issus d'Ernesto De Martino. Gramsci a conclu sa réflexion sur la *Questione Meridionale* en disant qu'il existe, dans le Mezzogiorno, une complicité et une interdépendance entre les classes hégémoniques et les villageois placés en position de subalternité (1975).

Au moment où Gramsci s'éteint dans une clinique de Rome (on est en 1937) avant la fin même de sa peine, le gouvernement fasciste du Duce s'apprête à adopter les lois raciales (1938)[7] qui mythifient la vie rurale, canonisent un type particulier d'Italien et excluent l'étranger. C'est alors la culmination d'une pensée nationalisante organisée autour de l'exclusion de l'autre que les fascistes ont essayé d'imposer aux Italiens à partir de 1922, pensée à laquelle Gramsci s'est opposé au prix de sa vie. L'anthropologie biologique issue de la tradition remontant à Cesare Lombroso (1835-1909), titulaire d'une chaire d'anthropologie criminelle à l'Université de Turin,

a repris du service durant la période fasciste, contribuant à préciser les bases biologiques des races, à démontrer leur hiérarchisation et à justifier la politique fasciste de « défense de la race ». Cette période fasciste a aussi fait basculer les sciences sociales italiennes dans le néopositivisme, provoquant du même coup une stagnation de la créativité, notamment en anthropologie, qui n'a véritablement ressuscité qu'avec De Martino au lendemain de la chute de Mussolini.

Le fait que l'Italie n'ait pas été une grande puissance coloniale a aussi influencé fortement la pratique de l'anthropologie dans la péninsule. L'anthropologie italienne se démarque en effet radicalement, du point de vue des terrains ethnographiques, des autres anthropologies européennes : les Italiens travaillent en Italie même, alors que les anthropologues français, anglais, portugais, hollandais et belges privilégient les terrains au loin, auprès des groupes ethniques dans les empires coloniaux. Certains ethnologues italiens ont fait, il est vrai, des recherches en Afrique, en Éthiopie surtout, dans la colonie que Mussolini a donnée à l'Italie durant la période fasciste. Les terrains faits dans les territoires colonisés sont beaucoup moins significatifs pour le développement de l'anthropologie italienne que ne l'ont été les recherches réalisées dans les différentes régions de l'Italie, notamment dans le Mezzogiorno. L'autre, le primitif, le sauvage, l'anthropologue italien les trouve chez lui, « *at home* » ; le terrain exotique est remplacé par le séjour de recherche dans les régions reculées du pays. Le paysan, inférieur, différent, est ainsi devenu le symbole qui a permis à l'anthropologue italien de penser l'altérité.

L'Italie a été conduite à développer des anthropologies régionales du « chez soi » plutôt qu'une anthropologie vraiment nationale. Ce qui semble s'être passé dans le cas italien nous apparaît représenter l'une des deux principales voies de constitution des anthropologies nationales : celle qui affirme les différences régionales au sein d'une nation davantage imaginée (Anderson 1991) que réelle plutôt que celle qui insiste sur l'identité nationale collective de tout un pays. Cette forme apparemment plus rare d'anthropologie se retrouve, de manière paradigmatique, en Italie mais aussi en Espagne, au Brésil et dans tous les pays dans lesquels les régionalismes sont demeurés puissants[8].

UNE ESQUISSE DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ITALIENNE

Quelles formes l'anthropologie médicale italienne a-t-elle prises dans un contexte national aussi profondément marqué par une tension entre les processus d'intégration étatique et une forte différenciation interrégionale ?

Dans quel sens l'anthropologie culturelle et la *demologia* italienne ont-elles imprimé des orientations particulières à l'anthropologie médicale pratiquée en Italie? Les anthropologues italiens apparaissent coincés dans un espace paradoxal: d'une part, ils se sentent investis, en tant qu'intellectuels, du devoir de créer une nation italienne moderne et de mettre en évidence le fonds culturel commun à tous les citoyens du pays; d'autre part, ils refusent de rejeter les spécificités linguistiques et culturelles des diverses régions dont leurs travaux ethnographiques ne cessent de parler. Il se pourrait bien que l'anthropologie italienne constitue vraiment un cas à part qui révèle son originalité lorsqu'on la compare avec les anthropologies nationales de la France, de l'Allemagne ou de l'Angleterre[9].

Dans cet essai, nous avons choisi d'examiner l'anthropologie médicale italienne en nous centrant sur la présentation de l'œuvre d'un nombre limité d'anthropologues, en réalité de trois protagonistes de l'anthropologie médicale italienne, au nombre desquels figure l'un des coauteurs de cet essai. En nous limitant à l'examen de l'œuvre de ces trois collègues, nous sommes conscients du fait que nous ne couvrons pas l'ensemble de la production scientifique des anthropologues médicaux italiens et que nous risquons ainsi de négliger certains des travaux, par ailleurs intéressants, notamment ceux qui sont réalisés par la nouvelle génération d'anthropologues médicaux. Nous avons fait le choix de nous centrer sur les travaux de trois collègues parce qu'ils nous semblent être représentatifs des principales tendances de l'anthropologie médicale italienne, chacun des trois auteurs choisis ayant accentué une dimension originale au sein d'une approche commune.

Autour de chacune des trois figures retenues, à savoir Tullio Seppilli (2001; 1996; 1995; 1994a; 1994b; 1990; 1956; 1959), Mariella Pandolfi (2003; 2002; 1996; 1991; 1990; 1989; 1986) et Piero Coppo (1996; 1994; 1993; 1990a; 1985; 1990b), nous présenterons d'autres personnages de l'anthropologie médicale qui inscrivent leurs propres travaux dans des perspectives relativement proches de celles des auteurs étudiés. Notre choix de ces trois collègues a aussi été guidé, du moins en partie, par le fait que de nombreux autres collègues se reconnaissent dans la pratique de l'anthropologie médicale de Seppilli, Pandolfi et Coppo.

a) Le choix de Tullio Seppilli s'imposait de manière incontournable parce que ce professeur émérite de l'Université de Pérouse a contribué, plus que quiconque, à donner une véritable identité à l'anthropologie médicale italienne, radicalisant quelques-unes des idées centrales de son maître De Martino, notamment celles relatives à la place du marxisme dans la pensée demartinienne (1995), et imprimant à la sous-discipline une orientation éminemment appliquée (2001, 1996). Seppilli représente aussi de manière

exemplaire un style typiquement italien d'anthropologie, à savoir l'anthropologie du dedans, celle qui privilégie l'étude des caractéristiques sociales et culturelles des régions rurales du pays (1990), qui se préoccupe de l'articulation entre l'anthropologie médicale et les autres sciences de la santé (1996; 1994a) et qui s'engage résolument dans la réforme des services de santé (2001; 1994b).

b) L'idée de retenir Mariella Pandolfi s'explique par le fait qu'elle se situe sur les frontières, pensant à la fois du dedans de la tradition anthropologique issue de De Martino mais la dépassant aussi par l'introduction dans sa pensée d'apports issus d'autres traditions intellectuelles, notamment celle de l'anthropologie médicale nord-américaine et de l'anthropologie de la maladie, telle qu'elle se exerce en France, et des apports de l'ethnopsychanalyse. L'anthropologie post-demartinienne de Pandolfi s'est de plus en plus explicitement politisée au fil des années (2003b, 2002), poussant toujours plus avant sa politisation du corps (2003a, 1996), déjà présente dans ses travaux sur les femmes du Samnium (1991, 1990, 1989), et élaborant ainsi, d'une manière originale, l'une des caractéristiques centrales de la pensée des intellectuels italiens.

c) Nous avons fait une place importante aux travaux de Piero Coppo pour une double raison: d'une part, les travaux qu'il a poursuivis chez les Dogons du Mali (1993; 1990a; 1985; 1990b) représentent la pratique d'une anthropologie médicale qui se fait à l'étranger, en dehors des frontières de la péninsule italienne; de plus, ses travaux se centrent sur des questions d'ethnopsychiatrie (1996; 1994), un domaine vigoureux d'études en Italie où l'on trouve, parallèlement au mouvement de la «*Psichiatria Democratica*» instauré par Franco Basaglia (1974), des théoriciens et des praticiens de la psychiatrie culturelle comme Roberto Beneduce (2002; 1995; 1990), Giuseppe Cardamone (2000; 1996; 1990) et Salvatore Inglese (2003; 1997; 1993; 1989). La contribution de Coppo ne peut être pleinement comprise que si ses travaux sont lus sur l'horizon de l'importante réflexion qui s'est faite en Italie dans le champ de la psychiatrie culturelle et de la réforme des institutions psychiatriques.

DE ZANETTI À BASAGLIA : UN MÊME SOUCI POLITIQUE ET UNE MÊME FIÈVRE RÉFORMATRICE

Deux points de départ s'imposent, de manière incontournable, à quiconque entreprend de comprendre la formation et le développement

de l'anthropologie médicale italienne. Chez les intellectuels italiens, il existe une tradition de vigilance critique à l'égard des institutions publiques, tradition que la figure du psychiatre Franco Basaglia représente au mieux mais qui était déjà présente dès le XIX^e^ siècle chez les médecins hygiénistes italiens qui proposèrent une réforme radicale des services de santé. C'est à cet engagement réformateur que nous ferons écho dans ce paragraphe en évoquant principalement les figures de deux médecins, celle de Zeno Zanetti au XIX^e^ siècle et celle de Franco Basaglia, un auteur révolutionnaire dont la pensée a fortement influencé le développement de l'anthropologie médicale et de la psychiatrie culturelle et sociale en Italie.

a) Nous trouvons en Italie, déjà au XIX^e^ siècle, une préoccupation chez les professionnels de la médecine officielle pour la description des représentations et des pratiques de santé dans les différentes populations locales et régionales de l'Italie. Les médecins procèdent à un inventaire systématique des connaissances ethnomédicales des villageois, à un catalogage des catégories diagnostiques auxquelles recourent les populations, et à un recueil des systèmes d'interprétation, souvent à base religieuse, qui ont cours notamment dans les milieux ruraux qui consultent encore largement les guérisseurs à cette époque. Les travaux les plus importants furent sans doute ceux que le docteur Zeno Zanetti (1978 [1892]) a réalisés dans la région de Pérouse et à travers l'Ombrie, ainsi que ceux de son collègue Giuseppe Pitré (1896) à travers la Sicile[10]. Ces descriptions des systèmes thérapeutiques traditionnels ont conduit les médecins à évoquer l'existence de véritables médecines parallèles dont la vigueur était encore forte dans l'Italie de la fin du XIX^e^ siècle et que les professionnels de la santé se devaient de prendre d'autant plus au sérieux que les populations continuaient à consulter les guérisseurs. Les différentes médecines locales ont été interprétées comme une médecine populaire, variée dans ses modes d'expression dans la mesure où chacune était porteuse des spécificités régionales, et nourrie, en quelque sorte, par l'histoire de chaque région.

   La lecture que les médecins hygiénistes ont faite de cette médecine populaire a fait entrer, surtout après l'unification de l'Italie, la question de la maladie au cœur des discours politiques et sociaux. L'Italie qui s'unifie au XIX^e^ siècle est en réalité vue comme une Italie malade : on entreprend alors d'assainir les zones à forte densité de « malaria », le nom donné à la maladie dans les traités de pathologie étant un terme typiquement italien[11] ; des campagnes d'hygiène publique s'attaquent aux maladies infectieuses, à la tuberculose, au choléra, à la diphtérie et à la syphilis, cette dernière

maladie ayant été introduite au XVI[e] siècle par les troupes espagnoles dans le Sud de l'Italie où elle s'était maintenue chez les militaires principalement[12]; une stratégie de modernisation du Mezzogiorno est aussi mise sur pied pour lutter contre les maladies de la pauvreté alors prévalentes dans les villages italiens du Sud. Les médecins collecteurs des pratiques populaires de soins se transforment en éducateurs soucieux d'améliorer l'hygiène publique, en réformateurs qui veulent changer les conditions de vie des populations pauvres. Médecine, éducation et politique se conjuguent ensemble pour faire émerger une véritable médecine sociale qui établit des liens directs entre la présence des agents infectieux (par exemple, les moustiques vecteurs de la malaria), les mauvaises conditions quotidiennes de vie des paysans et les systèmes populaires d'interprétation et de traitement des maladies.

Trois raisons nous semblent expliquer le puissant processus de politisation qui a progressivement marqué le travail des médecins folkloristes du style de Zanetti et Pitré: a) les systèmes populaires de prise en charge de la maladie furent considérés comme des véhicules propageant des superstitions et des idées magiques que les médecins ont cherché à faire disparaître par des activités d'éducation sanitaire; b) les clivages entre le Nord industrialisé et le Sud paysan des grands domaines latifundiaires sont apparus comme ne pouvant être aplanis qu'à travers la modernisation et l'industrialisation du Mezzogiorno; c) la profonde intrication des médecines populaires et des vieilles croyances religieuses amplifiait le gouffre séparant les systèmes médicaux scientifiques et les pratiques populaires reliées au monde des guérisseurs. Avec Zanetti et Pitré et avec leurs collègues, la santé est devenue, dès les années 1890 déjà, une véritable affaire politique, tout autant sinon plus qu'une affaire médicale; elle est aussi devenue une affaire d'éducation sanitaire que le nouvel État devait entreprendre de toute urgence auprès de populations méridionales qui étaient considérées comme superstitieuses, « en retard » et vivant dans un univers magique.

b) Le psychiatre Franco Basaglia (1924-1981) est sans aucun doute la figure clé de la seconde moitié du XX[e] siècle qui a le plus profondément influencé, par-delà la réforme de la psychiatrie italienne, l'ensemble des intellectuels progressistes du pays en leur proposant une critique radicale des institutions publiques et une vision renouvelée de la société italienne. Basaglia n'est pas seulement à l'origine du mouvement de la désinstitutionnalisation des malades prisonniers des hôpitaux psychiatriques et de la fermeture

en Italie de ces hôpitaux avec le fameux Projet de loi n° 180; il est aussi au point de départ de l'adoption par plusieurs pays d'un modèle nouveau de prise en charge des malades psychiatriques et de la responsabilisation de la société entière à l'égard de la souffrance psychique. À partir de sa réforme des hôpitaux psychiatriques, Basaglia fonde une autre voie pour penser l'ensemble des institutions publiques, en proposant un modèle institutionnel qui ne détruit plus les individus situés en marge de la société de consommation de l'après-guerre, du capitalisme et du libre marché (1971; 1974; 1981-2). Ce psychiatre qui s'est passionné toute sa vie pour la philosophie, la phénoménologie, l'existentialisme et la psychanalyse a réussi, par-delà la réconciliation de la psychopathologie et de la phénoménologie au sein de la psychiatrie, à politiser le champ de la maladie mentale et à proposer l'une des critiques les plus radicales des institutions publiques.

C'est à Trieste où il a commencé à travailler en 1971 que Basaglia a fondé, avec d'autres collègues, le mouvement qui a été connu sous le nom de « *Psichiatria Democratica* ». En quelques années, la passion et le courage de Basaglia lui ont permis de réaliser un véritable miracle, celui de faire voter le Projet de loi n° 180, qui a approuvé la réforme radicale des institutions psychiatriques italiennes, propulsant à travers le monde un modèle ayant été largement adopté. De Michel Foucault à Robert Castel, du Brésil au Mozambique et jusqu'aux États-Unis, une vaste mobilisation intellectuelle et politique s'en est suivie.

Les collègues de Basaglia, les générations de psychiatres plus jeunes, les médecins anthropologues et, de manière générale, la partie la plus progressiste de la société italienne ont reconnu dans la vision de Basaglia une dimension éthique et universelle qui a servi de base pour fonder leur engagement social et politique (Colucci et Di Vittorio 2001). C'est de ce point de vue que l'apport de Basaglia à l'anthropologie médicale italienne se doit d'être envisagé. La psychiatrie sociale et démocratique a aussi trouvé, dans les années qui ont suivi, une voie toute tracée, porteuse d'une épistémologie politique « forte » qui a permis de passer de la psychiatrie sociale à la psychiatrie transculturelle, culturelle ou à l'ethnopsychiatrie. La spécificité de l'ethnopsychiatrie italienne ne prend elle-même sens que si elle est reportée sur l'horizon des débats qui se sont faits au sein du mouvement de *Psichiatria Democratica.* La transformation que les médecins, psychiatres et psychanalystes ont réalisée au sein de leur théorie et de leur pratique a généré une médecine de plus en plus « politisée », orientée dans les débuts vers les marginaux d'origine italienne (des villageois du Mezzogiorno ont immigré massivement, dans les années 1960, vers les capitales industrielles du Nord de l'Italie), et de plus en plus attentive, au fil des années, aux nombreux immigrants étrangers entrés en Italie après les années 1980.

Les idées de Basaglia ont été intégrées, en Italie, à la pensée des principaux protagonistes de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie. Au cours de sa période dite philosophico-scientifique, Basaglia a fait la promotion d'une psychiatrie phénoménologique capable de redonner, au sein d'un projet thérapeutique porteur d'une posture éthique, une dignité à la vie fracturée de la personne souffrante. La primauté accordée à la phénoménologie a été reprise et développée par de nombreux psychiatres italiens, notamment par Alberto Gaston (1987), qui a proposé un dialogue entre psychanalyse et phénoménologie, Bruno Callieri (2001) et Sergio Mellina (1997). Goffredo Bartocci (1994) a contribué au développement d'une hygiène mentale d'orientation transculturelle. Giuseppe Cardamone (2000; 1996; 1992; 1990), Salvatore Inglese (2003; 1997; 1993; 1989) et Nino Losi (2000)) ont en quelque sorte réinterprété Basaglia à la lumière, entre autres, d'Ernesto De Martino, de Tobie Nathan et de l'École de Dakar.

L'autre tournant fondamental chez Basaglia est celui que deux auteurs, Mario Colucci et Pierangelo di Vittorio (2001), ont défini comme une rupture practico-politique qui s'attaquait aux mécanismes destructifs des malades mis en charge dès le moment du diagnostic et amplifiés par l'internement. Basaglia a voulu combattre le pouvoir institutionnel dans la mesure où ce pouvoir modèle « le malade parfait [...] qui se présente complètement apprivoisé, docile aux vouloirs des infirmiers; celui qui se laisse habiller, nettoyer, nourrir [...] se conforme passivement au pouvoir de l'autorité qui en prend soin » (Basaglia 1981-1982: 286, notre traduction). L'une des réflexions de Basaglia qui a été intégrée dans le champ de l'ethnopsychiatrie italienne est celle relative à l'idée qu'on ne peut reconstruire la subjectivité du malade psychiatrique qu'en combinant deux processus: la destruction de l'institution qui enferme; le déploiement de la « force de sa folie ». Loin d'agir comme une puissance de destruction, cette force instaure une dynamique qui permet à la personne de recomposer les fragments de son histoire. La catégorie même de maladie mentale est ainsi mise en question et l'accès à la liberté du malade est rendu possible, notamment à travers sa sortie de l'hôpital psychiatrique.

Entre « Les damnés de la terre » de Frantz Fanon (1961) et les damnés de l'« *istituzione negata* » de Franco Basaglia (1974), on trouve une même radicalité, laquelle réaffirme les droits du sujet et dénonce la violence de l'autorité destructrice qui se cache dans toute institution. Basaglia a entrevu le danger que sa position visionnaire pouvait entraîner. Dans une de ses lettres, il écrit ceci:

« Ma crainte est que l'institution interdite ne devienne une idéologie et qu'elle ne continue pas à se nier elle-même [...]; le problème de la maladie en tant que problème anti-institutionnel spécifique m'angoisse; par-delà le problème anti-institutionnel générique, on rencontre l'anti-

institutionnalisation spécifique de l'antipsychiatrie. » (Colucci et Di Vittorio 2001 : 215)

Il n'y a aucun doute que l'« *istituzione negata* » s'est transformée, en divers lieux, en une nouvelle idéologie, en une recette bureaucratique parfois vidée de sa radicalité, peut-être à cause de la force même du créateur de ce concept. Une fois Basaglia mort (1981), sa philosophie de l'antiinstitution et sa mise en œuvre concrète à Trieste ont heureusement permis aux générations plus jeunes de construire à partir d'un point de non-retour et de créer un espace politique non ambigu, dans leurs rencontres cliniques avec leurs patients, notamment dans le cas des immigrants et des réfugiés installés en Italie.

Dans le panorama italien de la psychiatrie et de l'anthropologie médicale, trois autres grandes figures occupent des positions originales et autonomes. La première est celle de Giovanni Jervis (2003 ; 1994), psychiatre et psychanalyste, qui a participé avec De Martino aux recherches qui ont donné lieu à la publication du livre : « *Terra del Rimorso* » (1961) et qui a été associé au mouvement de *Psichiatria Democratica* fondé par Basaglia. La deuxième est celle d'Umberto Galimberti (1993), philosophe et psychanalyste, qui a quant à lui ouvert, avec ses études sur le corps, des perspectives nouvelles aux courants critiques de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie. L'anthropologie du corps a trouvé en Galimberti, élève de Jaspers, un théoricien qui a contribué à pousser plus avant les réflexions, lesquelles ont été reprises, entre autres, par les anthropologues Laura Faranda (1996 ; 2002), Claudia Mattalucci (2003), Ivo Quaranta (2003), et Mariella Pandolfi (1996 ; 1991 ; 1990 ; 1989 ; 1986). Et, enfin, la troisième est celle de Michele Risso (1992), psychanalyste, qui a développé une psychopathologie de l'immigration en perspective transculturelle.

De Zanetti à Basaglia, on trouve une même vigilance critique à l'égard des institutions étatiques, un même souci de réformer les services publics, notamment dans le champ de la santé. Les perspectives théoriques des médecins hygiénistes du XIX^e^ siècle n'ont évidemment rien à voir avec l'approche critique de Basaglia ; c'est néanmoins une réelle politisation de la santé et de la maladie qu'on trouve chez les premiers tout autant sans doute que chez Basaglia. Une vigilance critique envers les institutions étatiques demeure un fil conducteur majeur qui traverse la pensée italienne, depuis les « fondateurs » jusqu'à la génération d'aujourd'hui.

ERNESTO DE MARTINO : UNE SOURCE FONDATRICE POUR L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ITALIENNE

Ernesto De Martino (1908-1965) est à l'origine de l'école anthropologique la plus innovatrice de l'Italie. Sur la base d'une reconsidération des

pratiques villageoises du Mezzogiorno sur un horizon historico-politique, il s'est révélé l'auteur le plus prolifique ayant ouvert l'anthropologie italienne à de nouvelles perspectives interprétatives. Soulignant la nécessité d'un engagement politique de la part de l'ethnographe, il a fait montre d'une conviction et d'une force assez proches, mais différentes dans son contenu, de celles qui animaient les jésuites dans leur évangélisation des « Indes italiennes »[13]. Autrement dit, la tradition d'une anthropologie italienne du « chez-soi » a inauguré une période intéressante, riche en travaux ethnographiques, créative sur le plan théorique et marquée par l'engagement politique. Cette tradition proprement italienne a précédé de quelques décennies l'option qui consistait à considérer la France, l'Italie ou l'Europe comme des territoires géographiques propices à l'analyse anthropologique et jouissant de la même légitimité que des territoires plus lointains. Elle a en outre démontré qu'au cœur des sociétés occidentales certains rituels magico-religieux, certains itinéraires thérapeutiques traditionnels étaient profondément liés à des logiques d'hégémonie et de subalternité, des rapports de pouvoir, des rapports entre les classes sociales, négligeant quelque peu cependant, du moins jusque dans les années 1980, les rapports de genre, la tension et l'opposition entre les sexes.

L'analyse de De Martino s'est concentrée sur les rites de possession qu'il a étudiés en mettant en évidence leur sens pour l'individu et pour la culture subalterne (1961 ; 1959 ; 1973 [1948]). Il les a situés dans un Sud rural désagrégé et non homogène ; il les a aussi interprétés, à travers Gramsci, en y voyant, entre autres choses, une tentative de légitimer toutes les expressions du folklore en tant que réponse le plus souvent implicite au risque pour une classe opprimée de se perdre dans le quotidien. Silvia Mancini écrit à ce sujet :

> « La personnalité scientifique de E. De Martino apparaît contrastée et se montre tout à fait capable d'opérer des médiations impossibles entre les approches culturelles et les domaines disciplinaires les plus éloignés. [...] Malgré tous ses mérites, qui d'ailleurs lui sont unanimement reconnus, la personnalité scientifique de De Martino a toujours suscité des oppositions et des polémiques dans les milieux culturels plus traditionnels aussi bien que dans les milieux progressistes de la gauche italienne, même si dans l'après-guerre, ceux-ci devaient se révéler les plus intéressés par les sciences sociales et les études sur la culture populaire. » (Mancini 1991 : 71-72)

La littérature italienne, si on l'examine au-delà de quelques essais intéressants (Lombardi Satriani 1979 ; Ginzburg 1978 ; Rossi, 1975), apparaît circonscrite par des travaux d'exégètes ou de philologues demartiniens le plus souvent incompréhensibles pour ceux qui n'ont pas participé directement aux débats. Lorsqu'on tente de reconstruire l'histoire de l'anthropologie italienne à distance, notamment hors des frontières italiennes, le

débat entre demartiniens et anti-demartiniens semble encore plus confus et l'image de De Martino lui-même apparaît éclatée. Fort d'une pensée aussi complexe que celle de George Devereux qui, en posant des questions plus qu'en apportant des réponses sur la condition de l'homme, affronte et développe des thèmes charnières entre la philosophie, la psychanalyse, la politique, l'histoire, l'ethnologie et la psychiatrie. Comme Devereux, De Martino tend à élaborer une théorie générale parcourue d'intuitions fulgurantes.

Selon De Martino, l'Italie du Sud n'a plus de définition géographique mais uniquement politique et sociale (1959). La tâche de l'ethnographie consiste alors à donner une nouvelle dimension interprétative à la question méridionale en reconstituant l'histoire religieuse du Sud dans une perspective sociopolitique: rétablir ce qui n'est en aucun cas un échange neutre entre l'humanité décrite par l'ethnographe et l'humanité qui est restée en marge du développement historique et culturel de l'Italie. Cette tâche à la fois ethnologique et politique consacre un genre particulier d'ethnologue. Celui-ci se voit dans l'impossibilité de renoncer aux catégories de sa propre culture et se trouve dans une position qui n'est pas très éloignée de ce que nous connaissons aujourd'hui sous le nom d'herméneutique: la confrontation entre les autres et le chercheur prend forme de dialogue, d'exercice cognitif où le sujet et l'objet sont mis en cause et thématisés sur un même plan (1941).

Ce sont les observations de Gramsci sur le folklore publiées dans les années 1950 qui ont encouragé De Martino à poursuivre son propre travail. Vers la fin de la décennie 1950-1960, il a établi un programme de recherche sur le rituel de la tarentule (1961). Dans une tension constante et un équilibre instable entre historicisme et phénoménologie, De Martino ébauche une nouvelle subjectivité de l'ethnologue, désignée d'abord comme «ethnocentrisme critique», puis comme «humanisme ethnographique». Autrement dit, il place les problèmes de l'examen critique de l'histoire occidentale au cœur de la recherche ethnographique. Pour De Martino, reconnaître la dimension historique des catégories culturelles ne veut pas dire tomber dans un relativisme qui empêcherait l'Occident de s'interroger et de se remettre en question.

L'une des idées les plus suggestives et les plus ambiguës de De Martino est la notion de «crise de la présence». C'est une notion qui a souvent été considérée dans la tradition italienne comme la plus faible de la pensée demartinienne. Il est indubitable que cette notion est porteuse de traces d'ontologie et de phénoménologie tellement fortes qu'elles annulent toute connotation culturelle spécifique. En partie filtrée par la philosophie de Sartre et de Heidegger, mais aussi par une transformation de la notion de conscience de soi chez Hegel, elle a sans conteste subi l'influence de

la psychiatrie et de la psychanalyse. Selon De Martino, la conscience de la temporalité, de la rythmicité de l'existence humaine émerge et s'impose lors de moments charnières, d'événements critiques de la vie, individuels ou collectifs. C'est l'absolue nécessité « d'y être », « d'être là » ressentie lors de ces moments critiques qui génère la « crise de la présence », puisque chacun de ces moments qui impose l'obligation d'être présent révèle aussi le risque « de ne pas y être » (De Martino 1956, 1959).

Devant l'expérience de l'échec, l'homme est désorienté, hésitant, incertain. Toutes ces conditions font naître en lui une tension très forte, une angoisse, une manière d'être douloureuse et insupportable. Incapable de réagir sur le plan rationnel — il devrait pour cela reformuler radicalement son patrimoine culturel et le réadapter à ses objectifs, ce qui lui est impossible —, il a recours à des défenses particulières pour ne pas se sentir tout à fait perdu. Cette situation est celle de la « crise de la présence », d'où découle, selon De Martino, le dispositif de la magie. L'ensemble des rituels magiques tourne autour de deux nœuds problématiques : 1) la décharge des tensions accumulées qui pourraient déchaîner des épisodes d'agressivité violente contre soi-même et les autres, de la part de l'homme ou des collectivités d'hommes en crise (rituel de possession) ; 2) la représentation illusoire, alternative, par rapport à la représentation effective, d'une réalité existentielle favorable et gratifiante à la place de celle qui est à l'origine des frustrations (rituels propitiatoires).

De plus, le malaise en tant que catégorie existentielle est proposé comme un objet anthropologique possible. C'est un thème important, dont les retombées font accéder la crise demartinienne de la présence à d'autres plans interprétatifs et entraînent des réflexions plus vastes sur l'historicité de l'homme. Un exemple nous en est donné par le thème des apocalypses culturelles développé dans son ouvrage inachevé : « *La fine del mondo* » (1977). Son exigence a été surtout de redessiner, avant tout, les limites incertaines entre dimension pathologique et dimension culturelle, dans les cas où le vécu de « la fin du monde » devient expérience globale et quotidienne.

Pour la première fois dans la théorie anthropologique, un auteur a cherché à travailler à un niveau de réciprocité absolue entre 1) le macroscopique, c'est-à-dire l'apocalypse culturelle et 2) le microscopique, c'est-à-dire le risque de l'événement catastrophique dans la subjectivité et de la pathologie. De Martino met en tension, d'une manière directe : 1) historicité de l'événement, 2) résonance sociale dans le groupe et 3) risque de la catastrophe chez l'individu. Le défi anthropologique a consisté, pour le dernier De Martino, à élaborer une théorie générale des apocalypses culturelles en partant d'une analyse des apocalypses psychopathologiques. À partir de l'événement catastrophique extérieur, la subjectivité en crise peut se perdre, mais peut aussi se recréer, se recomposer à travers des formes de vie jusqu'alors

impensables. Mais elle conserve toujours sa dimension de risque, dimension ontologique et historique (1977; 1964).

Les catégories centrales de la pensée de De Martino ont modelé les débats intellectuels au sein de l'anthropologie médicale italienne. La première génération d'anthropologues italiens à avoir reformulé, dans le champ de l'anthropologie médicale, l'héritage de De Martino est formée de Clara Gallini (1988; 1977) à Naples, Vittorio Lanternari (1995; 1992), Luigi Lombardi Satriani (1979; 1968a; 1968b) à Rome, et de Tullio Seppilli à Pérouse. Gallini, d'abord élève puis assistante de De Martino, a proposé une analyse originale des médecines populaires et des phénomènes de contamination entre médecine et magie; ses travaux articulent de manière convaincante la tradition italienne à l'anthropologie symbolique française (1988). Lombardi Satriani s'est pour sa part attaché à démontrer les liens entre pratiques magico-religieuses et droit coutumier, dans un cadre original qui met en évidence les rapports intimes de la violence et de la résistance au sein des classes subalternes (1979, 1968a, 1968b). Il faut encore ajouter les travaux d'Alfonso M. di Nola (1993) et de Vittorio Lanternari, qui interprètent De Martino dans l'affrontement entre Occident et monde arabo-musulman (1995; 1992) et d'Elsa Guggino, qui a réfléchi sur la centralité de la figure féminine dans ses études sur la médecine populaire (1993; 1983). Nous examinerons plus en détail, dans le paragraphe suivant, les travaux de Tullio Seppilli, qui a collaboré, durant les années 1950, à titre d'assistant de De Martino.

Il convient de signaler ici que d'autres anthropologues, comme Amalia Signorelli (1986), ont repris l'héritage de De Martino, sans inscrire cependant leurs travaux dans le cadre de l'anthropologie médicale. Le parcours de Matilde Callari Galli (1999; 1996; 2001), par exemple, se trace dans un intéressant parallèle à l'héritage de De Martino: rentrée en Italie après sa formation aux États-Unis, Callari Galli a apporté à l'anthropologie italienne une synthèse originale des réflexions qui se font, en dehors de l'Italie, sur les sociétés complexes, sur la mondialisation et, avec Gualtiero Harrison (2001), sur les droits humains. On trouve aussi d'autres anthropologues, notamment Paolo Apolito (2002), Silvia Mancini (1991), et quelques anthropologues médicaux qui se sont appuyés sur la tradition demartinienne tout en l'ouvrant à une pluralité d'écoles. À travers ces anthropologues qui appartiennent à la génération d'après ceux et celles qui viennent d'être nommé(e)s, on a vu entrer dans l'anthropologie médicale italienne des concepts, des théories et des méthodes qui ont été empruntés à différents courants de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie, notamment à l'« École » de Dakar, à l'anthropologie de la maladie en France (notamment autour de Marc Augé, de Didier Fassin et d'Andràs Zempléni), à l'ethnopsychiatrie de Devereux et de Nathan, aux « Écoles » de Harvard et

de McGill, et à l'anthropologie médicale de l'Université de Montréal. Parmi ces auteurs, on compte Roberto Beneduce, Andrea Caprara, Piero Coppo, Salvatore Inglese, Mariella Pandolfi, Pino Schirripa, et bien d'autres qui ont conçu des perspectives originales en combinant différentes traditions de pensée en anthropologie médicale et en psychiatrie culturelle.

Nous rappelons ici qu'il existe d'autres courants théoriques au sein de l'anthropologie médicale italienne que celui issu de De Martino. On peut citer, à titre d'exemples, les travaux de recherche d'Italo Signorini (1996) et d'Alessandro Lupo (1999), qui ont travaillé chez les Huavès du Mexique dans la perspective de l'ethnomédecine, ainsi que les travaux menés par Bernardo Bernardi (1990), inspiré de la tradition anthropologique britannique, sur les pratiques de guérison spirituelle chez les prophètes du Kenya[14]. Enfin, on trouve en Italie une forme spécifique du courant de « culture et personnalité » dont Tullio Tentori (1979) a été la figure de proue.

TROIS FIGURES DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ITALIENNE

Tullio Seppilli : le fondateur de l'École de Pérouse

Dès son installation à la fin de 1955 à Pérouse comme professeur, Tullio Seppilli a entrepris de mettre sur pied l'Istituto de etnologia e antropologia, le premier véritable institut d'anthropologie culturelle à avoir vu le jour en Italie, institut qui rompait à la fois avec la *demologia* centrée sur l'étude des traditions populaires et avec les institutions inspirées par l'anthropologie biologique qui avaient été fondées sous le fascisme, notamment à Rome par Giovanni Sergi et à Florence par Paolo Mantegazza. Seppilli a dirigé l'Institut de Pérouse jusqu'à sa retraite en 2000. Pendant près d'un demi-siècle, le professeur Seppilli a aussi travaillé en étroite collaboration avec le *Centro sperimentale per l'educazione sanitaria*, un centre dont les activités ont permis aux anthropologues médicaux d'apporter leur contribution aux campagnes d'information sanitaire, à l'adaptation culturelle des pratiques cliniques et à la réforme des services de santé.

Les premiers écrits de Seppilli ont porté sur l'analyse des relations entre l'anthropologie et la santé publique (1956; 1959), sur les bases culturelles de certaines conduites (par exemple, le tabac) et sur la pertinence culturelle des contenus des messages employés en éducation sanitaire. Seppilli a donné d'emblée une orientation appliquée à sa pratique de l'anthropologie médicale, se préoccupant sans cesse de montrer comment l'anthropolo-

gie pouvait contribuer à une meilleure adéquation des services publics de santé en prenant en considération les caractéristiques sociales et culturelles des populations. Dès la fin des années 1950, il a aussi mené des recherches sur les cultures paysannes de l'Ombrie et plus largement de l'Italie centrale, en s'intéressant aux processus de changement socioculturel et à la déruralisation. Il a travaillé dans une équipe dirigée par De Martino auprès des guérisseurs de Lucanie (1957) ; il a commencé à cette même époque ses propres travaux sur la médecine populaire à Rome et dans la région de Pérouse, étudiant les pratiques folkloriques et les guérisseurs. Pendant quelque 40 ans, Seppilli a poursuivi ses recherches, contribuant à consolider l'anthropologie médicale italienne, notamment à travers son enseignement, son engagement à faire reconnaître la place de l'anthropologie médicale dans le champ des sciences de la santé et dans la professionnalisation de cette spécialisation de l'anthropologie (2001 ; 1995 ; 1994b).

Seppilli a le mérite d'avoir recomposé l'univers fragmenté des héritiers de De Martino dans un contexte de logique d'anthropologie médicale et de mettre la tradition italienne en dialogue avec d'autres traditions nationales d'anthropologie médicale, celle de l'Espagne notamment. Ce mouvement de synthèse et d'interfécondation a commencé en 1983 avec une conférence nationale tenue à Pesaro dont les actes furent publiés sous le titre de *La Medicina popolare in Italia* (1983) ; un autre ouvrage plus tardif sera d'ailleurs produit sur le même thème : *Medicine e magie. Le Tradizioni popolari in Italia* (1990). La fondation de la Société italienne d'anthropologie médicale a suivi en 1988, et, enfin, la création en 1996 de *AM* (*Rivista della Societa italiana di antropologia medica*).

Depuis 1999, l'Istituto de etnologia e antropologia de Pérouse s'est transformé en une section d'un département plus large nommé *Uomo & Territorio,* au sein duquel des anthropologues travaillent avec des géographes, des nutritionnistes. Les activités d'anthropologue médical de Seppilli ont aussi été reliées à la Fondation Angelo Celli, mise sur pied en 1987, qu'il a lui-même présidée durant de nombreuses années et la collection de livres d'anthropologie médicale qu'il dirige. À travers la Société italienne d'anthropologie médicale (SIAM) qu'il a contribué à fonder, Seppilli a été l'infatigable animateur d'un groupe sans cesse en expansion d'anthropologues médicaux[15].

Au sein de l'anthropologie médicale italienne, Seppilli peut incontestablement être considéré comme le principal disciple d'Ernesto De Martino.

Mariella Pandolfi : une biopolitique du malheur et de la maladie

La « terre du remords » qu'Ernesto De Martino a dit être hantée par le retour incessant du « mauvais passé » a été transformée par Mariella Pandolfi en une « terre de la résistance », celle des femmes qui disent à travers leur corps à la fois leur mal-être propre et celui de tout un pays. Dans une Italie du Sud traditionnellement dominée par les valeurs masculines, Pandolfi souligne que les femmes sont sorties du silence qu'on leur a imposé et qu'elles crient désormais leur résistance non plus dans les crises de possession décrites par De Martino mais dans le puissant langage des émotions et un nouvel usage du corps. Sous les conduites mélancoliques des femmes du Samnium, Pandolfi débusque la même souffrance que celle autrefois exprimée dans les rituels de la tarentule. Les aspects de l'identité féminine qui restent dans l'ombre, occultés, les glissements entre les institutions et la subjectivité, la zone ambiguë entre maladie et émotion, en un mot le mal-être se traduit sous une forme de souffrance qui est fondatrice de l'identité féminine (1991 ; 1990 ; 1989).

Se refusant à interpréter le mal-être des femmes dans les termes de la psychopathologie, Pandolfi s'est mise à l'écoute des récits féminins d'expérience de la souffrance (donc le monde des émotions), des récits d'expériences symptomatologiques, des récits d'identités « minimales » en tant que lieux symboliques : ceux où s'expriment la résistance des femmes ; ceux d'une temporalité rituelle ou événementielle où les émotions sont protégées ; ceux d'une temporalité envahie où les émotions dévoilées sont risque, catastrophe et, enfin, ceux d'une temporalité incorporée où les émotions s'associent aux symptômes pour s'inscrire comme traces dans un véritable mémorial corporel. Les émotions sont ici interprétées comme un espace intermédiaire où s'articule l'histoire régionale du Sud, le contexte socioculturel et la vie quotidienne des femmes.

Dans *Itinerari delle emozioni* (1991), Pandolfi s'est centrée sur l'analyse de trois trajectoires principales suivies par les femmes du Samnium. En premier lieu, les émotions peuvent se manifester, écrit-elle, dans une temporalité dite événementielle — soit un rite, soit un événement extraordinaire qui interrompt le quotidien et permet à l'émotion de pénétrer et d'envahir le social. Elle se réfère à cet itinéraire en parlant des émotions voilées. En un deuxième temps, elle étudie les transgressions explicites, celles qui sont liées au fait de se manifester, de sentir, d'agir de façon différente dans la vie quotidienne. La force émotive des femmes qui, dans le premier itinéraire, était secrètement partagée, prend dans ce deuxième itinéraire le risque de se montrer sans aucun voile protecteur. Le désir d'invasion et de possession du social se transforme en une action autonome sans la protection d'une temporalité événementielle et, en interrompant l'expérience quotidienne,

opère un court-circuit. L'itinéraire est ici celui « des émotions dévoilées ». Le troisième itinéraire que Pandolfi distingue est celui des « émotions incorporées », émotions qui se fixent dans le corps de chaque femme, se confondant avec des symptômes, s'inscrivant dans le corps comme un mémorial où se fixent à la fois l'histoire secrète de sa propre identité et l'histoire du village, refusant toute négociation sociale et fondant une autre identité.

Pandolfi s'appuie sur trois concepts principaux pour mettre en résonance les différents niveaux d'émotions qu'elle distingue. Le concept le plus puissant qu'elle emploie est celui de « trace », lequel concept prolonge la pensée demartinienne tout en l'expurgeant de ses relents déterministes à l'égard de la théorie du reflet entre le subjectif et le social. Le deuxième concept est celui de « corps-émotion » des femmes qui évoque à la fois l'inquiétante nature du corps féminin, l'enracinement de la douleur des femmes dans une histoire régionale de souffrance et la force corrosive dont les femmes sont porteuses à l'égard de l'ordre social. Le troisième concept, qui donne cohérence à l'approche de Pandolfi, est celui d'événement, un concept entendu comme dévoilement des contradictions inscrites dans la trame du quotidien. S'appuyant sur ce que dit De Martino au sujet de l'interpénétration de l'apocalypse culturelle et de la subjectivité en crise, Pandolfi esquisse une théorie du rite et du récit qui les voit à la fois comme un écho entre les histoires personnelle et collective et comme des actes de libération.

L'approche de Pandolfi prolonge et renouvelle l'entreprise de De Martino ; elle complexifie les études portant sur les rapports entre les cultures hégémonique et subalterne ; elle explore plus avant les perspectives offertes par la phénoménologie de Merleau-Ponty ; enfin, elle met en dialogue la tradition de l'anthropologie médicale et l'ethnopsychiatrie française (Marc Augé, Jeanne Favret-Saada, Tobie Nathan, Andràs Zempléni) avec les travaux de l'anthropologie nord-américaine telle qu'elle est exercée par Lila Abu-Lughod, Ellen Corin, Vincent Crapanzano, Michael Herzfeld et Paul Rabinow. C'est à un espace politique radical qu'ouvrent les études de Pandolfi dans le Mezzogiorno italien, anticipant ses travaux plus récents sur « *Le arene politiche del corpo* » (1996 ; 2003a) dans lesquels elle a poussé plus loin les dimensions politiques de ses études, en empruntant, par-delà De Martino, à la notion de « biopouvoir » de Michel Foucault et à celle de « vie nue » de Giorgio Agamben. La nécessité d'une analyse critique de l'intervention humanitaire, qui est en réalité une relation de pouvoir sous la pression de la temporalité et des politiques de l'urgence, déplace l'engagement politique de l'anthropologue sur une scène plus vaste et plus mobile que celle de l'anthropologie médicale du passé qui s'interrogeait sur un village, une communauté, un groupe, un individu, un corps. Ces travaux récents remettent en question, à partir des notions de « biopouvoir » et de « vie nue »,

le nouveau catalogage de la souffrance humaine bureaucratisée par l'intervention humanitaire et militaire, notamment dans les Balkans postcommunistes (2003b; 2002). Réfugiés, sans-papiers, traumatisés, victimes de guerre, trafic d'êtres humains deviennent les nouvelles catégories d'une anthropologie médicale contemporaine.

Piero Coppo: la folie chez les Dogon du Mali

En 1977, Piero Coppo, psychiatre et psychanalyste, a fait la rencontre dans les falaises de Bandiagara, au Mali, du guérisseur dogon Sagara Kasselem, un devin spécialiste du traitement de la folie. Ce fut un tournant pour Coppo qui passa la plus grande partie des 15 années suivantes en pays dogon: de 1977 à 1983, il réalise, avec Leila Pisani, ses premières recherches ethnopsychiatriques dans les villages dogon; de 1984 à 1990, il dirige une équipe interdisciplinaire (psychiatres, médecins, anthropologues, psychologues, épidémiologues, botanistes et pharmacologues) de chercheurs italiens et maliens regroupés au « Centre de recherche sur la médecine traditionnelle de Bandiagara ». Dans ce vaste projet italo-malien, qui a été soutenu par la « *Cooperazione Sviluppo* » du ministère italien des Affaires Étrangères, Coppo s'est attaché à étudier les dimensions anthropologiques, psychologiques, épidémiologiques et médico-psychiatriques des problèmes de santé mentale des Dogon (1985). Après 1990, ses séjours de recherche à Bandiagara sont plus rares et ses activités se déploient davantage en Italie: il met sur pied, avec Cardamone, Inglese, Pisani et d'autres, l'Organizzazione Interdisciplinare Sviluppo e Salute (ORISS), qui fonctionne comme un groupe d'appui (centre de documentation; revue; collection d'ouvrages) à la recherche en anthropologie médicale, en ethnopsychiatrie et en ethnopharmacologie. En s'appuyant sur son expérience acquise auprès des guérisseurs africains, Coppo jette les bases d'une ethnopsychiatrie originale qui est aujourd'hui diffusée auprès des psychiatres, anthropologues et autres spécialistes à travers les sessions du *Gruppo di autoformazione sul curare*[16].

Durant son séjour au Mali, c'est à l'étude des bases socioculturelles de la psychopathologie des villageois dogon que s'est adonné Coppo, à partir d'une solide ethnographie de la société rurale dogon qu'il a examinée du point de vue de sa modernisation. Il a pu montrer les limites de l'ethnographie folklorisante faite par les anthropologues français (Dieterlen, Griaule, Rouch) auprès des Dogon, en documentant surtout l'incidence sur la société des changements sociaux, de la perte des repères et de la confusion dans les codes de conduite. Son approche se situe à la jonction de l'anthropologie, de l'ethnopsychologie, de la psychiatrie culturelle et de l'épidémiologie sociale: en combinant ces disciplines, il a pu décrire les configurations locales

que prennent aujourd'hui les troubles psychopathologiques en pays dogon, découvrir pourquoi certaines catégories de personnes présentent, plus que d'autres, telle ou telle forme de problèmes psychopathologiques, et désigner les médiations à travers lesquelles les nouvelles modalités d'éducation des enfants et les transformations dans les représentations cosmologiques et symboliques ont contribué à générer une psychopathologie spécifique chez les villageois de Bandiagara (1993).

Ces recherches ont permis à Coppo et à ses collaborateurs de mettre en évidence, sur fond de modernisation de la société, les bases socioculturelles de la psychopathologie dogon: sur le plan ethnologique, des anthropologues (Barbara Fiore (2001) et Roberto Lionetti (1992)) ont étudié avec le plus grand sérieux la médecine traditionnelle dogon en tant que système (recensement des guérisseurs et accoucheuses, étude du savoir des thérapeutes, de leur nosologie, étiologie et thérapie, de même que les itinéraires aujourd'hui suivis par les personnes malades et leur entourage dans leur quête de guérison) ; sur le plan ethnopsychologique, des psychologues, notamment Leila Pisani (Losi et Pisani 1992), se sont attachés à décrire, en référence à la théorie de l'attachement, les processus de construction de l'identité chez les enfants dogon; sur le plan épidémiologique, des instruments culturellement valides (notamment des vignettes décrivant des cas) ont permis de découvrir qu'il existe une faible prévalence des syndromes dépressifs dans les populations dogon; sur le plan psychiatrique, la mise sur pied d'un service ambulatoire de consultation ethnopsychiatrique (Coppo et d'autres) a familiarisé les cliniciens avec les formes que prennent aujourd'hui les problèmes psychiatriques chez les Dogon, avec les discours des patients et avec leurs systèmes d'interprétation de leurs maladies.

L'exploration anthropologique du monde de la « folie » en pays dogon a permis de constater qu'il existe un appauvrissement du panthéon, un fléchissement dans la pratique des rites individuels et collectifs, et une confusion dans les repères identitaires, toutes ces transformations engendrant, selon Coppo, un affaissement de l'ordre symbolique qui n'est pas sans conséquences importantes pour la vie sociale du groupe et pour la santé mentale des personnes (1994). Sur le plan, Coppo a analysé les problèmes de santé mentale sur l'horizon d'une société en pleine transformation dans laquelle le système des normes sociales s'est érodé, entraînant le recul du sens communautaire, la montée de l'individualisme et des changements radicaux dans les règles, matrimoniales et autres, à la base de l'organisation sociale. L'ethnopsychiatrie que Coppo a élaborée à partir de son expérience malienne s'est profondément sociologisée et a refusé la surculturalisation qui caractérise, entre autres, la psychiatrie transculturelle nord-américaine.

Les écrits de Coppo et de son équipe italo-malienne nous entraînent loin du monde parfaitement ordonné, mythologique et ritualisé, auquel

nous a habitués l'ethnologie française. La pensée de Coppo est tournée vers l'Afrique moderne, vers la modernité africaine dans une attention à l'étude de ses lignes d'évolution et à l'élucidation des contradictions dans lesquelles vit un sujet africain moderne divisé et partagé. Jamais les Dogon ne sont renvoyés à leur seul passé ; leurs difficultés économiques et les abus du pouvoir politique sont constamment évoqués pour montrer comment ils se répercutent dans la vie individuelle des personnes.

Le projet mené au Mali représente un grand succès en tant qu'entreprise de collaboration internationale. Sans doute Coppo a-t-il appris auprès des Dogon une ethnopsychiatrie qui lui a permis de développer une approche clinique fort originale dans le paysage de la psychiatrie culturelle italienne. Dans son petit traité intitulé *Etnopsichiatria* (1996), il ancre sa pensée dans la grande tradition italienne, celle issue de De Martino et de Basaglia, mais il leur ajoute des références explicites aux approches clinico-anthropologiques du docteur Henri Collomb et de son équipe à Fann, au Sénégal, aux travaux du docteur Lambo à Abeokuta, au Nigeria, à la tradition ethnopsychiatrique de Devereux et, enfin, à l'« École » de McGill au sein de laquelle Coppo a principalement retenu les travaux du docteur Henry B. M. Murphy. Toutes ces influences ont été intégrées par Coppo au sein d'une ethnopsychiatrie qui est à la fois inscrite dans la tradition italienne tout en s'abreuvant aux influences des autres écoles de psychiatrie culturelle. Voilà les raisons pour lesquelles Coppo occupe une place centrale dans l'ethnopsychiatrie italienne.

CONCLUSIONS : LES DÉFIS ACTUELS DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ITALIENNE

En conclusion, nous dessinons, à grands traits, quelques profils d'anthropologues, surtout parmi la nouvelle génération, qui illustrent les tendances contemporaines de l'anthropologie italienne, particulièrement dans le champ de l'anthropologie médicale. Nous croyons que les jeunes anthropologues font face déjà à trois défis principaux que nous nous limitons à décrire dans leurs grandes lignes. Il est difficile de prévoir dans quel sens exactement évoluera l'anthropologie italienne mais on peut assez facilement prévoir qu'elle s'internationalisera de plus en plus, notamment sous l'influence de l'anthropologie médicale, dans ses théories, ses concepts heuristiques et ses méthodes ; elle ne perdra sans doute pas son ancrage dans la puissante tradition intellectuelle demartinienne, laquelle s'impose de plus en plus en dehors de l'Italie.

1) Le premier défi qui se pose aujourd'hui aux anthropologues italiens a trait à la nécessité de mettre en dialogue l'héritage de la pensée anthropologique italienne et les autres grandes traditions anthropologiques. La nouvelle génération d'anthropologues apparaît coincée entre, d'une part, la tradition de pensée italienne que continue à défendre leurs maîtres et qui apparaît vieillissante aux jeunes et d'autre part, l'envahissement de l'espace universitaire italien par une pensée étrangère, celle venue d'outre-Atlantique mais aussi des pays voisins, de la France et de l'Espagne principalement. Le défi auquel doivent faire face les jeunes anthropologues est de maintenir l'identité et l'originalité de la vigoureuse tradition intellectuelle italienne tout en l'ouvrant à d'autres courants de pensée.

   Nombreux sont ceux à vouloir internationaliser les débats, dans un dialogue avec leurs collègues par-delà les frontières. Ainsi, par exemple, Andrea Caprara (2001 ; 1996), anthropologue et médecin, a combiné les approches nord-américaines, notamment celles de l'École d'anthropologie médicale de Montréal, et les approches françaises, dans son étude de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire. Pino Schirripa (2002 ; 2000), comme Caprara, continue à s'inspirer, pour sa part, des travaux de Lanternari quand il analyse les églises prophétiques du Ghana. On trouve cette même posture, par exemple, chez Antonella Crudo (2004), qui s'inspire surtout des approches interprétatives de l'« École » de Harvard (Kleinman, Good et DelVecchio-Good). Les anthropologues médicaux sont aujourd'hui beaucoup plus éclectiques que ne l'étaient leurs prédécesseurs, s'ouvrant de plus en plus au

dialogue transatlantique. Il se pourrait qu'ils soient en train de tourner le dos à la vieille tradition ethnologico-démologique de l'anthropologie « *at home* » ; on ne peut cependant pas encore dire s'ils pourront, et s'ils voudront, maintenir leur ancrage dans les grandes traditions philosophiques qui ont historiquement nourri l'anthropologie italienne.

2) Le dialogue transfrontalier est aujourd'hui renforcé par le fait qu'un nombre croissant de jeunes anthropologues italiens aient poursuivi des études dans des universités étrangères ou qu'ils aient fait des terrains en dehors de l'Italie. C'est le cas, déjà cité de Schirippa et de Caprara, mais il y en a beaucoup d'autres. Les rapports entre l'anthropologie italienne du « chez soi » et les terrains disons exotiques se posent désormais dans des termes nouveaux dans la mesure où l'Italie est en voie de devenir une société multiethnique, par suite de l'installation de nombreux immigrants et réfugiés sur le territoire national. À Milan, par exemple, Rosalba Terranova Cecchini (1990), une pionnière de la sensibilité à la transculture, a regroupé avec Paolo Inghilleri (1999) de nombreux psychiatres, psychologues et sociologues autour de la fondation Cecchini et du « *Gruppo per le relazioni transculturali* » de Milan. Ce groupe s'est développé en un centre de formation pour les volontaires et experts de la coopération ainsi que pour les fonctionnaires des services de santé publique. C'est là une voie qu'empruntent de plus en plus volontiers les jeunes anthropologues médicaux.

   Un certain nombre de ces anthropologues participent aussi à des projets de coopération internationale qui les amènent dans des pays en développement ; ce fut le cas de Fiore et de Lionetti, qui ont participé aux projets dirigés par Coppo au Mali. D'autres sont plus proches des interventions humanitaires comme dans le cas de Nino Losi (2000 ; 1992), qui a travaillé au Mali et au Kosovo, dans des projets qui proposent des approches ambitieuses, voire visionnaires. Cette nouvelle génération appartient à une autre Italie que celle dans laquelle la génération précédente a travaillé. Durant leur séjour hors de leur pays d'origine, ces anthropologues sont entrés en contact avec d'autres traditions anthropologiques qu'ils ont introduites dans les universités et centres de recherche de l'Italie. Il suffit de lire, pour s'en rendre compte, le numéro récent coordonné par Claudia Mattalucci sur la problématique du corps (2003) de la revue *Antropologia*, dirigée par Ugo Fabietti. Quelle que soit la thématique, on constate que l'anthropologie médicale italienne puise désormais à de multiples sources, sans

que les auteurs arrivent toujours à produire une vision unifiée. Le danger est donc bien réel de voir se perdre le meilleur de l'héritage intellectuel italien.

3) Le troisième défi qui se pose aujourd'hui concerne la question de l'application de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie à la pratique clinique. Certains auteurs comme Beneduce, Cardamone, Coppo, Inglese ont déjà largement balisé la voie à suivre mais beaucoup de travail reste encore à faire. Par exemple, Inglese a réussi, avec une originalité et une sensibilité particulières, à faire dialoguer dans ses travaux scientifiques et dans sa pratique de psychiatre les perspectives de De Martino, de Basaglia, et de Nathan. Beneduce a travaillé pour sa part à expérimenter de nouveaux modèles d'accueil et de thérapie des patients, tant dans son travail dans les institutions psychiatriques de l'Italie post-basaglienne qu'en Afrique.

   Tous ces auteurs ont incorporé, et d'autres auteurs avec eux, les apports des autres écoles contemporaines de l'anthropologie médicale et de la psychiatrie culturelle en les greffant sur la critique radicale de l'institution faite par Basaglia et en prenant en compte la dimension éthique de cette approche. Les *illness narratives*, la distinction entre le « *illness* » et le « *sickness* », l'idée d'élargir la scène thérapeutique pour y inclure de nombreux thérapeutes, dans le cas d'un patient wolof ou dogon par exemple, étaient sans doute déjà un peu présentes dans la pensée de Basaglia; il appartient aux nouvelles générations de déployer ces idées en les articulant sur d'autres théories et d'autres catégories que celles développées dans la psychiatrie culturelle et l'anthropologie médicale de l'Italie. Ainsi, d'une manière toute naturelle, les nouvelles générations d'anthropologues médicaux et de psychiatres culturels travaillent à transformer les institutions psychiatriques et médicales dans un souci d'inventer des pratiques cliniques qui soient significatives dans le monde pluraliste de l'Italie contemporaine, Donatella Cozzi (1996), Virginia De Micco (1993; 1992), Giovanni Pizza (1998), Gianfranca Ranisio (1996).

   Grâce à Gramsci, à De Martino, à Basaglia et à la rencontre avec la pensée critique française de Foucault, la prise en compte des expériences des autres se fait assez naturellement et d'une manière profitable sans qu'il faille jamais annuler la spécificité italienne, à savoir celle d'un champ disciplinaire considéré comme un « acte politique global ». Cette spécificité typiquement italienne mériterait une reconnaissance plus grande à l'échelle internationale. Malheureusement, la majorité des travaux scientifiques rédigés en

italien sont peu connus, parce qu'ils ne sont pas traduits et qu'ils sont peu publiés (sauf dans de rares occasions) dans les revues internationales. Les deux auteurs de cet article concordent parfaitement dans leur analyse de cette situation. De nombreuses thématiques qui circulent aujourd'hui à l'intérieur de la production scientifique contemporaine en anthropologie médicale ont déjà été amplement élaborées à l'intérieur du périmètre géographique et politique italien. Il appartient aux nouvelles générations de l'âge post-demartinien, post-gramscien et post-basaglien de relever les défis d'aujourd'hui, et de les aborder à la manière de devoirs politiques, comme l'ont fait leurs prédécesseurs. Il leur est aussi demandé d'exporter la tradition italienne de pensée, aussi complexe que contradictoire, mais aussi visionnaire dans ce qui fait sa spécificité.

Notes

1. Une distinction nette est établie, au sein de l'anthropologie italienne, entre l'ethnologie pratiquée par les ethnographes travaillant auprès d'ethnies étrangères et la *demologia*, mot signifiant littéralement « science du peuple », qui renvoie à cette discipline, souvent connue ailleurs sous le nom de folklore, qui est pratiquée « *at home* » auprès des populations généralement rurales. C'est ainsi que s'est développée en Italie une tradition de recherche démologique, avec ses revues, ses congrès et ses chaires, laquelle s'est éteinte au terme de virulents débats autour des méthodes permettant de distinguer entre l'anthropologie, l'ethnologie, la démologie et le folklore.
2. Le philosophe Benedetto Croce (1938) a fait de l'histoire la clé de voûte d'un système réconciliant la politique, l'économie, l'esthétique et l'éthique, système qu'il a défini comme un « historicisme absolu » dans lequel une large place est faite à la liberté des acteurs sociaux. Croce n'a cessé d'opposer, avec la complicité de son collègue Giovanni Gentile (1875-1944), la pensée de Hegel, Marx et Vico à la philosophie dominante des années 1920 et 1930 en Italie, à savoir la pensée scolastique, le néopositivisme et le rationalisme critique. B. Croce prolonge, en amont, la pensée de Giambattista Vico (1986 [1725]) dont il corrige la philosophie de l'histoire ; en aval, il prépare l'œuvre d'Antonio Gramsci.
3. Dans sa présentation de l'anthropologie médicale italienne, Nicoletta Diasio (1999) commence son texte en citant un extrait d'une lettre de Farini à Cavour, écrite en 1861 aux lendemains de l'entrée des troupes piémontaises venues « libérer le Royaume de Naples ». Ce que Farini écrit représente sans doute assez bien ce que pensaient les Italiens du Nord au sujet des paysans du Sud : « Mon ami, quelles régions que celles-là ! Quelle barbarie ! Mais de quelle Italie parlons-nous ! C'est l'Afrique : les Bédouins sont la crème de la société à côté de ces "cafoni" » (Diasio 1999 : 58).
4. La « scienza nuova » que Vico a cherché à promouvoir reconnaît la place du mythe et de l'imaginaire dans la construction des sociétés humaines. Dans son ouvrage de 1725, le philosophe de Naples présente une étude comparée des sociétés humaines ; il donne ainsi à l'Italie une œuvre qui peut sans doute être considérée comme le premier grand ouvrage d'anthropologie écrit dans ce pays.
5. Nous pourrions sans doute faire ici un parallèle suggestif avec *« la Question nationale »* au Québec.
6. Ces écrits ont été regroupés sous le titre de *Cahiers de prison*. La date de publication mentionnée (1975) correspond à l'édition regroupée par Valentino Gerratana des *Quaderni dal carcere*, bien que certains feuillets des cahiers et lettres aient été publiés individuellement depuis 1945.
7. Le 14 juillet 1938, le gouvernement du dictateur Benito Mussolini approuva le *Manifesto della razza*, qui autorisait, à l'image de l'Allemagne nazie, la persécution des Juifs et des populations noires (on s'y référait alors sous le nom de Camites ou Chamites).
8. Dans le cas de l'anthropologie produite en France, ce sont plutôt les institutions nationales (par exemple, les travaux de Marc Abélès [2001] sur l'Assemblée nationale) et l'étude des institutions républicaines (écoles, armée, etc.) qui ont été privilégiées, les cultures régionales relevant davantage du folklore que de l'anthropologie.
9. Voir l'article de Mariella Pandolfi (1986), « Medical Anthropology in Europe : The State of the Art. Italy », *Medical Anthropology Quarterly*, XVII, (4) : 90-91.

10. Parmi les autres médecins de l'après-unification italienne qui travaillèrent sur les médecines populaires, on peut aussi citer : G. Battista Bastanzi dans les Alpes vénitiennes, D. G. Bernoni dans la ville de Venise, C. Coronedi Berti dans la région de Bologne, Antonio de Nino au Molise et dans les Abruzzes, C. Pigorini dans les Marches et P. Riccardi dans la région de Modène.
11. Le nom donné à la « malaria » prend tout son sens lorsqu'on le replace sur l'horizon de la théorie dite miasmatique de la contagion, qui considérait que les particules d'air pollué (malaria signifiant « mauvais air »), appelées miasmes, charriaient le mal.
12. Il a fallu attendre les médecins italiens de la Renaissance, notamment Girolamo Fracastoro (1546), pour que le mécanisme central de la contagion soit explicitement interprété à partir des différentes formes de contact qui peuvent s'établir entre des personnes. La théorie dite de la « contagion », qui préfigure les microorganismes de l'ère microbienne, a été mise au point dans le contexte des débats autour de la syphilis, du mal français, disaient les Italiens, du mal de Naples, insistaient les Espagnols. Fracastoro pensait, comme plusieurs autres médecins italiens, que la syphilis dont étaient porteurs plusieurs des soldats espagnols participant au siège de Naples avait été introduite en Europe par les marins ayant accompagné Christophe Colomb en Amérique. Fracastoro a été le premier auteur à avoir reconnu que les « contagions » de la syphilis se transmettaient essentiellement à travers les contacts sexuels, par le biais des liquides corporels.
13. Les jésuites italiens avaient défini le sud rural de l'Italie, à l'époque de la pénétration et de l'évangélisation, comme un monde particulièrement astreignant et éprouvant, peu sensible à un christianisme de type citadin. Ils parlaient alors de cette région comme de « *las Indias de por acà* », une métaphore encore utilisée pour évoquer le monde paysan de l'Italie du Sud.
14. Dans son récit autobiographique (1990), Bernardi reconnaît lui-même qu'il a été l'un des rares anthropologues italiens à mettre le fonctionnalisme social au cœur de sa réflexion anthropologique.
15. Parmi ceux-ci on peut citer : Alessandro Alimenti, Giancarlo Baronti, Carlotta Bagaglia, Paolo Bartoli (1997), Andrea Caprara, Paola Falteri (1997), Sabrina Flamini, Graziella Guaitini, Lara Iannotti, Laura Lepore, Cristiano Martello, Massimiliano Minelli, Cristina Papa (1988), Caterina Pasquini, Maya Pellicciari, Enrico Petrangeli, Giovanni Pizza, Chiara Polcri, Roberta Pompili, Riccardo Romizi, Pino Schirripa, (2000, 2002) César Zuniga Valle. (Cette liste de noms est reprise de l'article : Seppilli, T., 2001, « Medical Antropology "At Home" : A Conceptual Framework and the Italian Experience », *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 11-12 : 23-36.
16. Pour une étude approfondie des travaux de Piero Coppo et de son équipe, voir Bibeau G. *et al.* (1994).

Références

ABÉLÈS M., 2001, *Un ethnologue à l'Assemblée.* Paris, Odile Jacob.

ANDERSON B., 1991, *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism.* Londres et New York, Verso.

APOLITO P., 2002, *Internet e la Madonna.* Milano, Feltrinelli.

BARTOCCI G., 1994, *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro.* Roma, Edizioni Universitarie Romane.

BARTOLI P., P. FALTERI, F. LOUX et F. SAILLANT, 1997, « Non fissare il cielo stellato. Le verruche nella medicina popolare in Italia, in Francia e Québec », *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*: 103-144.

BASAGLIA F., 1971, *La maggioranza deviante.* Torino, Einaudi (Nuovo Politecnico; 43).

——, 1974, *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico.* Torino, Einaudi (Coll. Nuovo Politecnico).

——, 1981-1982, « Potere e istituzionalizatione. De la vita istituzionale a la vita de comunità », *Scritti* (2 vol.). Torino, Einaudi.

BENEDUCE R., 1990, *Linguaggio Ragione Follia.* Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

——, 2002, *Trance e Possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia.* Torino, Bollati Boringhieri.

BENEDUCE R. et R. COLLIGNON, 1995, *Il sorriso della volpe. Lutto, ideologie della morte e depressione in Africa.* Napoli, Liguori.

BERNARDI B., 1990, « An Anthropological Odyssey », *Annual Review of Anthropology,* 19: 1-15.

BIBEAU G. et C. CHARLAND, (1994), « Sur la piste des errances du Renard pâle. Les recherches d'une équipe italo-malienne sur le haut-plateau dogon », *Psychopathologie africaine,* XXVI, 3: 341-385.

CALLARI-GALLI M., 1996, *Lo spazio dell'incontro. Percorsi nella complessità.* Roma, Meltemi.

——, 1999, « Diritti umani e antropologia della contemporaneità », *Pluriverso,* 4, 3: 55-59.

CALLIERI B. et L. FARANDA, 2001, *Medusa allo specchio. Maschere fra antropologia e psicopatologia.* Roma, Edizioni Univ. Romane.

CAPRARA A., 1996, « Similitudine e contiguità. Elementi di antropologia del contagio », *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica,* 1-2: 89-110.

——, 2001, *Interpretare il contagio. Una indagine storico-etmografica sulle pratiche mediche presso gli Alladian della Costa d'Avorio* (préface de Gilles Bibeau). Perugia, Argo/ Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Coll. Biblioteca di Anthropologica Medica).

CARDAMONE G. et P. PINI, 1996, « Risorse communitarie e salute mentale », *I Foglie di ORISS*, 5 : 57-78.

CARDAMONE G. et P. SCHIRRIPA, 1990, « Lo scolio e la salvezza : un culto terapeutico in Calabria », *Daedalus*, 4 : 127-145.

CARDAMONE G. et S. ZORZETTO, 2000, *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica.* Milano, Franco Angeli.

COLUCCI M. et P. DI VITTORIO, 2001, *Franco Basaglia.* Milano, Bruno Mondadori.

COPPO P., 1985, « Une enquête épidémiologique psychiatrique auprès d'une communauté rurale africaine : quelques questions méthodologiques », *Santé, Culture, Health*, 3, 3 : 3-9.

——, 1990a, « Problèmes et limites méthodologiques des études épidémiologiques en situation transculturelle », *Psychopathologie africaine*, 23, 3 : 279-285.

——, 1993, *Essai de psychopathologie Dogon.* Perugia/Bandiagara, Éditions CRMT/PS-MTM.

——, 1994, *Guaritori di foglia ; storie dell'Altopiano Dogon.* Torino, Bollati Borhinghieri editore.

——, 1996, *Etnopsichiatria.* Milano, Il Saggiatore.

COPPO P. et A. KEITA (dir.), 1990b, *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques.* Roma, Edizioni « E ».

COZZI D., 1996, « Narrazioni corporee. Le donne, il corpo, la depressione : una ricerca in Carnia (Friuli, Italia) », *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2 : 215-244.

CROCE B., 1938, *La storia some pensiero e come azione.* Bari, Laterza.

CRUDO A., 2004, *Ripensare la malattia, Dall'etnomedicina all'antropologia medica e alla psichiatria culturale della Harvard medical school* (préface de Mariella Pandolfi). Lecce, Argo.

DE MARTINO E., 1941, *Naturalismo e Storicismo in Etnologia.* Bari, Laterza.

——, 1956, « Crisi della presenza e integrazione religiosa », *Aut-Aut*, 31 : 17-38.

——, 1959, *Sud e Magia.* Milano, Feltrinelli [1999, *Italie du Sud et magie.* Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.]

——, 1961, *La terra del rimorso.* Milano, Il Saggiatore [1999, *La terre du remords* (postface de Tobie Nathan). Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.]

——, 1964, « Apocalissi culturali e apocalassi psicopatologiche », *Nuovi Argomenti*, 69-71 : 105-141.

——, 1973 [1948], *Il mondo magico.* Torino, Boringhieri. [1999, *Le monde magique* (présentation de Sylvia Mancini). Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.]

——, 1977, *La fine del mondo, contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, dir. C. Gallini. Torino, Einaudi.

DE MICCO V. et P. MARTELLI, 1993, *Passaggi di confine.* Napoli, Liguori.

DIASIO N., 1999, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas.* Paris, PUF. (ch. 2: «En Italie: La médecine, langage de la différence»: 58-81).

DI NOLA A., 1993, *Lo specchio e l'olio. Le superstizioni degli italiani.* Bari, Laterza.

FANON F., 1961, *Les damnés de la terre.* Paris, François Maspero.

FARANDA L., 1996, *Dimore del corpo: Profili dell'identità femminile nella Grecia classica.* Rome, Meltemi.

FARANDÀ L. et B. CALLIERI, 2002, *Medusa allo specchio. Maschere fra antropologia e psicopatologia.* Roma, Edizioni Universitarie Romane.

FIORE B., 2001, *Il Bosco del guaritore.* Torino, Bollati Boringhieri (Coll. Variantine).

FRACASTORO G., 1546, *De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione.* Luego, Venezia.

GALIMBERTI U., 1983, *Il corpo. Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia.* Milano, Giangiacomo Feltrinelli Editore.

GALLINI C., 1977, «Introduzione»: 9-93, *in* E. DeMartino, *La fine del mondo.* Turino, Einaudi.

——,1988, *La ballerina variopinta.* Napoli, Liguori. [1988, *La danse de l'argia.* Lagrasse, Verdier.]

GASTON A., 1987, *Genealogia dell'alienazione.* Milano, Giangiacomo Feltrinelli editore.

GINZBURG C., 1978, «La fine del mondo di Ernesto De Martino», *Studi Storici,* 40: 238-242.

GRAMSCI A., 1975, *Quaderni dal carcere* (4 voll.), une édition de V. Gerratana. Torino, Einaudi. [1978, *Cahiers de prison* (5 tomes). Paris, Gallimard (Coll. Bibliothèque de Philosophie)]

GUGGINO E., 1983, *La magia in Sicilia.* Palermo, Sellerio.

——, 1993, *Il corpo è fatto di sillabe. Figure di maghi in Sicilia.* Palermo, Sellerio.

HARRISON G., 2001, *Fondamenti antropologici dei diritti umani.* Roma, Meltemi.

INGHILLERI P., 1999, *From Subjective Experience to Cultural Change.* Cambridge, Cambridge University Press.

INGLESE S., 1993, *L'inquieta alleanza tra psicopatologia e antropologia.* San Giovanni in Fiore, Edizioni Pubblisfera.

——, 2003, «La follia perfetta: variazioni etnopsichiatriche sulla schizofrenia»: 169-201, dans G. Tagliavini et G. Cardamone (dir.), *Ripensare le schizofrenie. Un dibattito italiano.* Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì.

INGLESE S. et B. MADIA, 1989, «Ideologia della morte, tecniche rituali e immaginario collettivo a San Giovanni in Fiore: un'osservazione sul campo», *Daedalus,* 2: 108-150.

INGLESE S. et C. PECCARISI, 1997, *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate.* Milano, UTET Periodici.

JERVIS G., 1994, *La psicoanalisi come esercizio critico.* Milano, Garzanti.

——, 2003, *La depressione. Un vuoto oscuro e maligno che possiamo colmare.* Roma, Il Mulino.

LANTERNARI V., 1995, *Medicina, Magia, Religione, Valori.* Napoli, Liguori.

LANTERNARI V., V. DE MICCO et G. CARDAMONE, 1992, *Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale.* Napoli, Liguori.

LIONETTI R., 1992, « Éthique et dialectique de l'évaluation de l'efficacité » : 111-125, dans *Les rapports techniques des consultants auprès du programme spécial Médecine traditionnelle au Mali.* Pregia/Bandiagara, Centro Sperimentale per l'Educazione sanitaria interuniversitario/CRMT.

LOMBARDI SATRIANI L. M., 1968a, « Analisi marxista e folklore come cultura di contestazione », *Critica marxista,* 6 : 64-88.

——, 1968b, Antropologia culturale e analisi della cultura subalterna. Messina, Peloritana.

——, 1979, Il Silenzio, La Memoria, Lo Sguardo. Palerme, Sellerio.

LOSI N., 2000, *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico.* Milano, Giangiacomo Feltrinelli Editore (Coll. Campi del sapere).

LOSI N. et L. PISANI, 1992, *Coopération et santé au Mali.* Roma, Instituto Italo-Africano (Coll. Studi e ricerche, 4).

LUPO A., 1999, « Capire è un pò guarire : il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione », *Antropologia Medica,* 7-8 : 53-92.

MANCINI S., 1991, « Le monde magique selon De Martino », *Gradhiva,* 10 : 71-83.

MATTALUCCI C., 2003, « Corpo », *Antropologia,* numéro spécial sous la direction de C. Mattalucci, 3.

MELLINA S., 1997, *Medici e Sciamani fratelli separati.* Roma, Lombardo Editore.

PANDOLFI M., 1986, « Medical Anthropology in Europe : The State of the Art. Italy », *Medical Anthropology Quarterly,* XVII, 4 : 90-91.

——, 1989, « La femme est une gitane à vie », *Santé Culture Health,* 6, 1 : 5-23.

——, 1990, « Boundaries Inside the Body : Women's Suffering in Southern Peasant Italy », *Culture, Medicine, and Psychiatry,* 14, 2 : 253-271.

——, 1991, Itinerari delle emozioni : Corpo e identita femminile nel Sannio Campano. Milano, Franco Angeli.

——, 1996, Perché il corpo. Utopia, sofferanza, desiderio. Roma, Meltemi.

——, 2002, « Moral Entrepreneurs, souverainetés mouvantes et barbelé : le bio politique dans les Balkans post-communistes », *Anthropologie et Sociétés,* numéro spécial « Politiques et jeux d'espaces » sous la direction de Pandolfi M. et M. Abélès, 26, 1 : 1-24.

——, 2003a, « Le arene politiche del corpo », *Antropologia,* numéro spécial « Corpo » sous la direction de C. Mattalucci, 3 : 35-48.

——, 2003b, « Contract of Mutual (In) Difference : Governance and the Humanitarian Apparatus in Contemporary Albania and Kosovo », *Indiana Journal of Global Legal Studies,* 10, 1 : 369-389.

PAPA C., 1988, «Les «Fantaisies» de la grossesse. Entre médecine officielle et médecine populaire en Ombrie», *Les femmes et la modernité. Peuples méditéranéens,* 44: 175-191.

PITRÉ G., 1896, *Usi e costumi, credenze e pregiudizi del popolo siciliano.* Palermo, Clausen.

PIZZA G., 1998, *Figure della corporeità in Europa.* Roma, CISU.

QUARANTA I., 2003, «AIDS, sofferenza e incorporazione della storia a Nso' (provincia del Nord-Ouest del Camerun)», *Antropologia,* 3, 3: 43-74.

RANISIO G., 1996, *Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto.* Roma, Meltemi.

RISSO M. et W. BÖKER, 1992, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale.* Napoli, Liguori Editore.

ROSSI P., 1975, «Sul relativismo culturale De Martino e l'introduzione di cases a "Il Mondo magico"», *Rivista di filosofia,* 67: 165-176.

SCHIRRIPA P., 2000, *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe.* Perugia, Argo/ Fondazione Angelo Celli pet una Cultura della Salute (Coll. Biblioteca di Antropologia medica).

——, 2002, «Health, charismatic cults and contemporary folk culture», *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica,* 13-14: 191-204.

SEPPILLI T., 1956, «Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia», dans Società italiana per il Progresso delle Scienze, *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-20 ottobre 1954).* Roma: S.i.p.s.: 295-312.

——, 1959, «Il contributo dell'antropologia culturale all'educazione sanitaria», *L'Educazione Sanitaria Periodico ufficiale del Centro sperimentale di educazione sanitaria delle popolazioni,* 4, 3-4: 325-340.

——, (dir.), 1983, numéro spécial «La medicina popolare in Italia», *La Ricerca Folklorica,* 8.

——, 1990, *Medicine e Magie. Le tradizioni popolari in Italia.* Milano, Electa.

—— 1994a, «Per un'antropologia dell'alimentazione. Determinazioni, funzioni e significati psico-culturali della risposta sociale a un bisogno biologico», *La Ricerca Folklorica,* 30: 7-14.

——, 1994b, «Le biologique et le social. Un parcours anthropologique», *Ethnologie Française,* 24, 3: 514-530.

——, 1995, «Ernesto de Martino e la nascita dell'etnopsichiatria italiana», *Storia, Antropologia e Scienza del Linguaggio,* X, 3:147-156.

——, 1996, «Antropologia Medica: fondamenti per une strategia», *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica,* 1-2: 7-22.

——, 2001, «Medical antropology «At Home»: a conceptual framework and the Italian experience», *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica,* 11-12: 23-36.

SIGNORELLI A., 1986, « Lo storico etnografo », *La ricerca folklorica,* 13 : 5-14.

SIGNORINI I., 1996, « Influenze cognitive sulla scelta terapeutica. Il caso dei Huave dell'istmo di Tehuantepec (Oaxaca, Messico) », *AM Rivista della Società italiana de antropologia medica,* 1-2 : 141-154.

TENTORI T., 1979, « Note e memorie per una discussione sulla impostazione della antropologia culturale in Italia negli anni' 50 », *Problemi del socialismo,* 16 : 95-122.

TERRANOVA CECCHINI R. et P. INGHILLERI, 1990, *Nuove frontiere della psicologia transculturale.* Milano, Franco Angeli.

VICO G., 1986 [1725], *Principes d'une science nouvelle relative à la nature commune des nations.* Paris, Les Éditions Nagel.

ZANETTI Z., 1978 [1892], *La medicina delle nostre donne,* une édition de M. R.Trabalza, M. R. Città di Catello, Edizioni Clio.

CHAPITRE 9

Histoire et développement de l'anthropologie médicale en Allemagne

Angelika Wolf, Stefan Ecks et Johannes Sommerfeld

INTRODUCTION

L'Allemagne compte près de 150 ans d'histoire au cours de laquelle ses universitaires ont tenté d'élucider la relation entre la société, la culture, la santé, la guérison et la médecine. Dès 1848, le médecin Rudolf Virchow affirmait que la médecine était une « science sociale, et que la politique n'est rien d'autre que de la médecine en grand » (Virchow 1848: 125)[1]. Depuis ce temps, des champs aussi divers que la médecine sociale (Sozialmedizin), la médecine sociologique (Medizinsoziologie) et l'anthropologie médicale axée sur la philosophie (medizinische Anthropologie) se sont établies dans le système universitaire allemand, et ce, principalement dans les facultés de médecine et de sciences sociales. À un rythme moins soutenu, la perspective de l'ethnomédecine (Ethnomedizin), plus axée sur la comparaison culturelle, a été adoptée au sein du champ de l'anthropologie culturelle (Ethnologie, Kulturanthropologie, ou Völkerkunde), traditionnellement rattachée aux facultés de sciences humaines ou d'études culturelles. Il existe bien une longue tradition de recherche ethnomédicale en Allemagne, mais il n'existe toujours aucun équivalent institutionnel ou scientifique désignant clairement ce qu'on peut appeler dans le contexte anglo-américain l'« anthropologie médicale » (Tuschinsky 1999). Il y a toutefois bien des raisons de se réjouir. Par exemple, en 2003, l'Association d'ethnomédecine (Arbeitsgemeinschaft für Ethnomedizin[2]) célébrait le 25e anniversaire de sa revue « vedette », *Curare*. De plus, un groupe de travail de la Société allemande d'anthropologie culturelle (Deutsche Gesellschaft für Völkerkunde), l'« Arbeitsgemeinschaft Medical Anthropology »[3], fut fondé en 1997 pour réunir les anthropologues médicaux dispersés dans les rangs de son organisation professionnelle. L'anthropologie médicale s'enseigne de plus en plus dans les universités d'Allemagne.

Notre survol des diverses formes d'anthropologie médicale en Allemagne vise à illustrer toute une gamme d'activités scientifiques qui se situent à la croisée de l'anthropologie et de la médecine, et qui représentent les traditions universitaires et non universitaires ainsi que les traditions propres à une seule ou à plusieurs disciplines intellectuelles. Au lieu de se concentrer exclusivement sur l'*Ethnomedizin* de langue allemande en tant que composante centrale de l'anthropologie médicale, nous présenterons aussi les tendances, les écoles de pensée et les pratiques scientifiques des autres champs de connaissances (médicales). Deux critères principaux guident notre description de ces champs: dans la section historique, nous nous concentrons sur les études qui présentent le plus de continuité avec les approches actuelles. Dans les sections sur les tendances actuelles et les développements à venir, nous discutons des études qui sont fondées sur la recherche ethnographique originale de terrain. Ce survol ne peut que servir à brosser un portrait général des grandes tendances et ne pourra rendre entièrement justice à chacune des contributions individuelles au domaine de la recherche. Nous avons choisi de parler des anthropolog*ies* médicales d'Allemagne (au pluriel) pour faire ressortir la diversité des approches utilisées pour comprendre les liens entre la santé, la médecine et la culture.

DÉVELOPPEMENTS PRÉCURSEURS À LA CROISÉE DE L'ANTHROPOLOGIE ET DE LA MÉDECINE

Contexte historique

Il y a deux figures prédominantes du XIX^{e} siècle desquelles on peut dire qu'elles ont jeté les bases de l'anthropologie médicale en Allemagne: Adolf Bastian (1826-1905) et Rudolf Virchow (1821-1902). Bastian fut l'un des pères fondateurs de l'anthropologie culturelle. Il a beaucoup voyagé à titre de médecin à bord des navires, et il a effectué beaucoup de travail de terrain en Asie de l'Est avant d'occuper le premier poste de professeur dans ce nouveau domaine qu'était l'anthropologie culturelle et qui venait de voir le jour. Il fut le fondateur du musée d'ethnologie de Berlin, qui devint la principale institution de ce genre au cours de cette période. En 1869, Bastian et Virchow fondèrent la Société d'anthropologie, d'ethnologie et de préhistoire de Berlin (*Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte*) en plus de coéditer la *Revue d'ethnologie* (*Zeitschrift für Ethnologie*). L'un des étudiants berlinois de Bastian, Franz Boas (1858-1942), s'est plus

tard rendu aux États-Unis pour y devenir un pionnier du nouveau domaine de l'anthropologie culturelle. Dans ses travaux théoriques, Bastian formula pour la première fois les idées principales de l'anthropologie culturelle. Il croyait que les mêmes modèles fondamentaux concernant les idées, les pratiques et les traditions culturelles étaient partagés par toute l'humanité.

Bastian était à la fois médecin et anthropologue culturel mais, au contraire de son collègue Rudolf Virchow, il ne faisait pas de la santé et de la guérison le centre de ses travaux intellectuels. Durant la seconde moitié du XIX^{e} siècle, non seulementVirchow domina la recherche médicale allemande mais, au cours de cette période, il fit aussi œuvre de pionnier en matière d'approches critiques en anthropologie médicale. Il fut mandaté par le gouvernement de Prusse pour examiner les causes d'une épidémie de typhus survenue en haute Silésie. Au grand désarroi du gouvernement, son rapport rejetait une grande partie du blâme, concernant cette épidémie, sur la pauvreté, la faim, le manque d'éducation et l'oppression politique. Virchow soutint que les réformes sociopolitiques étaient plus efficaces contre les épidémies que n'importe quelle intervention médicale, ce qui l'incita à s'engager en politique. Il travailla au sein du conseil municipal de Berlin et s'y occupa surtout de l'amélioration de la santé publique et des hôpitaux. De plus, il fut plus tard élu député au parlement allemand pendant de nombreuses années. Puisque Virchow était d'abord et avant tout chercheur en laboratoire, et qu'il fut considéré comme le fondateur de la pathologie cellulaire, sa vision de la médecine en tant que science *sociale* est des plus remarquables.

Virchow et ses collègues ont contribué non seulement à la fondation de la biomédecine moderne, mais aussi à la médecine sociale et à la santé publique. Les épidémies de maladies étant considérées comme la manifestation d'un déséquilibre social et culturel, les inspections obligatoires des viandes ou l'adoption de systèmes adéquats d'élimination des déchets furent des gestes qui illustraient bien l'aspect politique plus que médical des mesures à prendre. Au XIX^{e} siècle, les médecins considérèrent la santé comme une préoccupation purement sociale et mirent sur pied des services de soins de santé destinés aux « pauvres », interdirent le travail des enfants, instaurèrent des mesures de protection des femmes enceintes et imposèrent le retrait des substances toxiques. De nos jours, alors que la « santé elle-même tend à disparaître des politiques en matière de santé », en raison du contexte de rentabilité et d'efficacité, les intellectuels contemporains se remémorent souvent ce que Virchow a enseigné : « Le but de la médecine n'est pas la compréhension scientifique en soi mais la connaissance appliquée à la promotion de la santé par le biais de moyens sociaux. » [Traduction] (Eisenberg 1984 : 530)

L'un des étudiants de Virchow, Georg Groddeck (1866-1934), apporta une contribution très féconde à la médecine psychosomatique. Bien avant

que les anthropologues médicaux n'établissent la distinction entre *illness* (qui correspond à la maladie telle qu'elle est perçue et interprétée par le malade) et *sickness* (qui correspond à la maladie socialisée), Groddeck avança qu'il existait une différence entre *disease* (au sens de la réalité biologique des troubles) [*Krankheit*] et *falling ill* (au sens de tomber malade) [*Erkrankung*]. Dans son essai intitulé « Krankheit », publié en 1893, il déclara qu'« en réalité la maladie (*disease*) n'existait pas et qu'il n'y avait que des êtres humains malades » [Traduction] (Groddeck 1990: 24)[4]. Il s'agissait d'une déclaration courageuse à une époque où la cellule était considérée comme le siège de la maladie. Selon la définition de Groddeck, la santé et la mauvaise santé ne sont pas des situations contradictoires, mais bien des différences graduelles propres à la vie humaine. Selon lui, il n'y a aucune explication unique au fait que quelqu'un puisse tomber malade. Ses réflexions sur le phénomène d'un patient qui n'*a pas une maladie* mais qui se *sent malade* (Groddeck 1990: 31) se rapprochent de la définition de la maladie en tant que « processus de socialisation des notions de *disease* (troubles biologiques) et d'*illness* (perception de la maladie) » (Young 1982: 270). Cette réflexion a amené Groddeck à concevoir l'idée des *IT* (*ES*), définies comme l'esprit inconscient qui permet l'interaction entre le corps habité (*Leib*) et l'esprit ou l'âme (*Seele*)[5].

Les idées de Groddeck ont inspiré les cliniciens et les psychothérapeutes, tels que le neurologue Viktor von Weizsäcker (1886-1957), un autre défenseur influent de la médecine psychosomatique. Selon le modèle psychosomatique, l'esprit et le corps sont vus comme des entités mutuellement dépendantes. Le concept de l'organisme en tant que tout intégré inclut une perception de l'individu humain en tant que sujet. Selon son approche critique et philosophique de la médecine clinique, von Weizsäcker a tenté d'élargir ce point de vue biomédical réductionniste en critiquant l'accent mis sur le corps humain (*Körper*) sans considération pour le corps habité (*Leib*)[6]. Von Weizsäcker proposa un lien entre la médecine et la philosophie fondé sur trois principes: une orientation anthropologique, une observation plus rigoureuse des questions méthodologiques et une approche interdisciplinaire (Hahn 1991). Ce « noyau philosophique » était propre à l'anthropologie médicale de cette époque et semble constituer une importante divergence relativement à la tradition anglo-saxonne de l'anthropologie médicale (Schröder 1978: 474).

Bien que la médecine et l'anthropologie culturelle aient été entremêlées depuis le début par leurs principaux protagonistes, les premiers anthropologues culturels ont eu tendance à négliger les aspects médicaux dans leurs études. Comme Ackerknecht l'a souligné de manière perspicace, la formation médicale des premiers anthropologues pourrait bien avoir nui à l'approche anthropologique en matière de guérison au lieu de l'avoir aidé:

> « Le travail qui consistait à répertorier l'existence de la médecine primitive atteignit probablement son niveau le plus bas à la fin du XIX^e^ siècle, juste au moment où, paradoxalement, la nouvelle ethnographie scientifique se trouvait, en très grande partie, entre les mains des professionnels formés en sciences médicales [...] Toutefois il est fort possible que cela se soit produit simplement parce que la formation professionnelle de ces hommes fut plus préjudiciable aux coutumes médicales des peuples primitifs qu'à n'importe quelle autre de leurs activités [...] » [Traduction]
>
> Ackerknecht 1971 : 114

S'il leur arrivait de porter attention à cette médecine, ils faisaient systématiquement abstraction des mesures rationnelles de guérison et n'en retenaient que les pratiques de magie (Drobec 1955). Au XIX^e^ siècle et bien après le début du XX^e^ siècle, le point de vue dominant voulait qu'il existât une ligne de démarcation très nette entre la « biomédecine rationnelle », d'une part, ainsi que la médecine folklorique et la médecine des « peuples primitifs », d'autre part (Lux 2003). Si la recherche à cette époque fut menée par des historiens médicaux (Buschan 1942), les possibilités de comparaison empirique firent néanmoins défaut.

Le développement plus précoce que diversifié de la pensée anthropologique médicale, appliquée tant à la médecine qu'à l'ethnologie, reflète les divisions théoriques du système universitaire allemand : en Allemagne, à l'encontre de la tradition nord-américaine, l'anthropologie culturelle, l'anthropologie physique, l'archéologie et la linguistique s'enseignent dans des départements distincts. De plus, les universitaires allemands font la distinction entre *Volkskunde* et *Völkerkunde*. En effet, *Volkskunde* (le folklore), en tant que science de « son propre » peuple, se préoccupe de l'étude des cultures locales allemandes et, dans certains cas, européennes. Tandis que *Völkerkunde* – ou de nos jours l'*ethnologie* –, désigne habituellement, mais non pas exclusivement, la recherche sur les sociétés non européennes. Toutefois, les travaux des premiers universitaires ont donné lieu à une grande diversité dans le système universitaire allemand. Bien que les travaux de Groddeck et Weizsäcker soient très peu connus en dehors des pays germanophones, ils ont contribué grandement à l'établissement de la médecine psychosomatique en tant que discipline. Les premières idées de Virchow sont toujours présentes dans le domaine de la prévention des maladies et guident souvent les décideurs en matière de politiques de santé. Comme ces universitaires considéraient la médecine comme une science plus sociale que biologique, ils réclamèrent qu'on accorde une plus grande attention au point de vue du patient et à la réflexion sur les questions sociales liées à la maladie.

Le contexte institutionnel reflète l'histoire de l'Allemagne, notamment sous la dictature nazie. Les politiques racistes du régime nazi ont eu leur influence non seulement sur le milieu universitaire, mais aussi sur la

vie de nombreux scientifiques qui furent forcés de quitter leurs postes et de fuir le pays. Certains anthropologues préférèrent, à cette époque, demeurer « en retrait et silencieux » (Dostal 1994). D'autres apportèrent leur appui aux idéologies de la « race aryenne », en particulier les anthropologues physiques qui contribuèrent aux politiques nazies. Leurs « études scientifiques », qui établissaient des liens entre les mensurations physiques et le comportement mental et social, contribuèrent par conséquent largement à la formulation des théories racistes. À cause de la période fasciste, l'anthropologie allemande se coupa des développements internationaux, puis lutta pendant plusieurs dizaines d'années après la guerre pour y prendre part à nouveau.

Création d'un champ d'études

Le développement de l'anthropologie médicale allemande, ainsi que l'expansion de ses ramifications, débuta dans les années 1970. Deux grandes tendances dominèrent ce domaine au cours des premières années : l'ethnomédecine traditionnelle et les retombées des politiques de santé en matière de soins de santé primaires. Joachim Sterly (1926-2001) fut l'un des fondateurs de l'anthropologie médicale moderne au cours des années 1970. Dans le cadre de sa thèse de doctorat, déposée à l'Université de Cologne, il étudia les guérisseurs sacrés de la Mélanésie. En 1969, il ouvrit la voie à la création d'une unité de recherche en anthropologie médicale à l'Université de Hambourg. L'année suivante, Sterly fut l'un des cofondateurs de la société de travail en ethnomédecine (*Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*), aussi située à Hambourg, jusqu'à sa relocalisation à Heidelberg en 1975. En 1971, Sterly se lança dans la publication de *Ethnomedicine : Journal for Interdisciplinary Research*, la première revue allemande consacrée aux approches transculturelles de guérison. Cette revue publiait, en 1976-1977, un article qui fit date dans l'histoire conceptuelle de l'ethnomédecine allemande (Hauschild 1976-1977). Parmi ses nombreuses autres activités, Sterly participait à l'organisation de bon nombre de conférences internationales (Sterly 1983). Il enrichissait ce sujet d'une sensibilité profondément philosophique, et la majeure partie de son travail s'imprégnait de la phénoménologie d'Edmund Husserl et de Martin Heidegger (Sterly 1974). Ayant adopté la phénoménologie du *Lebenswelt* (« le monde de la vie ») comme fondement de travail, Sterly insistait sur le fait que la guérison ne peut s'étudier de manière positiviste. Quel que soit le sujet d'étude, ce dernier doit être examiné en relation avec la *Dasein* (« présence ») humaine. Son *chef-d'œuvre* est un guide d'ethnobotanique en trois volumes intitulé *Simbu Plant-Lore* (Sterly 1997). Durant cinq années de travail de terrain sur les hautes terres de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, Sterly colligea plus de 1 900 spécimens botaniques et consigna en détail les coutumes locales qui les entouraient.

En 1978, l'Association allemande d'ethnomédecine (*Arbeitsgemeinschaft für Ethnomedizin*) entreprit la publication de *Curare*, une « revue d'ethnomédecine et de psychiatrie transculturelle ». En partie en raison du succès national et international de *Curare* à cette époque, Sterly abandonna, en 1982, la publication de sa revue *Ethnomedicine*[7]. *Curare* est conçue comme une « tribune de communication régulière destinée à ceux et celles qui s'intéressent aux difficultés associées à la volonté de procurer la santé à tous d'ici l'an 2000 » (Schuler 1998). *Curare*, qui en est à sa 25e année, a publié près de 400 articles de recherche originaux, des commentaires ainsi que des comptes rendus de livres et de conférences. Cette revue se veut une « tribune d'échange et de discussion entre tous ceux et celles qui s'intéressent aux systèmes médicaux traditionnels, aux programmes d'aide médicale, à la planification de la santé et autres questions connexes » (Schuler 1998). Bien que bon nombre de ses articles soient en allemand, *Curare* a attiré la participation de nombreux anthropologues médicaux de réputation internationale et a publié des articles en anglais et en français. Depuis 1994, deux numéros thématiques sont publiés chaque année[8].

Au début des années 1980, l'anthropologie médicale en Allemagne connut une importante croissance. Un grand nombre de monographies et d'ouvrages furent publiés (Rudnitzki 1977; Hinderling 1981). Des centres d'études virent le jour dans les universités de Cologne, de Heidelberg et de Hambourg. À Cologne et à Heidelberg, la recherche et l'enseignement en anthropologie médicale se développèrent de manière significative. Au département d'ethnologie de l'Université de Hambourg, sous la direction de Beatrix Pfleiderer, l'anthropologie médicale devint le thème central de l'enseignement et de la recherche, comme en témoigne la publication d'un premier ouvrage (Ludwig et Pfleiderer-Becker 1981), suivi d'un premier recueil de textes allemands sur l'anthropologie médicale (Pfleiderer et Bichmann 1985), qui en est maintenant à sa troisième édition (Greifeld 2003). De nombreux mémoires de maîtrise et au moins 15 thèses de doctorat portaient sur des thèmes liés à l'anthropologie médicale. Bon nombre de ces thèses ont plus tard été publiées dans une série intitulée « cultures médicales comparées » (*Medizinkulturen im Vergleich*)[9], qui compte actuellement plus de 20 numéros. En 1988, Pfleiderer organisa une importante conférence sur les perspectives ouest-européennes et nord-américaines, qui réunissait des anthropologues médicaux nord-américains et européens de grande renommée (Pfleiderer et Bibeau 1991).

L'Université de Heidelberg fut, pendant longtemps, l'hôte d'activités en anthropologie médicale. C'est au début des années 1970 que le département de médecine tropicale et de santé publique de l'école de médecine de cette université, sous la direction de Hans Jochen Diesfeld (Diesfeld 1974), mit sur pied ses activités dans ce domaine, en créant un premier poste en

anthropologie médicale. L'approche ethnomédicale, toujours largement répandue en Allemagne dans les années 1970, fut reconceptualisée et systématisée pour devenir la *Kulturvergleichende Medizinische Anthropologie* (« anthropologie médicale par comparaison interculturelle »), ce qui situait l'anthropologie médicale à la croisée de l'anthropologie, de la philosophie et de la médecine (Sich *et al.* 1993). L'anthropologie médicale devint partie intégrante des activités d'enseignement du département et visait à sensibiliser les médecins et les professionnels du développement destinés à travailler dans des contextes médicaux pluralistes non occidentaux. Un grand nombre d'exposés et de mémoires de maîtrise furent produits en anthropologie médicale appliquée. La recherche menée par le personnel et les étudiants du département portait sur une vaste gamme de sujets, qu'il s'agisse des concepts de maladie et de santé appliqués à différents contextes médicaux où des ramifications sociales et culturelles de la santé et de la prestation des soins. À la fin des années 1990, plus particulièrement, le département d'hygiène tropicale accueillit un grand nombre de projets de recherche en anthropologie médicale traitant de la santé publique internationale. Il fut aussi l'hôte d'un groupe de travail formé à l'échelle de toute l'université et ayant pour thème « l'anthropologie médicale et la santé publique ». Ce groupe de travail visait à promouvoir l'interaction entre ces deux domaines par le biais de la recherche, de l'enseignement et des échanges scientifiques interdisciplinaires (maintenant organisés par le département d'anthropologie). Les études menées par le département avaient pour thème les risques en matière d'assurance destinée aux soins en établissement et aux soins prénataux, l'anthropologie des maladies de l'appareil reproducteur et la recherche anthropologique médicale sur la prévention des maladies cardiovasculaires. La recherche anthropologique sur les maladies infectieuses et les mesures pour leur faire échec s'attachait surtout à étudier les facteurs comportementaux, culturels et sociaux dans leur rapport aux stratégies permettant de composer avec la dynamique de la transmission, ainsi que la perception des maladies infectieuses et la capacité d'y faire face. Les recherches se spécialisaient dans les aspects sociaux et culturels des nouvelles maladies infectieuses et des épidémies de ces maladies (Sommerfeld 1994). En outre, la collaboration interdisciplinaire entre l'anthropologie médicale et l'épidémiologie (Trostle et Sommerfeld 1996) constituait un important secteur de recherche. Une série de conférences et de séminaires sur l'anthropologie médicale et ses applications en santé publique fut conçue. Les sciences sociales de la santé en général, et l'anthropologie médicale en particulier, sont toujours des éléments réguliers du programme de maîtrise ès sciences du département, intitulé « Santé communautaire et gestion de la santé dans les pays en développement ». En 1997, un symposium international sur le rôle de l'anthropologie médicale et de la lutte contre les maladies infectieuses rassemblait des anthropologues médicaux et des épidémiologistes de divers pays (Sommerfeld 1998).

TENDANCES ACTUELLES

La section qui suit vise à passer en revue les réseaux universitaires ainsi que les activités de recherche et d'enseignement en anthropologie médicale que l'on trouve en Allemagne depuis la fin des années 1990.

Réseaux professionnels

En 1997, un groupe de travail sur l'« anthropologie médicale » s'est formé au sein de la Société allemande d'anthropologie culturelle (*Deutsche Gesellschaft für Völkerkunde*). Ce groupe réunit des anthropologues médicaux d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse ainsi que des membres des disciplines voisines comme la médecine, la psychologie ou la pharmacologie. Tout comme pour d'autres groupes, comme la Society for Medical Anthropology (SMA) rattachée à l'American Anthropological Association, le but de ce groupe de travail est de promouvoir le domaine de l'anthropologie médicale et d'encourager l'établissement de cette discipline dans les universités allemandes. Ce groupe participe aux conférences semestrielles en organisant des réunions d'experts consacrées à des sujets d'intérêts précis du domaine[10]. Il se définit comme une tribune de discussion, permettant à ses membres de réfléchir sur les questions méthodologiques, théoriques et pratiques de l'anthropologie médicale, et ce, sans égard à leur établissement universitaire d'attache. Il existe aussi un groupe d'anthropologues très proche de celui-ci dont le travail porte sur les cultures allemandes et européennes. Des intellectuels qui explorent les questions liées à la médecine et à la culture au sein de l'ethnologie européenne, adoptant souvent une forte perspective historique, se sont réunis pour former un réseau sur la « santé et la culture dans les études sur le folklore » (*Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung*)[11].

Enseignement et recherche

Actuellement, un grand nombre d'universités d'Allemagne offrent régulièrement des cours en anthropologie médicale dans le cadre de l'étude générale ou régionale de l'anthropologie. Les Instituts des universités de Heidelberg, de Berlin et de Göttingen ont adapté leurs activités d'enseignement aux thèmes de recherche les plus récents en anthropologie médicale.

Comme nous l'avons mentionné, l'anthropologie médicale à l'Université de Heidelberg repose sur une solide tradition : il y a une vingtaine

d'années, les membres du département d'hygiène tropicale et de santé publique ont commencé à donner des cours d'introduction et à encourager la recherche interdisciplinaire et ses applications en sciences de la santé. Depuis le début des années 1990, les membres du département d'anthropologie de l'Institut d'Asie du Sud d'Heidelberg ont également travaillé en anthropologie médicale. À la suite de la création de sa nouvelle chaire William Sax, le département a fait de l'anthropologie médicale sa priorité en matière de recherche et d'enseignement depuis 2000. Cet institut a créé, entre autres choses, un nouveau poste en anthropologie médicale spécialisée dans les régions. Le département offre maintenant trois ou quatre cours par trimestre, combinant la théorie et la méthodologie de l'anthropologie médicale à l'intérêt ethnographique pour les cultures d'Asie du Sud. Le département dirige aussi le groupe de travail interdisciplinaire d'Heidelberg en anthropologie médicale, qui permet aux étudiants, aux membres du personnel et aux chercheurs d'échanger sur les projets actuels ou futurs liés aux questions pertinentes du domaine. Ce groupe a pour objectif de promouvoir l'anthropologie médicale dans le cadre d'un dialogue avec les spécialistes de la santé publique, de l'histoire de la médecine, de la sociologie médicale et autres disciplines connexes[12]. Ses membres collaborent étroitement avec ceux du groupe de travail sur l'anthropologie médicale de la Société allemande d'anthropologie culturelle.

L'Institut d'anthropologie sociale et culturelle de l'Université de Freie, à Berlin, offre habituellement un cours d'anthropologie médicale tous les ans. Ce cours est destiné aux étudiants dont les études sont assez avancées en anthropologie sociale[13]. Les régions sur lesquelles portent la recherche en anthropologie médicale sont Orissa, en Inde, sous la direction de Georg Pfeffer, ainsi que l'Afrique de l'Est et du Sud, sous la direction d'Ute Luig. Un groupe de recherche sur le sida en Afrique examine les conséquences sociales de cette épidémie, qui ne constitue pas uniquement un problème de santé, puisqu'il entraîne aussi des problèmes sociaux, économiques et politiques. Le nombre croissant de personnes infectées du virus du sida en Afrique subsaharienne témoigne d'une lacune entre les connaissances et le comportement et soulève des doutes quant à l'efficacité des campagnes de prévention contre le sida. Par conséquent, les projets de recherche se concentrent sur « [...] les conceptions de la sexualité, le genre et l'enfance, la parentalité et la solidarité, les valeurs et les normes morales et religieuses, les notions culturelles de maladie et de guérison, ainsi que les conceptions du risque, de la mort et de la vie en général [...] » (Dilger 2001a).

Au département d'ethnologie européenne de l'Université de Humboldt, à Berlin, l'incidence des sciences de la vie sur les concepts de tous les jours relativement au corps et à la santé se trouvent maintenant au cœur de la recherche et de l'enseignement. Stefan Beck, qui occupe le premier poste

de « professeur débutant » en anthropologie, dirige une recherche sur la manière dont les visions populaires sur la santé et la parenté sont transformées par les technologies sur le génome humain (Beck 2004). Un autre projet de recherche porte sur le rôle des technologies médicales en Allemagne, en ce qui a trait principalement à l'avortement (Knecht 1996). Ce département est très actif dans la création de liens entre l'anthropologie médicale et les études sur la science et la technologie, en Allemagne. En 2003, la première d'une série de conférences internationales sur la nouvelle recherche anthropologique visant les sciences de la vie a eu lieu à Berlin.

L'Université de Göttingen a aussi une longue tradition d'enseignement de l'anthropologie médicale[14]. Brigitta Hauser-Schäublin a dirigé un projet de recherche sur les nouvelles technologies médicales, notamment en médecine de la reproduction et en transplantation d'organes. Cette étude, financée par la Fondation allemande pour la recherche, examinait non seulement la manière dont les professionnels – le personnel médical, les patients et leurs proches – composaient avec ces nouvelles technologies, mais aussi la manière dont ces technologies ont influencé les relations sociales. Cette recherche s'imbrique dans les réflexions sur le sens de l'individu, de l'identité et de la société (Hauser-Schäublin *et al.* 2001).

D'autres instituts d'anthropologie culturelle, situés dans les universités de Halle, de Leipzig, de Munich et de Münster, offrent des cours ou des conférences sur l'anthropologie médicale à un rythme plus ou moins régulier, mais on n'y trouve actuellement aucun projet de recherche en cours sur l'anthropologie médicale. Dans un guide sur l'anthropologie dans les pays germanophones (Krickau *et al.* 1999), ces instituts ne font mention d'aucune concentration en anthropologie médicale. Compte tenu de l'existence d'environ 25 instituts d'anthropologie culturelle et sociale en Allemagne et du grand nombre d'étudiants qui s'intéressent à l'anthropologie médicale, on ne peut s'empêcher de remarquer à quel point l'anthropologie médicale est encore très peu institutionnalisée. À ce jour, il n'y a toujours aucun département, centre de recherche ou programme d'études officiel qui se spécialise en anthropologie médicale.

Depuis les années 1990, les anthropologues médicaux d'Allemagne ont fait d'importantes incursions dans la recherche appliquée. Habituellement, ce travail n'est pas étiqueté comme de l'« anthropologie médicale », mais en tant qu'« étude interculturelle sur les soins de santé » ou « compétences interculturelles des dispensateurs de soins de santé ». Deux avancées peuvent être mises en lumière ici. En 1998, l'anthropologue médicale Monika Habermann est devenue professeure de sciences infirmières (*Pflegewissenschaften*) au Hochschule Bremen. Le programme de Bremen tente d'équilibrer l'enseignement des aspects culturels de la santé et l'enseignement sur la gestion des soins infirmiers, et vise à former les étudiants pour qu'ils

puissent occuper des postes de cadres dans des hôpitaux, des maisons de retraite et des établissements destinés aux personnes handicapées. À Freiburg, AMIKO (*Arbeitsgruppe Medizinethnologie und Interkulturelle Kommunikation*) a mis sur pied un programme d'enseignement à l'intention des professionnels des soins de santé. Il offre des cours aux infirmières, aux travailleuses sociales et aux sages-femmes sur les questions concernant la santé des migrants et les aspects culturels de la guérison (Adam et Stülb 2001).

Projets de recherche affiliés en anthropologie médicale

Les étudiants de deuxième et de troisième cycle entreprennent un grand nombre de recherches en anthropologie médicale, la portée des sujets de recherche varie du régional au thématique. La plupart de ces recherches adoptent une approche centrée sur les acteurs, mais ont aussi recours à des descriptions narratives, historiographiques ou axées sur la structure. La majeure partie de la recherche se déroule à l'extérieur de l'Europe, mais un nombre de plus en plus grand d'études visent l'Europe et l'Allemagne. Ces études se concentrent notamment sur le don d'organe, la mondialisation des pratiques en matière de naissance ou l'introduction de l'Ayurveda et de l'acupuncture dans la pratique biomédicale allemande. La recherche sur les nouvelles technologies médicales a ouvert de nouveaux horizons à l'anthropologie médicale. Par exemple, l'une des recherches récentes avait pour but d'examiner les diverses réactions et l'adaptation à la transplantation d'organe (Kalitzkus 2003). Non seulement la technologie médicale donne un nouveau sens à la mort, mais elle génère aussi le paradoxe du cadavre (biologiquement) vivant et transgresse ainsi les frontières du « moi » incarné. Au sujet du don d'organe, d'autres recherches portent sur des thèmes comme la réification des parties du corps et la manière dont la notion de système immunitaire crée un « corps moderne », et comment ce corps est présenté par les médias et perçu par le public (Obrecht 2000). En Autriche, des collègues qui collaborent de près avec des anthropologues allemands enquêtent sur les techniques de médecine reproductive (Hadolt et Lengauer 2003).

Dans notre propre culture, les perceptions de la naissance attirent de plus en plus l'attention des chercheurs. En Allemagne, au cours des 20 dernières années, de plus en plus de femmes enceintes ont exprimé l'opinion selon laquelle les pratiques liées à la naissance provenant de cultures très éloignées sont préférables à leurs propres habitudes (Kneuper 2003). Très souvent, elles affirment que la naissance est un événement « naturel », ce qui se compare aux pratiques d'autres groupes ethniques qui sont décrits comme des peuples plus près de la nature que ceux des pays industrialisés. D'autres recherches portent sur les femmes migrantes et leurs habitudes

relativement à la naissance (Delius 2003). Lorsque ces femmes sont séparées de leur famille étendue, l'encadrement ou les conseils de leur mère ou des femmes plus âgées leur manquent parfois. Ce manque de soutien peut entraîner des perturbations post-partum ou même la dépression périnatale; c'est pourquoi les études sur le post-partum doivent prendre en considération ces questions propres à l'anthropologie médicale.

La motivation des praticiens biomédicaux à faire usage de l'homéopathie ou à introduire l'Ayurveda et l'acupuncture dans la pratique biomédicale soulève aussi l'intérêt en tant que champ de recherche au sein de notre propre culture (Frank 2002; Frank et Stollberg 2002). Nous observons actuellement que les concepts asiatiques de médecine se répandent rapidement partout dans le monde. Mais ces concepts s'altèrent lorsqu'ils sont introduits ailleurs. En effet, les médecins les croisent avec les modes de traitement et d'explication biomédicaux. En adoptant une perspective comparative, entre l'Allemagne et l'Inde, il est possible de décrire la nature précise des soins de santé pluralistes et d'observer comment les modes d'explication des différents concepts s'influencent mutuellement dans les contextes locaux.

Dans les études récentes menées dans les régions classiques de l'anthropologie, il est pratique courante de faire usage d'une perspective mondiale dans l'étude des questions médicales et de contribuer ainsi au débat sur la mondialisation et la médecine. Un ouvrage paru récemment sur la mondialisation du secteur médical en Afrique, en Asie, en Amérique (du Sud) et en Europe montre l'interrelation des *paysages médicaux (medicoscapes)* – en tant que dimension du paysage mondial – tant à l'échelle locale qu'à l'échelle mondiale (Wolf et Hörbst 2003). Faisant référence aux concepts d'Appadurai sur les courants culturels mondiaux (Appadurai 1990: 6), les auteurs définissent ces *paysages médicaux (medicoscapes)* comme des « paysages de gens et d'organisations dispersés dans le vaste secteur médical, qui se condensent dans les localités mais qui, du même coup relient les lieux, les êtres humains et les institutions de ce secteur. Ces paysages regroupent les gens qui sont à la recherche de traitements et ceux qui sont là pour en offrir, l'industrie pharmaceutique omniprésente, l'OMS agissant comme gardien de la biomédecine, les organisations de guérisseurs dits traditionnels, les pratiques de guérison disséminées régionalement et les perceptions que les gens en ont à différents endroits, les thérapies connues mondialement et, enfin, les organisations de développement international axées sur l'aide médicale. Ils font tous partie des courants médicaux hétérogènes qui transgressent les frontières culturelles et nationales, suscitent le changement à l'échelle locale et peuvent ensuite avoir des répercussions mondiales » (Hörbst et Wolf 2003: 4).

La mondialisation des processus médicaux fait l'objet de recherches dans divers domaines, notamment le VIH-sida en Afrique, le genre et la santé ou les questions de modernisation. Dans certains pays d'Afrique australe, près du tiers de la population active sur le plan sexuel est atteint du VIH, et ce, malgré les connaissances largement répandues concernant les causes et les effets du VIH-sida. Il se peut qu'une des raisons de cette absence de succès soit le manque de pertinence des messages véhiculés par le biais des programmes de prévention (Offe 2001). Ces programmes reposent sur des notions de temps et d'avenir qui émanent de la tradition européenne du siècle des Lumières et sur le rôle indépendant de l'individu, concepts qui ne sont pas nécessairement en accord avec les idéaux locaux. Par ailleurs, les « leurres de la modernité » se traduisent par de nouveaux concepts de genre et de sexualité et ont, de ce fait, une forte incidence sur les pratiques des jeunes gens (Dilger 2003). Toutefois, un concept mondialiste comme « Vivre positivement » (Living PositHIVely), appliqué aux quatre coins du monde dans les programmes sur le sida, par et pour les personnes atteintes du virus, peut illustrer le fait que la situation et les valeurs qui donnent un sens à ce type de modèle peuvent varier d'un contexte à l'autre (Dilger 2001b). Des institutions de guérison non biomédicales procèdent à des rituels purificatoires et rassemblent les communautés, mais pourtant on ne retient aucunement de leur importance (Rakelmann 2001). La position de médiateur des guérisseurs est aussi sous-estimée. Dans de nombreux pays africains, le VIH-sida est souvent interprété en faisant référence aux concepts indigènes de maladie transmise sexuellement (Wolf 2001). Une étude historiographique montre qu'en Tanzanie (Bruchhausen et Roelcke 2002) le rôle des guérisseurs africains a été fortement modelé par le colonialisme. Ces auteurs montrent comment l'introduction de la biomédecine a entraîné la création de créneaux pour les guérisseurs traditionnels; l'herboristerie, par exemple, répond au désir de « guérison naturelle » et la sorcellerie ainsi que la « possession par les esprits » couvrent par ailleurs l'aspect des relations entre les êtres humains. Ainsi, la biomédecine avait déjà des effets mondialistes à l'époque du colonialisme (Hörbst et Wolf 2003).

Les processus de mondialisation et de modernisation présentent aussi de nouvelles perspectives anthropologiques d'étude sur les concepts populaires et professionnels du corps. Une étude menée à Kolkata (Bengale de l'Ouest, Inde) soulève ces questions en faisant précisément référence aux notions de ventre et de système digestif (Ecks 2003, 2004). En altérant les routines et les pratiques de la vie quotidienne, les changements amenés par la modernité urbaine sont souvent associés à un déclin du bien-être mental et physique. Le thème central de cette recherche est la manière dont les gens de Kolkata perçoivent leur corps, comment ces perceptions sont négociées dans le cadre de trois contextes médicaux différents (biomédecine,

homéopathie, Ayurveda) et comment ce discours reflète les inquiétudes concernant les conséquences de la modernité.

Une autre étude, menée dans l'ouest du Mexique, montre comment la responsabilité de la maladie est attribuée à des lieux situés en dehors du corps humain (Hörbst 2002). On fait appel à ces lieux, qui se trouvent dans l'environnement local, pour le traitement et la prévention, à l'échelle individuelle, familiale et sociale ; ces lieux sont donc, comme l'auteur le soutient, des agents de guérison. Les traditions de guérison du nord de l'Équateur sont en permutation constante avec d'autres pratiques de cure provenant de ce pays et de l'étranger (Wörrle 2002). Ainsi, les patients de l'Équateur moderne ont toujours la possibilité de choisir parmi une gamme de traitements possibles auxquels ils ont fréquemment recours. Dans la même veine, pour les gens qui migrent des Caraïbes vers New York, la religion constitue un recours en matière de guérison, bien que les cultes prennent une nouvelle signification dans le contexte de la migration (Schmidt 2003).

Les thèmes classiques pouvant toujours susciter de nouvelles réflexions, la recherche sur les concepts autochtones de maladie et de comportement des patients, ou la question de savoir quels sont les éléments qui déterminent le choix des guérisseurs par un patient, sont des thèmes très importants dans le domaine de l'anthropologie médicale en Allemagne. Une recherche se déroulant en Amazonie équatorienne remet en question la distinction longuement admise entre les pratiques médicales « traditionnelle » et « moderne » (Knipper 2004). Cette recherche prend comme point de départ une catégorie indigène de maladie appelée « *mal aire* » pour mener une enquête sur la communication interculturelle dans le cadre de la praxis médicale. Les éléments qui se trouvent au centre d'une autre étude menée, cette fois-ci, dans la vallée Urumbu, au Pérou, sont les comportements des patients et ce qui détermine leur choix de guérisseurs (Montag 2001). L'étude d'Orissa, en Inde, analyse comment les concepts centraux de société se reflètent dans la manière dont on compose avec la détresse (Otten 2003). Non seulement les guérisseurs, mais aussi la maladie, se distinguent selon le statut social, et les guérisseurs du Rona, à Orissa, ne sont autorisés à exercer des rituels de guérison que si la maladie correspond à leur compétence (Otten 2004).

La recherche sur les enfants et sur leur rôle dans le processus de négociation avec la maladie et dans celui qui consiste à lui donner un sens se fait encore très rare. Une étude sur un enfant dans la société yupno, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, montre comment cette société se représente l'apparition et le déroulement de la maladie en relation avec les déséquilibres des liquides organiques corporels causés par des relations sociales perturbées (Keck 2003). Un groupe multidisciplinaire international de scientifiques a mené un projet de recherche sur l'action concertée dans plusieurs

pays d'Europe et à un endroit aux États-Unis. Cette recherche porte sur la perception d'un groupe d'enfants en santé, âgés de sept ans, relativement à la maladie et aux médicaments (Wirsing 1996a). On a demandé aux enfants de faire un dessin de leur dernier épisode de maladie et de parler de l'expérience qu'ils en ont tiré (Wirsing 1996b). L'équipe allemande a aussi pris part à un projet de suivi auprès d'enfants qui souffrent d'asthme et de leur parents; les chercheurs s'intéressaient à leur perception de la maladie et à leurs stratégies pour la surmonter[15].

On peut mentionner un point important au sujet de la recherche et de l'enseignement actuels: dans les séminaires et les universités d'Allemagne, il est maintenant courant de lire en anglais des articles et des livres sur l'anthropologie médicale; mais la plupart des anthropologues médicaux d'Allemagne publient en allemand. Ainsi, alors que l'« apport externe » constitue un idiome international, la « production » demeure « locale ». Par suite de ce fossé linguistique, les faits récents sur le terrain et les résultats de la recherche passent souvent inaperçus à l'étranger et dans la communauté scientifique internationale.

TENDANCES FUTURES

Cette section vise à présenter un survol des projets d'anthropologie médicale qui sont en cours ou qui s'apprêtent à démarrer en 2004. Pour aller au-delà des résultats publiés, le contenu de cette présente partie de notre article repose grandement sur des entrevues et des rencontres personnelles avec les chercheurs. Il va sans dire que l'échantillon choisi ne peut que permettre d'avoir un aperçu de la diversité des projets actuels et que la prédiction de l'avenir est toujours une entreprise qui comporte ses risques.

L'anthropologie médicale au sein de l'anthropologie culturelle

Il est probable que l'anthropologie médicale gagnera en importance tant sur le plan de la recherche que sur celui de l'enseignement dans plusieurs départements et instituts partout en Allemagne. Si l'on s'appuie sur les tendances actuelles qui existent en Allemagne et dans le monde, il est aussi probable qu'on assistera à une augmentation de la recherche sur les nouvelles technologies médicales et leur influence sur les perceptions populaires du corps et de la société. Un autre champ de recherche traite des conséquences sociales du VIH-sida, particulièrement en Afrique.

Par ailleurs, comme aucun poste de professeur n'est encore consacré exclusivement à l'anthropologie médicale, ce domaine est appelé à se développer en grande partie par le biais de la recherche fondée sur les intérêts théoriques ou régionaux ancrés dans les instituts d'anthropologie, par exemple ceux de Heidelberg ou de Berlin. En dehors des instituts qui témoignent déjà d'un intérêt pour l'anthropologie médicale, il est probable que des thèmes plus « traditionnels » de l'anthropologie, comme la religion et les rituels, seront aussi de plus en plus reconsidérés relativement à leurs pouvoirs de guérison.

À Heidelberg, le projet *Ritualdynamik* (dynamique du rituel) a été inauguré en 2002 et devrait durer une dizaine d'années. Ce projet vise à étudier les contextes socioculturels dans lesquels les rituels apparaissent, se transforment et disparaissent. Il existe de nombreux champs de recherche anthropologique liés au projet *Ritualdynamik* (Sax 2002; Merz 2002; Schömbucher-Küsterer 2004). Toutes ces études combinent leurs intérêts pour la santé et la guérison fortement centrés sur la religion, le rituel et la théorie sur le rendement. Une autre gamme de programmes est aussi liée au *Ritualdynamik*, par exemple une étude visant à décrire comment les temples sufis de la fraternité marocaine *Isawiyya* constituent un espace pour la guérison des maux physiques et psychologiques. Des chercheurs du département de psychologie clinique, qui adoptent une approche ethnoclinique dans l'étude du rôle de la ritualisation chez les adolescents toxicomanes en Allemagne, font aussi partie de cette étude interdisciplinaire sur la dynamique du rituel. Deux projets en cours à l'Université Freie, à Berlin, sont aussi consacrés à ce thème. Le premier décrit le *Bali Yatra*, « pèlerinage terrestre » dans l'État indien d'Orissa. Le *Bali Yatra* est un rituel accompli surtout par les femmes, tous les trois ans, afin d'assurer la prospérité et la fertilité des humains, des animaux et des plantes. Un autre projet de recherche mené à Berlin se penche sur la manière dont le personnel biomédical d'une clinique de psychiatrie au Ghana combine le traitement de la toxicomanie à la guérison par la foi chrétienne.

Hormis les études sur la guérison par le rituel, la majeure partie des travaux actuels portent surtout sur des maladies précises et les réactions culturelles qu'elles engendrent. Une équipe d'anthropologues de Berlin examine comment les peuples des différents milieux africains composent avec les conséquences du sida sur la communauté. Au-delà des préoccupations antérieures sur les perceptions sociales de la dissémination du sida, cette équipe se penche sur cette maladie dans un contexte culturel plus large. L'un des projets tente de saisir les différentes notions de la « masculinité » véhiculées parmi trois groupes de Cape Town, en Afrique du Sud. Deux autres projets mettent l'accent sur les options et les stratégies de survie en Zambie et chez les orphelins du Malawi qui vivent dans des foyers dirigés

par des enfants. Ce ne sont pas tous les membres de l'équipe de Berlin qui considèrent le sida comme une maladie isolée. Certains le considèrent plutôt comme un problème qui a de fortes répercussions sur les notions de genre, sur la famille, sur le changement politique et sur la mondialisation. Une approche de ce type relativement au sida nécessite un dialogue avec les chercheurs des autres domaines, notamment les sociologues, les épidémiologistes et les spécialistes en santé publique. Un autre projet de recherche se déroulant à Heidelberg est en cours de planification. Il devrait porter sur la manière dont le sida est conceptualisé et traité par les guérisseurs du secteur privé de la santé dans les zones urbaines de l'Asie du Sud. Parmi les projets actuels qui portent sur des maladies particulières, une étude sur les troubles neurologiques, menée aux îles Mariannes (Pacifique occidental), occupe une place unique. Son but initial consistait à trouver s'il existait des facteurs de risques culturels précis qui contribuent à un ensemble de maladies. Durant ces travaux, l'anthropologue a toutefois commencé à poser un regard critique sur l'incidence des enquêtes biomédicales intenses sur la communauté locale. La dynamique de la médecine traditionnelle dans le contexte de la mondialisation est le sujet d'une étude qui a été menée sur la professionnalisation de la médecine tibétaine dans la vallée de Spiti de la zone indienne de l'Himalaya.

L'anthropologie médicale au-delà des départements universitaires

Tous les projets de recherche mentionnés jusqu'à présent se déroulent dans des contextes situés hors de l'Allemagne, plus particulièrement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Plusieurs recherches se déroulent toutefois en dehors de ces départements d'anthropologie culturelle. Lorsque c'est le cas, la tendance veut que les projets soient dotés d'une perspective de recherche appliquée et qu'ils soient menés par des équipes interdisciplinaires. Un bon exemple de cette tendance est le projet pilote *ProBenefit*, qui vise la création d'un cadre juridique bilatéral relativement aux divers usages des plantes médicinales de la région de l'Amazonie équatorienne. Le fondement de cette initiative, qui rassemble une équipe de biologistes, de biochimistes, d'avocats, de sociologues et d'anthropologues en Équateur et en Allemagne, est la Convention de l'ONU sur la diversité biologique (CBD), signée en 1992; et son financement provient du ministère de l'Éducation et de la Science de l'Allemagne. La participation anthropologique à un tel projet illustre bien le fait que les décideurs allemands font de plus en plus appel à l'expertise des anthropologues médicaux. Un autre exemple de projet d'anthropologie médicale appliquée, qui en fait se déroule aussi en Équateur, est l'étude du pluralisme médical et de la coopération

interculturelle dans les soins de santé primaires. Cette étude se fonde sur plusieurs années de pratique clinique dans une station de santé située en Amazonie équatorienne. Sur le plan de l'affiliation institutionnelle, les chercheurs n'appartiennent pas au département d'anthropologie mais bien à l'école médicale de l'Université de Gießen.

La plupart des anthropologues médicaux allemands continueront bien sûr à travailler dans d'autres pays, mais la tendance vers les projets de recherche se déroulant en Allemagne est de plus en plus grande. Puisque les diverses cultures liées au secteur médical allemand possèdent des traditions universitaires qui existent de longue date, elles ont jusqu'ici été étudiées en grande partie par des sociologues, des spécialistes du folklore et des historiens de la médecine. Le fait que des anthropologues médicaux fassent des incursions dans ce champ d'études est dû principalement à l'estompement des frontières des différentes disciplines. Se présenter comme un « anthropologue médical », c'est se montrer intéressé par diverses questions théoriques et faire appel à des méthodes ethnographiques destinées au travail de terrain.

Des études sur les relations médecin-patient en milieu biomédical doivent être menées dans différents contextes. En collaboration avec un groupe de psychologues et de médecins biomédicaux, un anthropologue rattaché à Göttingen a commencé à consigner et à analyser les interactions entre les omnipraticiens et les patients atteints de maladie chronique. Il est prévu qu'on procède pendant une semaine à l'enregistrement sur vidéocassette de toutes les consultations se déroulant dans le bureau de chacun des 16 omnipraticiens participants ; on prévoit aussi mener des entrevues approfondies avec les patients sélectionnés. Parmi ce matériel, un cas éloquent sera choisi chaque semaine et présenté aux autres omnipraticiens. Le but de cette étude est très concret : élaborer avec l'aide des professionnels des soins de santé un cadre permettant de comprendre la dynamique de l'interaction, et d'améliorer ainsi les soins médicaux offerts aux patients atteints de maladie chronique.

Un chercheur de Bonn prévoit étudier les interactions médecin-patient du point de vue de l'éthique médicale. Le lieu de la recherche sera le cabinet d'un médecin situé dans une région rurale de l'ouest de l'Allemagne. À partir d'observations préliminaires, le projet examine dans quelle mesure les modèles explicatifs des maladies des patients sont éclairés par les notions médicales populaires et les notions sur les liquides organiques. Cette recherche s'intéresse particulièrement à la manière dont diffèrent, chez les médecins et les patients, les concepts d'intégrité corporelle et de handicap, et quelles sont les conséquences éthiques de ces différences sur le plan du traitement.

L'intégrité physique est un thème choisi pour l'exploration des unités de césarienne volontaire de la clinique universitaire de Munich. Ce projet est mené par un médecin et par un anthropologue médical à l'aide d'une subvention de l'Université de Munich destinée aux études interdisciplinaires sur le genre. Bien que les publications soient de plus en plus nombreuses sur l'apparition des unités de césarienne volontaire, les motivations des femmes à y recourir sont encore très peu connues. La manière dont les concepts de genres sont transformés lors des consultations biomédicales est une question sur laquelle les anthropologues médicaux devront se pencher. Deux projets en cours portent précisément sur l'incidence de la haute technologie en matière de techniques de diagnostic. Une étude vient de se terminer sur la réaction des patientes d'une clinique de Berlin atteintes d'un cancer du sein; les chercheurs s'attachent particulièrement aux changements de perception qui se produisent au cours du processus de diagnostic et de traitement. L'objectif à long terme de ce travail est de mieux comprendre comment la « vie » et le « risque » sont définis et redéfinis dans le cadre des échanges entre médecins et patients. Un autre anthropologue médical s'apprête à mener une recherche de terrain au Ghana et en Tanzanie sur le dépistage par ultrasons. Cette étude vise à montrer comment la technologie des ultrasons traduit la grossesse en images, et comment ces images modifient les perceptions des femmes relativement à leur propre corps et au corps du fœtus. Il s'agit de l'une des premières études menée ailleurs qu'en Occident sur la réaction des patients relativement à la haute technologie médicale. Étant donné que les études culturelles sur les technologies médicales figurent parmi les sujets placés en tête de liste des programmes de recherche, il est probable que des projets de ce genre trouvent à l'avenir une place plus stable en anthropologie médicale allemande.

Dans les départements d'anthropologie d'Allemagne (même lorsque l'anthropologie médicale n'y est pas explicitement le thème central), on note un grand nombre de mémoires de maîtrise qui portent sur les thèmes de l'anthropologie médicale reliés à l'Allemagne. La plupart de ces mémoires reposent sur un travail de terrain initial pouvant aller jusqu'à six mois. Il est toutefois plus ou moins implicitement entendu que les recherches doctorales ou postdoctorales doivent être menées en dehors de l'Allemagne pour pouvoir être « véritablement dites anthropologiques ». Il reste à voir si la préférence pour les terrains non allemands continuera d'être une caractéristique propre à l'anthropologie médicale allemande dans l'avenir. Compte tenu de la qualité des études menées hors de l'Allemagne, un élargissement de la perspective sera des mieux accueillies.

CONCLUSION

Nombreuses sont les tendances diverses qui modèlent le champ de l'anthropologie médicale en Allemagne, ce qui nous amène à parler d'anthropolog*ies*, au pluriel. C'est pourquoi nous avons choisi de parler des racines historiques et présenté les dernières tendances, écoles de pensée et pratiques scientifiques. En partie en raison du faible taux d'institutionnalisation de ce sujet dans les universités allemandes, la majeure partie de la recherche est tout aussi destinée à un public d'anthropologues culturels généralistes qu'à un public d'anthropologues médicaux. Néanmoins, on remarque aussi une tendance croissante à se référer aux écoles de pensée théoriques et méthodologiques de l'anthropologie médicale anglo-américaine dans ces recherches. Tout comme ailleurs dans le monde, l'anthropologie médicale en Allemagne perd sa réputation de spécialité-créneau et devient un important point de référence même dans les discussions en anthropologie culturelle générale. Malgré le manque de continuité, on remarque un extraordinaire engagement des universitaires dans les groupes de travail, les associations et les sociétés professionnelles.

L'institutionnalisation universitaire est cruciale pour l'avenir de l'anthropologie médicale allemande. Bien que le système d'éducation supérieure allemand soit en train de subir des modifications profondes, de nouvelles possibilités de développement de l'anthropologie médicale peuvent voir le jour en Allemagne. À notre avis, l'anthropologie médicale allemande connaîtra une croissance importante au cours des 10 prochaines années. En affirmant que la médecine est « une science sociale, et que la politique n'est rien d'autre que de la médecine en grand », Rudolf Virchow (1848) a établi tout un programme de recherche destiné à l'anthropologie médicale, tant en Allemagne que dans le monde entier. Ce programme sera tout aussi important et plein de défis dans l'avenir qu'il l'était en ce temps-là.

Remerciement

Les auteurs aimeraient remercier Hansjörg Dilger, Karina Kielmann et Rolf Wirsing pour leurs commentaires détaillés concernant la première ébauche de cet article, ainsi que Thomas Hauschild pour ses réflexions sur le passé et le présent de ce domaine d'études. Comme toujours, les erreurs et les omissions sont l'entière responsabilité des auteurs.

Notes

1. « Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen ».
2. [http://www.agem-ethnomedizin.de], (dernière consultation, 20 avril 2004).
3. [http://www.medicalanthropology.de], (dernière consultation, 20 avril 2004).
4. Dans *Wirklichkeit gibt es gar keine Krankheiten, es gibt nur kranke Menschen.*
5. Cet acronyme, *IT*, a été plus tard adopté par Freud pour devenir *id.*
6. Pour une critique de ce modèle, voir Ots (1991).
7. Cette revue compte 7 volumes et 145 articles scientifiques traitant d'une multitude de thèmes ethnomédicaux et de sujets connexes, en anglais et en allemand.
8. Un répertoire détaillé sur les 20 ans de publication de *Curare* (1978-1997), contenant un index par sujets, auteurs et mots clés, fut publié en 1998 (vol. 21, n° 1), en allemand et en anglais. La série des sujets spéciaux de *Curare* comprend des numéros sur la naissance dans une perspective interculturelle (1/1983), le *Festschrift* consacré à George Devereux (2/1984), l'ethnobotanique (3/1985), la mort et l'agonie (4/1985), les guérisseurs traditionnels (5/1986), la douleur (6/1989), l'anthropologie de la médecine en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord (7/1991), la naissance (8/1995), les soins interculturels (10/1997), les femmes et la santé (11/1997), l'anthropologie médicale au Brésil (12/1997), le chamanisme (13/1998) et l'ethnothérapie (14/1998).
9. [http://www.lit-verlag.de/reihe/MIV], (dernière consultation, 20 avril 2004).
10. Les thèmes de ces réunions d'experts sont notamment « la médecine et la mondialisation », « les réflexions sur la relation entre la religion et la médecine », « les contributions de l'anthropologie médicale à d'autres champs de l'anthropologie sociale et culturelle », « la transgression des frontières entre l'anthropologie et la médecine », « les perspectives professionnelles en anthropologie médicale, en Allemagne » et, récemment, « les méthodes et les méthodologies de l'anthropologie médicale » [http://www.medicalanthropology.de/start.html], (dernière consultation, 20 avril 2004).
11. Les rencontres annuelles du groupe portent surtout sur des thèmes liés à la relation entre le corps humain et la société et ont fait l'objet d'une série de publications (Alsheimer 2000, 2001).
12. [http://www.sai.uni-heidelberg.de/abt/ETHNO/index.htm], (dernière consultation, 20 avril 2004).
13. Les thèmes de ce cours sont aussi divers que « les théories de l'anthropologie médicale », « l'ethnographie et le sida en Afrique », « les systèmes médicaux des Indiens », « le genre et la santé », ainsi que « la religion et la médecine ».
13. Les cours offerts portent notamment sur « la mort et l'agonie », « les perceptions du corps », « le sida » et « la biopolitique ».
14. [http://www.hs-zigr.de/~wirsing/], (dernière consultation, 20 avril 2004).

Références

ACKERKNECHT E., 1971, *Medicine and Ethnology: Selected Essays.* Baltimore, The John Hopkins Press.

ADAM Y. et M. STÜLB, 2001, «Zwischen Multikulturalismus und Individualität. «Culture shopping» von Hebammenschülerinnen und Migrantinnen in einem medizinethnologischen Unterrichtsprojekt»: 11-25, dans R. Alsheimer, (dir.), *Körperlichkeit und Kultur. Dokumentation des 4. Arbeitstreffens des «Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung».* Bremen, Universität Bremen.

ALSHEIMER, R. (dir.), 2000, *Körperlichkeit und Kultur. Dokumentation des 3. Arbeitstreffens des «Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung».* Bremen, Universität Bremen.

——, 2001, *Körperlichkeit und Kultur. Dokumentation des 4. Arbeitstreffens des «Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung».* Bremen, Universität Bremen.

APPADURAI A., 1990, «Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy», *Public Culture,* II, 2: 1-24.

BECK S., 2004, «Reflexible Körper. Anmerkungen zur Transformation von Gesundheitsverständnissen und Verwandtschaftsverhältnissen durch humangenetisches Wissen», dans R. W. Brednich, Annette Schneider, Ute Werner (Hg.): *Natur-Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt.* Münster 2001, S. 31-45.

BRUCHHAUSEN W. et V. ROELCKE, 2002, «Categorising, African Medicine'. The German Discourse on East African Healing Practices, 1885-1918»: 76-94, dans W. Ernst (dir.), *Plural Medicine.* Londres, Routledge.

BUSCHAN G., 1942, *Über Medizin, Zauber und Heilkunst im Leben der Völker.* Leipzig.

DELIUS M., 2003, «Befindlichkeit im Wochenbett – globaler Körper und sozialer Kontext»: 129-151, dans A. Wolf et V. Hörbst (dir.), *Medizin und Globalisierung: universelle Ansprüche – lokale Antworten.* Münster et London, Lit-Verlag.

DIESFELD H. J., 1974, «The Prospect of Utilization of Existing Traditional Health Care Systems as a Complement to the Delivery of Modern Primary Health Care»: 81-89, dans *Community Health and Health Motivation in South East Asia.* Proceedings of an international seminar organized by the German Foundation for International Development and the Institute of Tropical Hygiene and Public Health, South Asia Institute, University of Heidelberg. Wiesbaden, Steiner.

DILGER H., 2001a, «AIDS in Africa: Broadening the Perspectives on Research and Policy-Making», *Afrika Spectrum,* 36,1: 5-16.

——, 2001b, «Living positHIVely in Tanzania: The Global Dynamics of AIDS and the Meaning of Religion for International and Local AIDS Work», *Africa Spectrum,* 36, 1: 73-90.

——, 2003, « Sexuality, AIDS, and the Lures of Modernity : Reflexivity and Morality among Young People in Rural Tanzania », *Medical Anthropology*, 22,1 : 23-52.

DOSTAL W., 1994, « Silence in the Darkness : German Ethnology during the National Socialist Period », *Social Anthropology*, II, 3 : 251-262.

DROBEC E., 1955, « Zur Geschichte der Ethnomedizin », *Anthropos*, 50 : 950-957.

ECKS S., 2003, *Digesting Modernity : Body, Illness and Medicine in Kolkata (Calcutta)*. Thèse de doctorat, Dept. of Anthropology, London School of Economics, University of London.

——, 2004, « Bodily Sovereignty as Political Sovereignty : « Self Care » in Kolkata (India) », *Anthropology & Medicine*, XI, 1 : 75-89.

EISENBERG L., 1984, « Rudolf Ludwig Karl Virchow, Where are You Now That We Need You? », *The American Journal of Medicine*, 77, 3 : 524-532.

FRANK R. 2002, « Integrating Homeopathy and Biomedicine. Medical Practice and Knowledge Production Among German Homeopathic Physicians », *Sociology of Health & Illness*, 24 : 796-819.

FRANK R. et G. STOLLBERG, 2002, « Ayurveda Patients in Germany », *Anthropology & Medicine*, 9, 3 : 223-244.

GREIFELD K. (dir.), 2003, *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin, Reimer Verlag.

GRODDECK G., 1990, *Krankheit als Symbol. Schriften zur Psychosomatik*. Frankfurt, Fischer [org. 1893, re-published and commented by H. Siefert in 1966, Wiesbaden, Limes].

HADOLT B., 2003, « Jenseits lokaler Eindeutigkeit : Forschungsnotizen zu In-Vitro Fertilisation in Österreich » : 129-151, dans A. Wolf et V. Hörbst (dir.), *Medizin und Globalisierung : universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster et London, Lit-Verlag.

HAHN P., 1991, « The Medical Anthropology of Viktor von Weizsäcker in the Present Clinical Context in Heidelberg » : 23-35, dans B. Pfleiderer et G. Bibeau (dir.), *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*. Braunschweig, Vieweg.

HAUSCHILD T., 1976/77, « Zur Ideengeschichte der Ethnomedizin », *Ethnomedizin*, IV : 357-368.

HAUSER-SCHÄUBLIN B., V. KALITZKUS, I. PETERSEN et I. SCHRÖDER, 2001, *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt/New York, Campus.

HINDERLING P., 1981, *Kranksein in primitiven und traditionalen Kulturen*. Norderstedt, Verlag für Ethnologie.

HÖRBST V., 2002, *Heilungslandschaften. Umgangsweisen mit Erkrankung und Heilung bei den Cora in Jesus Maria, Mexiko*. Unpublished dissertation, University of Freiburg.

HÖRBST V. et A. WOLF, 2003, « Globalisierung der Heilkunde. Eine Einführung » : 3-30, dans A. Wolf et V. Hörbst, *Medizin und Globalisierung : universelle Ansprüche – lokale Antworten.* Münster et London, Lit-Verlag.

KALITZKUS V., 2003, *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie.* Frankfurt/NewYork, Campus.

KECK V., 2003, *Social Discord and Bodily Disorders : Healing among the Yupno of Papua New Guinea.* Durham, Carolina Academic Press.

KNECHT M., 1996, « Ethnologische Forschung in öffentlich umstrittenen Bereichen : Das Beispiel Abtreibungsdebatte und Lebensschutzbewegung in Deutschland » : 225-240, dans W. Kokot et D. Dracklé (dir), *Ethnologie Europas. Grenzen, Konflikte, Identitäten.* Berlin.

KNEUPER E., 2003, « Die, natürliche Geburt' – eine globale Errungenschaft? » : 107-109, dans A. Wolf et V. Hörbst (dir.), *Medizin und Globalisierung : universelle Ansprüche – lokale Antworten.* Münster et London, Lit-Verlag.

KNIPPER M., 2004, *Mal Aire und die medizinische Praxis der Naporuna. Eine medizinisch-ethnologische Feldstudie im Amazonastiefland von Equador.* Münster and London, Lit-Verlag.

KRICKAU O. ET ARBEITSKREIS FÜR INTERNATIONALE WISSENSCHAFTS-KOMMUNIKATION (dir.), 1999, *Studienführer. Guide to German-speaking Anthropology.* Göttingen, Association for Scientific Communication (Ethnologie im deutschsprachigen Raum Band 2).

LUDWIG B. et B. PFLEIDERER-BECKER, 1981, *Materialien zur Ethnomedizin.* Bensheim, Kèbel-Stiftung.

LUX T., 2003, « Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen : Ein ideengeschichtlicher Abriss » : 145-176, dans T. Lux (dir.), *Kulturelle Dimensionen der Medizin.* Berlin, Reimer.

MERZ B., 2002, « Bhakti and Shakti : Göttliche und menschliche *agency* im Kontext des Heilkults der Göttin Horati in Nepal ». Thèse de doctorat, Dept. of Anthropology, University of Heidelberg.

MONTAG D., 2001, *Gesundheit und Krankheit im Urumbu-Tal/ Peru.* Münster et London, Lit.

OBRECHT S., 2000, « Grenzgänge. Das "immunologische Selbst" und die ersten Herztransplantationen Ende der 1960er Jahre » : 57–75, dans R. Alsheimer (dir.), *Körperlichkeit und Kultur. Dokumentation des 3. Arbeitstreffens des « Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung ».* Bremen, Universität Bremen.

OFFE J., 2001, « Smart Guys Plan for the Future ! » Cultural Concepts of Time and the Prevention of AIDS in Africa », *Afrika Spectrum,* 36, 1 : 53-72.

OTTEN T., 2003, « People of the Hills : How Rona Deal with Social Change », dans M. Carrin (dir.), *People of the Jangal : Reformulating Identities and Adaptations in Crisis.* Kopenhagen, Curzon Press.

OTTEN T., 2004, *Healing Through Rituals : Concepts of Illness among the Rona of Highland Orissa.* Thèse de doctorat, à paraître à Manohar, Delhi.

OTS T., 1991, « Phenomenology of the Body: The Subject-Object Problem in Psychosomatic Medicine and the Role of Traditional Medical Systems Herein » : 43-58, dans B. Pfleider et G. Bibeau (dir.) *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives.* Braunschweig, Vieweg.

PFLEIDERER B. et G. BIBEAU (dir.), 1991, *Anthropologies of Medicine: A Colloquium on West European and North American Perspectives.* Wiesbaden, Vieweg.

PFLEIDERER B. et W. BICHMANN, 1985, *Krankheit und Kultur.* Berlin, Reimer.

RAKELMANN G., 2001, « "We sat there half the day asking questions, but they were unable to tell where AIDS comes from...". Local Interpretations of AIDS in Botswana », *Afrika Spectrum,* 36, 1 : 35-52.

RUDNITZKI G. (dir.), 1977, *Ethnomedizin : Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde.* Barmstedt, Kurth.

SAX W., 2002, *Dancing the Self - Personhood and Performance in the Pandav Lila of Garhwal.* New York, Oxford University Press.

SCHMIDT B., 2003, « El significado de la religión de la santería para migrantes del Caribe en Nueva York » : 95-112, dans Y. Matsuo (dir.), *Emigración Latinoamericana : Comperación Interregional entre América del Norte, Europa y Japon* (JCAS Symposium Series, 19). Osaka, Japan Center for Area Studies.

SCHÖMBUCHER-KÜSTERER E., 2004, *Wo Götter durch Menschen sprechen. Besessenheit in Indien.* Habilitationsschrift, Dept. of Anthropology, South Asia Institute, University of Heidelberg.

SCHRÖDER E., 1978, « Ethnomedicine and Medical Anthropology », *Reviews in Anthropology,* V, 4 : 473-485.

SCHULER J., 1998, « Editorial », *Curare,* 21, 1 : 4.

SICH P., H. J. DIESFELD, A. DEIGNER et M. HABERMANN (dir.), 1993, *Medizin und Kultur.* Frankfurt/Main, Peter Lang.

SOMMERFELD J., 1994, « Emerging Epidemic Diseases: Anthropological Perspectives », *Annals of the New York Academy of Sciences* 740 : 276-284.

——, 1998, « Medical Anthropology and Infectious Disease Control », *Tropical Medicine and International Health,* 3 : 993-995.

STERLY J., 1974, « Zur Wissenschaftstheorie der Ethnomedizin », *Anthropos,* 69 : 608-615.

——, 1997, *Simbu plant-lore: Plants Used by the People in the Central Highlands of New Guinea.* Berlin, Reimer.

——, (dir.), 1983, *Ethnomedizin und Medizingeschichte. Symposium vom 2. bis zum 4. Mai 1980 in Hamburg.* Berlin.

TROSTLE J. et J. SOMMERFELD, 1996, « Medical Anthropology and Epidemiology », *Annual Review of Anthropology,* 25 : 253-274.

TUSCHINKSY C., 1999, « Vom ewigen Anfang: Die Medizinethnologie in Deutschland » : 291-313, dans W. Kokot et D. Dracklé (dir.), *Festschrift für Hans Fischer.* Berlin, Reimer.

VIRCHOW R., 1848, « Der Armenarzt [The Poverty Physician] », *Die medicinische Reform*, 18 (3 November 1848) : 125-127.

WIRSING R., 1996a, « The Use of Conventional and Unconventional Medicine in the Treatment of Children's Diseases. The Role of Parents » : 229-254, dans P. Bush (dir.) *Children, Medicines and Cultures.* Binghampton, N. Y., Haworth Press.

——, 1996b, « Perceptions of German Children and Their Parents on Health, Illness and Medicine Use » : 123-147, dans D. Trakas et E. Sanz (dir.), *Childhood and Medicine Use in Cross-Cultural Perspective.* Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

WOLF A., 2001, « AIDS, Morality and Indigenous Concepts of Sexually Transmitted Diseases », *Afrika Spectrum*, 36, 1 : 97-107.

WOLF A. et V. HÖRBST (dir.), 2003, *Medizin und Globalisierung : universelle Ansprüche – lokale Antworten.* Hamburg, Lit-Verlag.

WÖRRLE B., 2002, *Heiler, Rituale und Patienten. Schamanismus in den Anden Ecuadors.* Berlin, Reimer.

YOUNG A., 1982, « The Anthropologies of Illness and Sickness », *The Annual Review of Anthropology*, 11 : 257-285.

CHAPITRE 10

Une fascination culturelle pour la médecine : l'anthropologie médicale aux Pays-Bas

Sjaak van der Geest

On dit que les Pays-Bas affichent le ratio d'anthropologues le plus élevé du monde. Cela pourrait bien être vrai. D'autant plus que cette affirmation semble concorder avec deux autres « records » reposant tout autant sur de simples impressions. À l'époque bénie des œuvres missionnaires, ce pays comptait un nombre incroyablement élevé de missionnaires chrétiens répartis aux quatre coins du monde, tout particulièrement en Afrique et en Indonésie, ancienne colonie hollandaise. Dans le sillage et à l'avant-garde des prêtres missionnaires se trouvaient de nombreux médecins et infirmières qui ont consacré une partie de leur vie – si ce n'est presque toute – à ce qu'on a plus tard appelé les pays en développement. Certains de ces « spécialistes médicaux du développement » étaient embauchés dans le cadre de contrats gouvernementaux, mais bon nombre d'entre eux étaient rattachés à une organisation de missionnaires. Les origines de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas sont liées de près aux activités des missionnaires et du personnel médical des pays en voie de développement.

La discussion la plus élaborée concernant le passé et l'existence de l'anthropologie médicale néerlandaise est attribuable – comme il fallait peut-être s'y attendre – à une étrangère : l'anthropologue italienne Diasio (1999, 2003), qui a étudié les traditions de l'anthropologie médicale de quatre sociétés européennes : la France, la Grande-Bretagne, l'Italie et les Pays-Bas. Selon ses écrits, les anthropologues néerlandais étaient plus que modestes, et se montraient même dissuasifs, quant à leurs propres mérites en matière d'anthropologie. Ils ne semblaient pas croire qu'ils avaient apporté une contribution importante à cette discipline et se considéraient plutôt comme le produit d'un métissage d'influences étrangères et interdisciplinaires. Je suis d'accord avec la thèse de cette auteure concernant la provenance mixte de l'anthropologie médicale néerlandaise, mais je ne me montrerai pas dissuasif quant à la contribution des Pays-Bas au développement de la sous-discipline dont nous discutons ici.

ORIGINES «ÉTRANGÈRES»

La première étude néerlandaise qui fit explicitement référence à l'«anthropologie médicale» parut en 1964. Il s'agissait d'un exposé écrit par un médecin, Vincent Van Amelsvoort, sur l'introduction des soins de santé «occidentaux» dans l'ancienne colonie néerlandaise de Nouvelle-Guinée (devenue une province précaire d'Indonésie). Ce n'est qu'un an plus tard que l'Écosse délimitait le champ de recherche et d'enseignement officiel de l'anthropologie médicale et instituait cette dernière comme une sous-discipline de l'anthropologie culturelle[1]. L'étude de Van Amelsvoort portait sur le choc de la rencontre de deux cultures (médicales) entièrement différentes (Van Amelsvoort 1964a). Au cours de cette même année, il publiait, dans une revue médicale néerlandaise, un bref commentaire (Van Amelsvoort 1964b) sur le nouveau champ de l'anthropologie médicale. Traitant des origines de cette nouvelle sous-discipline, Van Amelsvoort a surtout parlé des professionnels des sciences sociales et de la santé qui travaillaient au développement de la santé (comme il l'a fait lui-même) et qui ont analysé la relation entre la culture, la santé et les pratiques médicales. Il s'agissait, notamment d'Erasmus, de Wellin, de McDermott et de Carstairs. Van Amelsvoort écrivit que la médecine faisait partie intégrante de la culture:

> «La médecine forme un vaste ensemble de connaissances, de croyances, de techniques, de rôles, de normes, de valeurs, d'idéologies, d'attitudes, de coutumes, de rituels et de symboles qui s'imbriquent les uns aux autres, renforçant et soutenant ainsi ce système... Dans sa totalité, ce système agit pour résoudre un important problème universel présent dans toutes les sociétés: la maladie.»
>
> Van Amelsvoort 1964a: 13

Van Amelsvoort était «spécialiste de la médecine tropicale» et nourrissait un intérêt particulier pour la culture. Cet intérêt lui a été reconnu au cours de son travail à titre de médecin colonial en Nouvelle-Guinée. Plus tard, il devint professeur de «soins de santé dans les pays en développement» à la faculté de médecine de l'Université de Nijmegen[2]. Le contexte biographique de son travail en anthropologie médicale caractérise l'origine «étrangère» de cette discipline aux Pays-Bas. Cette origine «étrangère» fait référence tant au territoire géographique qu'au territoire professionnel de la discipline. C'est en effet bien loin de chez elle, sous les tropiques, que l'anthropologie médicale des Pays-Bas a pris naissance. De plus, ceux et celles qui lui ont donné naissance n'étaient pas des anthropologues mais bien des médecins.

Initiatives médicales

Je vois deux raisons principales pour lesquelles ce sont les médecins et non les anthropologues qui se sont intéressés les premiers au lien qui existe entre la culture et la médecine. Le caractère social et culturel des problèmes de santé se manifeste de manière plus évidente dans la pratique médicale que dans le travail de recherche anthropologique. Les tentatives des médecins tropicaux visant à améliorer les conditions de santé se sont heurtées à des « barrières culturelles » qui les ont forcés à réfléchir à la nature même de ces dernières ainsi qu'à leur propre mission. Quelle que soit l'opinion qu'ils se sont formée quant aux conséquences pratiques de ces barrières culturelles, bon nombre de ces médecins se sont à tout le moins rendu compte qu'il était crucial d'en savoir plus à leur sujet. Il fallait mieux connaître les cultures locales, et en particulier les cultures médicales.

Cet éveil de l'intérêt culturel chez les médecins tropicaux néerlandais transparaît dans les travaux des premiers médecins ayant œuvré dans la colonie néerlandaise des Indes. J. P. Kleiweg de Zwaan (1910) publia une étude sur la médecine indigène du peuple Menangkabau dans la partie nord de Sumatra. J. M. Elshout (1923) fit de même au sujet du peuple Dayak à Bornéo, et J. A. Verdoorn (1941) rédigea, entre autres, une étude sur les sages-femmes traditionnelles autochtones au sein des divers groupes ethniques de cette même colonie. Autre précurseur colonial de l'anthropologie médicale, F. D. E. Van Ossenbruggen, avocat ayant étudié les aspects généraux des cultures indonésiennes locales, s'intéressait particulièrement à la manière dont la maladie et la santé s'imbriquaient dans la culture générale. Il réalisa, notamment, une étude comparative des rituels destinés à combattre la variole parmi les différentes populations (Van Ossenbruggen 1916; voir aussi Diasio 2003; Niehof 2003). En 1964, l'exposé de Van Amelsvoort suivait la tradition des médecins coloniaux, et il en allait de même de l'étude de G. Jansen (1973) sur la relation médecin-patient en territoire bomvana (*Bomvanaland*), en Afrique du Sud. Jansen avait pratiqué la médecine pendant neuf ans à titre de missionnaire auprès de la tribu Bomvana. C'est autour de cette période, soit les années 1970, que les anthropologues néerlandais commencèrent à s'intéresser à l'aspect culturel de la santé et de la médecine et prirent la relève de leurs collègues médecins pour s'occuper d'anthropologie médicale.

L'objectif médical (appliqué) de l'anthropologie médicale a toutefois solidement persisté même après l'arrivée des anthropologues dans ce domaine. Bon nombre des premiers anthropologues médicaux des Pays-Bas collaborèrent de près à des projets médicaux ou furent embauchés dans le cadre de ceux-ci. L'anthropologue Douwe Jongmans, par exemple, quitta l'Université d'Amsterdam pour se joindre à la section de la santé du Royal

Tropical Institute et y mener des recherches auprès des immigrants nord-africains. Sa principale contribution porte sur les perceptions et les pratiques culturelles en matière de fertilité et de limitation des naissances (Jongmans 1974, 1977)[3]. Dans une certaine mesure, plusieurs autres anthropologues continuèrent à pratiquer l'« anthropologie *dans le cadre de* la médecine » à l'étranger, mais de plus en plus fréquemment aussi aux Pays-Bas, auprès des immigrants (Van Dijk 1981, 1987).

L'« omission » des anthropologues à saisir l'occasion offerte par les débuts de l'anthropologie médicale pourrait, en deuxième lieu, s'expliquer par leur lassitude à l'égard de la prévalence de l'anthropologie appliquée, au cours la période postcoloniale. Dans les années 1950 et 1960, la majeure partie des anthropologues cherchaient à respecter – autant que possible – le principe de non-intervention. Les « véritables » anthropologues ne devaient pas, croyait-on, se salir les mains en participant à quelque projet de développement que ce soit, que celui-ci ait été mis sur pied par le gouvernement ou par des missionnaires. Les problèmes de maladie et de décès devaient avant tout être étudiés en tant qu'objet de lutte sociale et de cérémonies religieuses. La maladie et la mort, en tant que telles, ne les intéressaient pas. Ce n'est qu'au moment où ces problèmes surgirent dans leur environnement immédiat, les touchant ainsi personnellement, que les anthropologues y réagirent plus activement. Bon nombre d'entre eux, par exemple, se mirent à distribuer des médicaments à « leur famille » et à leurs voisins et à les aider de toutes sortes d'autres manières. Certains étaient même réputés tenir un « rôle de médecin » et allaient jusqu'à afficher des « heures de visite ». Ces activités demeurèrent toutefois entièrement distinctes de leur travail scientifique et ne les menèrent pas vers une réflexion anthropologique à ce sujet. Il s'agissait d'activités non seulement qui ne cadraient pas avec la portée de leurs recherches, mais qui entraient aussi en conflit avec les « règles » du travail de terrain de tout anthropologue convenable: la non-intervention et l'*observation* participante (l'accent étant mis sur le premier terme de ce dernier syntagme).

C'est « classique », l'anthropologie a toujours été allergique à la biologie, et cette situation a probablement accru la réticence des anthropologues à prendre part aux affaires médicales. Ce n'est qu'au cours des années 1970 que les anthropologues « découvrirent » le corps et la biologie en tant que phénomènes culturels et qu'ils s'intéressèrent aux questions médicales. C'est à cette époque que remonte la reconnaissance de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas – tout comme dans bien d'autres pays –, ainsi que son entrée au sein de l'anthropologie sociale et culturelle en tant que domaine d'étude prisé[4].

Xénophilie

L'aspect géographique est un autre élément qui conféra, au cours des premières années, un statut d'étrangère à l'anthropologie médicale aux Pays-Bas. La recherche reconnue comme appartenant au champ de l'anthropologie médicale avait toujours été menée au loin, en territoire étranger, ce qui n'est pas étonnant puisque, à cette époque, l'anthropologie était considérée comme l'étude des « autres cultures », comme le confirme Beattie (1964) dans le titre de son manuel d'anthropologie. Si l'on exagère un peu, on peut dire que ce n'est pas tant le sujet d'une étude, mais bien le lieu où elle se déroule, qui lui confère son caractère « anthropologique ». Les études sur les aspects social et culturel de la santé, du corps, de l'esprit, de l'émotion et du bien-être, qui seraient de nos jours considérées comme typiquement anthropologiques, mais qui se déroulaient à l'époque au sein même de la société néerlandaise, furent automatiquement exclues de la littérature anthropologique (pour être plus précis : il n'aurait jamais été envisagé de les inclure ou d'y faire référence ; elles n'étaient même pas mentionnées). Inversement, le travail réalisé sous le soleil des tropiques était englobé dans le champ de l'anthropologie, ou était considéré comme pertinent sur le plan anthropologique, même s'il se trouvait plutôt éloigné des volets théorique et méthodologique de l'anthropologie.

J'illustrerai mon point de vue à l'aide de deux exemples[5]. Les études avant-gardistes du médecin, biologiste, psychologue et philosophe F. J. J. Buytendijk (1887-1974) ne sont presque jamais citées dans les publications des premiers anthropologues médicaux néerlandais. La principale préoccupation de Buytendijk peut être décrite comme une tentative cohérente de dépasser la dichotomie corps-esprit, un thème qui, environ 30 ans plus tard, a inspiré l'une des publications les plus influentes de l'anthropologie médicale (Scheper-Hughes et Lock 1987). À partir de données tirées de la physiologie et de l'éthologie, Buytendijk tentait de défendre aux yeux d'un groupe de praticiens des sciences exactes les idées du philosophe français Merleau-Ponty (1908-1961) concernant le corps-objet. Il plaida en faveur d'une « physiologie anthropologique », soit une physiologie qui – comme le suggérait Merleau-Ponty – réagissait de manière significative aux expériences humaines. Il appliqua cette vision aux réactions corporelles telles que le sommeil, l'état de veille, la douleur, la soif, le rougissement, la transpiration et l'évanouissement. Buytendijk se sentait affilié de près au groupe de Heidelberg, en Allemagne, où Viktor von Weizsäcker, Herbert Plügge, Thure Van Uexküll et d'autres travaillaient à défendre leur conception non dualiste de la médecine[6]. Buytendijk, dont le travail a été traduit en anglais, démontre la présence de subjectivité et de réactions très significatives dans les processus physiologiques. Le corps est un produit culturel et

le dysfonctionnement corporel est lui aussi un acte significatif et culturel: une manière d'être humain (Buytendijk 1974). Comme je l'ai déjà dit, les publications de Buytendijk n'étaient pas pertinentes aux yeux des anthropologues culturels. En fait, on s'ignorait mutuellement. Buytendijk quant à lui tirait son inspiration et ses données de la biologie et de la psychologie des humains et des animaux, mais il n'a jamais fait référence aux études portant sur d'autres cultures. On peut mettre en doute le fait qu'il ait lu des travaux anthropologiques, une omission qui, rétrospectivement, est étonnante.

Une histoire semblable pourrait être racontée au sujet du psychiatre néerlandais Van den Berg. Hors des Pays-Bas, Van den Berg est surtout connu pour avoir publié un bref traité sur la psychologie des malades alités, qui a été traduit dans de nombreuses langues. Dans son propre pays, il a considérablement attiré l'attention grâce à son livre intitulé *Metabletica* (1956), une étude sur les changements sociétaux dans une perspective historique. Quelques années plus tard, il a publié sa monumentale étude du corps humain dans une perspective « metabletique » (Van den Berg 1959, 1961). Sa thèse principale consiste à dire que le corps humain s'est modifié avec les époques (son étude remonte jusqu'au XIII^{e} siècle). Il soutenait non seulement que la *signification* du corps se modifiait continuellement mais aussi que le corps lui-même se modifiait « dans sa matérialité ». Le style de raisonnement de Van den Berg ne s'inscrit dans aucune discipline conventionnelle et la meilleure façon de le décrire serait de le qualifier de postmoderniste « avant la lettre ». Son argumentation passe par des associations imprévisibles, à partir des peintures de Brueghel, Rubens et Picasso, jusqu'à la vision mystique, en passant par un livre de dévotions, une étude scientifique sur le cœur, un article de journal sur un sauvetage lors d'une noyade, une collection de paroles de chansons, une photographie prise aux rayons X et un édifice conçu par Le Corbusier. Le corps, écrit Van den Berg, reflète les idées et les politiques de son époque. Un point de vue qui, encore une fois, fait couler beaucoup d'encre chez les anthropologues d'aujourd'hui, mais qui est passé inaperçu en ce temps-là. Inversement, on peut souligner que Van den Berg, à l'instar de Buytendijk, n'a manifesté aucun intérêt pour les descriptions du corps humain au sein d'autres cultures faites par les anthropologues. La xénophilie des anthropologues n'a d'égale que la « xénophobie » des autres disciplines dont l'objet d'étude était le corps, la culture et la société[7].

J'ai souligné les origines divergentes de l'anthropologie médicale néerlandaise. Le mélange d'identité historique et culturelle de cette discipline est le résultat d'une singulière interaction entre l'inclusion et l'exclusion des influences externes. Dans un langage hygiénique, quasi médical, Diasio (1999) parle de « science impure », un choix d'adjectif intentionnellement malheureux, puisque aucun phénomène culturel ne peut demeurer « pur ». Poursuivant sa métaphore médicale, la « pureté » implique

bien sûr la stérilité. On pourrait aussi proposer la métaphore anthropologique de l'exogamie pour décrire les caprices de l'anthropologie médicale néerlandaise en matière de géographie et de disciplines[8].

QUESTIONS ACTUELLES

Décrire la situation actuelle de l'« anthropologie médicale » aux Pays-Bas n'est pas très différent que de parler d'une société multiculturelle. Les gens changent d'identité au gré des circonstances et de leurs intérêts. Les sociologues et les psychologues peuvent décider de se donner le titre d'anthropologue (médical) si cela peut les avantager dans leur travail ou leur milieu universitaire. Inversement, les anthropologues peuvent adopter un autre titre pour la même raison. De plus en plus de gens formés dans une profession (para)médicale décident d'étudier l'anthropologie médicale afin de revenir par la suite à leur profession initiale, sans révéler leur statut d'anthropologue. J'estime qu'en ce moment une cinquantaine d'anthropologues médicaux travaillent dans différents domaines des soins de santé, du travail social et des politiques de santé sans être identifiés comme tels. En lisant la suite de cet article, il faut garder à l'esprit ce caractère fluide de l'« anthropologie médicale ».

Chaires d'anthropologie médicale

De nos jours, l'anthropologie médicale est une discipline universitaire bien établie aux Pays-Bas. Elle est enseignée dans différentes universités, mais le noyau de l'enseignement et de la recherche dans ce domaine est sans l'ombre d'un doute l'unité d'anthropologie médicale de l'Université d'Amsterdam. Au cours des 10 dernières années, 5 professeurs ont été nommés titulaires de chaire en anthropologie médicale ou dans des domaines qui y sont liés de près.

En 1990, Pieter Streefland est nommé professeur en sociologie appliquée au développement, dans le domaine précis de la santé. En 1994, l'Université d'Amsterdam établit pour la première fois une « véritable » chaire d'anthropologie médicale aux Pays-Bas, et Van der Geest en est le titulaire (Van der Geest 1995a). En 1995, Corlien Varkevisser est nommé professeur de recherche interdisciplinaire en santé et développement[9] et, en 2000, Stuart Blume, professeur en dynamique des sciences et de la technologie, se joint à l'unité d'anthropologie médicale. En 2002, Anita Hardon est nommée professeure d'anthropologie des soins et de la santé.

À l'Université de Leiden, Annemiek Richters occupe la chaire d'études sur la culture, la santé et la maladie de la faculté de médecine. Elle est diplômée en médecine, en anthropologie, en sociologie et en philosophie, et elle s'est spécialisée dans les questions de genre, de traumatismes et de droits de la personne. À l'Université libre d'Amsterdam, Ivan Wolffers occupe un poste de professeur en culture et en soins de santé à la faculté de médecine, et Joop de Jong est professeur de psychiatrie transculturelle à cette même faculté. À Utrecht, David Ingleby est professeur de psychologie interculturelle. À l'Université de Nijmegen, Frank Kortmann, est professeur de psychiatrie transculturelle (son adage favori étant: «toute la psychiatrie est transculturelle»).

Enseignement[10]

Depuis 1978, l'Université d'Amsterdam offre un cours d'introduction à l'anthropologie médicale destiné à la fois aux étudiants d'anthropologie et à ceux d'autres disciplines. Ce cours était donné à l'origine par Klaas van der Veen et Sjaak van der Geest. Plus tard, d'autres se sont joints à eux: Anita Hardon, Anja Krumeich, Cor Jonker, Els van Dongen, Ria Reis, Maud Radstake, Marian Tankink et Diana Gibson. Avec les années, d'autres cours se sont également ajoutés à celui-ci, tels que santé et développement (Corlien Varkevisser, Trudie Gerrits, Winny Koster), anthropologie et psychiatrie (Els van Dongen, Han ten Brummelhuis), genre et santé génésique (Anita Hardon, Jeanet van de Korput, Trudie Gerrits, Lia Sciortina), médecine et dynamique des sciences (Stuart Blume, Anja Hiddinga, Olga Amsterdamska), anthropologie du vieillissement (Sjaak van der Geest, Els van Dongen), anthropologie des maladies infectieuses (Pieter Streefland), anthropologie et épidémiologie (Anita Hardon et Walter Devillé), l'anthropologie et les enfants (Ria Reis, Anita Hardon) ainsi que trois cours sur les aspects régionaux de l'ethnographie de la santé et des soins de santé: Afrique (Sjaak van der Geest, Ria Reis), Asie (Han ten Brummelhuis, Pieter Streefland, Leontine Visser, Maarten Bode) et Europe (Els van Dongen).

En 1997, l'unité d'Amsterdam a mis sur pied un programme international de maîtrise en anthropologie médicale, l'«AMMA»[11], qui attire chaque année de 15 à 20 étudiants provenant des quatre coins du monde. Depuis 2003, cette unité offre (en néerlandais) le programme de maîtrise en anthropologie médicale et en sociologie.

Des cours en anthropologie médicale (ou liés de près à ce sujet) se donnent dans trois universités, outre celle d'Amsterdam. L'Université libre d'Amsterdam offre deux cours aux étudiants de médecine: «culture et

santé» ainsi que «santé et développement»[12] et Anja Krumeich, de l'Université de Maastricht, enseigne l'introduction à l'anthropologie médicale[13]. Plusieurs cours sont offerts à l'Université de Leiden. L'un d'eux s'intitule «Sociologie médicale des pays en développement». Ce cours a débuté en 1971 et le premier à l'avoir organisé était Willem Buschkens[14], dont l'une des préoccupations était de combler le fossé entre les professeurs de médecine et les sociologues ou anthropologues en matière de développement de la santé. Après le décès de Buschkens, c'est Hans Speckman[15] et Jan Slikkerveer qui ont pris la relève. D'autres cours de l'Université de Leiden sont de la responsabilité d'Annemiek Richters. Ils sont donnés à l'école de médecine et portent sur la santé et les droits de la personne ainsi que la médecine multiculturelle[16]. À l'Université d'Utrecht, David Ingleby organise des cours dans le domaine de la psychologie culturelle et interculturelle[17].

Recherche[18]

Il n'est pas possible de rendre justice à toutes les activités de recherche en anthropologie médicale menées aux Pays-Bas, et je présente à l'avance mes excuses pour les nombreuses omissions que je commettrai dans le cadre du présent exposé. La majeure partie de la recherche pouvant être classée dans le champ de l'«anthropologie médicale» a été menée par le groupe de recherche de l'Université d'Amsterdam. On estime qu'au cours des 25 dernières années, 20 thèses de doctorat et une centaine de mémoires de maîtrise ont été déposés par des membres de l'unité d'Amsterdam ou sous la direction de ceux-ci. Combinés aux autres projets de recherche, ces documents couvrent une gamme inimaginable de sujets, dont nous pouvons dégager six thèmes principaux.

Le premier traite des perceptions et des pratiques concernant la santé et la maladie. Ce thème, selon lequel la santé et la maladie, ainsi que les réactions à leur endroit, sont des phénomènes sociaux imbriqués dans les conventions culturelles, a constitué l'élément déclencheur d'une vaste gamme d'explorations en anthropologie médicale. Cette perspective sur la santé et la maladie a inspiré bien des recherches sur les variations culturelles dans la conception et le traitement de certaines maladies, telles que la malaria, la tuberculose, le VIH-sida, les troubles nutritionnels et les maladies chroniques, comme l'épilepsie et le diabète. D'autres projets portent sur les traditions thérapeutiques ainsi que les concepts d'hygiène et de prévention[19].

Le deuxième thème traite des connaissances et de la technologie médicales, notamment les produits pharmaceutiques et l'immunisation. Pendant plus de 20 ans, l'unité d'Amsterdam a joué un rôle de pionnier en

matière d'étude anthropologique des produits pharmaceutiques. L'autre facette de la technologie médicale ayant été étudiée est le contexte social, culturel et historique de l'immunisation. Cette recherche, fondée sur une approche comparative, a été menée dans sept pays différents. Plus récemment, l'histoire de la production de la science et de la technologie médicales a été ajoutée au programme de recherche de cette unité[20].

Un troisième thème porte sur le genre, la santé génésique et les politiques démographiques. La recherche liée à ce thème vise à mieux comprendre comment les hommes et les femmes régissent leur fertilité et comment ils perçoivent leur santé en matière de reproduction. Grâce à ces projets, les chercheurs contribuent à améliorer l'acceptabilité culturelle des interventions axées sur le genre en matière de santé génésique. Une attention particulière est accordée à l'influence des politiques démographiques sur la qualité des services de planification des naissances. Bien qu'on ait beaucoup écrit au sujet de la violation des droits des femmes liés à la procréation dans les pays en voie de développement, aucune recherche n'a, jusqu'à maintenant, porté directement sur la manière dont les femmes et les hommes pourraient eux-mêmes prendre la parole à ce sujet. Une recherche, menée dans sept pays, traite de l'élaboration et du fonctionnement des programmes de planification de naissances ainsi que des progrès réalisés en matière de technologies de régulation de la fertilité[21].

Un quatrième thème couvre la maladie chronique et le vieillissement, notamment les soins de longue durée et le « travail sans fin » des personnes souffrantes. L'étude anthropologique et sociologique des maladies chroniques, de la vie des personnes âgées et de l'organisation des soins de longue durée reflète à la fois les tendances changeantes en matière de morbidité et de mortalité ainsi que la préoccupation actuelle quant aux politiques de soins de santé en général. Les soins aux personnes âgées atteintes de maladie chronique, qui sont souvent offerts à domicile, exigent un effort et un investissement financier de plus en plus grand. L'unité d'Amsterdam explore les variantes sociales et culturelles de ce type de soins mais se concentre aussi sur la manière dont les personnes âgées, atteintes de maladie chronique et handicapées, « prennent soin » d'elles-mêmes et se mêlent à la vie publique. L'« aspect public » de la vie de ces personnes constitue un autre thème de recherche. Cette recherche vise à formuler des suggestions quant à des politiques adéquates à cet égard[22].

En cinquième lieu, l'unité effectue de la recherche en santé mentale. Le fardeau des problèmes de santé mentale est susceptible de s'alourdir au cours des temps à venir, ce qui fera obstacle au développement mondial et à l'émancipation humaine. Les questions importantes de ce champ de recherche sont la migration et la santé mentale, la violence et le traumatisme, la « tendance à la morosité » de la société, l'abus d'alcool ou de drogues,

l'oppression, la pauvreté, la formation de l'identité et la mémoire sociale. L'anthropologie médicale explore les variantes sociales et culturelles ayant trait à la santé mentale et tente de formuler des suggestions sur les mesures à prendre. Elle contribue aussi à l'élaboration de théories pouvant permettre la comparaison interculturelle[23].

Finalement, l'unité se concentre sur les politiques et la gestion des soins de santé. Les soins de santé communautaires retiennent une attention spéciale, puisqu'il s'agit d'une tentative cohérente de remettre les soins dans les mains de ceux qui sont le plus concernés. La perspective profane se situant au cœur des intérêts de l'anthropologie, il est tout à fait logique que cette dernière s'intéresse à la manière dont les soins de santé fonctionnent à l'échelle communautaire et aux autres paliers de l'organisation sociomédicale. Une attention toute particulière est accordée à la réaction du profane aux pressions exercées par le changement structurel. Les conséquences sociales des politiques de réforme des soins de santé, par exemple le partage des coûts, sont aussi au cœur de ces intérêts[24].

Outre ces thèmes, c'est probablement à l'anthropologie des produits médicinaux qu'on a accordé le plus d'attention à l'échelle internationale. En 1991, l'unité d'Amsterdam organisait une conférence internationale à ce sujet en collaboration avec l'Université de Copenhague. De plus, cette unité a publié plusieurs ouvrages et articles qui sont à l'origine de nouvelles tendances en « anthropologie pharmaceutique » (Van der Geest et Whyte 1988 ; Hardon 1989 ; Etkin et Tan 1994 ; Van der Geest *et al.* 1996 ; Senah 1997 ; Tan 1999 ; Whyte *et al.* 2002). Les autres thèmes de recherche auxquels l'unité d'Amsterdam a apporté une contribution substantielle sont l'immunisation (Blume et Geesink 2000 ; Streefland 2001 ; Streefland *et al.* 1999) et la santé génésique (Hardon 1998 ; Hardon et Hayes 1997).

La position de chef de file de l'unité d'Amsterdam en matière de recherche se reflète aussi dans d'autres activités. En effet, cette unité dirige la publication de la revue néerlandaise et anglaise *Medische Antropologie* et de trois collections : *Health, Culture and Society*, *Current Reproductive Health Matters* et *Community Drug Use Studies*.

Les activités de recherche d'Annemiek Richters et de ses collègues à l'Université de Leiden portent sur divers thèmes, notamment, la violence qui s'exerce en fonction du genre, le trauma, la santé et la guérison, la qualité des soins liés à la fonction reproductive prodigués aux femmes migrantes aux Pays-Bas, la médecine traditionnelle et les politiques en matière corporelle s'appliquant aux femmes dans le contexte de la mondialisation, la santé et les droits de la personne, ainsi que le VIH-sida selon une perspective culturelle. Le principal centre d'intérêt de la recherche est l'effet de la mondialisation sur l'identité des genres, et la violence qui s'exerce en fonction du genre (Richters 1998, 2001 ; Hof et Richters 1999). À cette

même université, Jan Slikkerveer a pendant de longues années travaillé sur les systèmes de connaissances locales, notamment les connaissances médicales (Slikkerveer 1993; Warren *et al.* 1995).

À la faculté de médecine de l'Université libre d'Amsterdam, Ivan Wolffers dirige un projet de recherche sur le sida et la migration dans quelques pays d'Asie. Ce programme comprend plusieurs projets de recherche centrés sur la compréhension des facteurs qui créent la vulnérabilité chez les migrants. Cette recherche vise le renforcement des moyens d'action et se concentre sur les interventions et les outils de défense des intérêts (Wolffers *et al.* 2002). La recherche menée sur les dangers pour la santé qu'entraîne le travail sexuel pratiqué dans plusieurs pays d'Asie est un dérivé de ce projet. À cette même université, Joop de Jong participe à la recherche sur la violence de la guerre et la santé mentale en Afrique, en Asie et en Europe. En outre, les travaux de recherche d'Arko Oderwald portent sur les aspects philosophique et éthique de la santé et des soins de santé. Oderwald a beaucoup publié sur les questions de santé et de maladie présentes dans l'imaginaire littéraire et les documents traitant du moi (Oderwald 1994, 2001).

À l'Université de Maastricht, Bernike Pasveer et ses collègues dirigent un projet de recherche sur le « corps médiatisé » (*The Mediated Body*). Mobilisant différents angles de vue, soit la médicine, les arts et la philosophie, à la fois sous l'aspect historique et contemporain, l'étude repose sur l'hypothèse de recherche selon laquelle la connaissance médicale du corps humain ainsi que l'expérience subjective du corps sont des phénomènes influencés par les procédures et instruments de médiation servant à étudier et à représenter le corps. Au lieu de supposer que les instruments médicaux de visualisation sont des fenêtres transparentes ouvertes sur un corps donné, l'hypothèse consiste à dire que ce qui est connu du corps, de même que l'expérience que les gens ont de leur propre corps, est médiatisé par les nombreux instruments de production et de représentation de la connaissance ou en sont le résultat.

Un peu dans la même veine, Annemarie Mol, philosophe médicale à l'Université de Twente, étudie les contingences sociales et culturelles de la science et des pratiques biomédicales. Ses publications portent sur le genre, le corps, la technologie et la littérature. Pour l'un de ses ouvrages (Mol 2002), la recherche ethnographique s'est déroulée dans un hôpital néerlandais.

À l'Université de Nijmegen, Fenneke Reysoo participe à une recherche sur les processus sociaux de la sexualité et des choix en matière de reproduction. L'accent est mis sur les déterminants socio-économiques (situation matrimoniale, structure familiale, conditions de logement, division rurale-urbaine, religion, sécularisation, exposition aux médias de masse et pouvoir d'achat), ainsi que sur les systèmes de sens relatifs au genre, à

l'amour, à l'honneur et à la honte, au mariage, à la réputation, au pouvoir et à la propriété. Une partie de cette recherche se fonde sur la documentation ethnographique de divers pays, et une autre partie sur une collecte de données se déroulant actuellement au Maroc.

Questions administratives

Les projets de recherche dirigés par les universités néerlandaises se rattachent habituellement aux grandes écoles, pour permettre aux nouveaux chercheurs et aux chercheurs chevronnés d'y participer, notamment les candidats au Ph. D. La majeure partie de cette recherche est financée par les universités, par les ministères néerlandais et par des commanditaires tels que l'OMS, l'Union européenne, les fonds commerciaux et les ONG. Les écoles de recherche sont évaluées par des commissions externes.

La plupart des recherches mentionnées dans le présent exposé sont rattachées à l'Amsterdam School of Social Science Research (ASSR), à la Research School for Resource Studies for Development (CERES) et à la Netherlands Graduate School of Science, Technology and Modern Culture (WTMC).

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET ÉTHIQUES

La diversité des thèmes de recherche en anthropologie médicale néerlandaise n'a d'égale que celle des concepts et des perspectives théoriques. Par un certain «tour de force», nous pouvons toutefois discerner quelques thèmes plus ou moins situés au cœur des discussions théoriques. Six concepts théoriques méritent une mention spéciale: le potentiel symbolique du phénomène médical; le pouvoir lié à la pensée, à la technologie et aux actes médicaux; la mondialisation et la localisation des connaissances et des pratiques médicales; la relation entre la biologie et la culture; la représentation des patients et l'applicabilité de la recherche. Ces concepts et perspectives recoupent les thèmes déjà présentés. Les considérations éthiques sont enchevêtrées dans tous ces concepts mais plus particulièrement dans les deux derniers.

Les symboles et l'expérience sociale de la santé et de la maladie

Les symboles sont la « substance » de la pensée et de l'action humaines. La culture est de plus en plus considérée comme un univers de symboles communs. Grâce aux symboles, les gens communiquent leur vécu en matière de relations sociales et d'expériences culturelles. Si la maladie et la santé sont au centre de la culture et de la société, il n'est pas étonnant que la sphère de la maladie et du bien-être, tout comme celle de la chance et de la malchance, soit celle qui fournisse le plus grand nombre de métaphores et de métonymies utilisées pour ordonner l'existence et lui conférer un sens ainsi que pour communiquer avec autrui. Dans ce réseau, le corps occupe la place centrale à titre d'expérience primaire. Ainsi, le corps malade devient le « topo » de la vulnérabilité dans un environnement hostile ou indifférent, le corps affligé par la maladie chronique représente le malaise chronique de la société et le corps vieillissant devient une métaphore d'un monde ayant perdu tout attrait. L'épidémie mondiale de sida est peut-être l'exemple le plus déroutant du symbolisme de la destructivité.

Le corps sain tout comme le corps malade ou handicapé est le point de référence intime à partir duquel, et par lequel, les gens explorent le monde. L'immédiateté de l'expérience corporelle infuse des symboles corporels d'une force rhétorique toute particulière. Ces symboles permettent aux gens de supposer que certaines contingences « vont de soi », et de concrétiser des expériences restées jusque-là diffuses. La médicalisation et la somatisation ne font pas simplement partie intégrante des pratiques médicales professionnelles, elles sont aussi les éléments constitutifs de la vie quotidienne des citoyens ordinaires.

L'approche anthropologique de la maladie et de la santé jette un éclairage sur la manière dont les gens produisent la culture et la société et sur le fait qu'en retour ils sont eux-mêmes les « produits » des processus sociaux et culturels. Les phénomènes médicaux, en ce qu'ils sont porteurs de connotations (« idée plutôt valorisée »), constituent une sphère d'étude cruciale pour les anthropologues néerlandais.

Hégémonie médicale : acceptation et résistance

Si les phénomènes médicaux occupent une place aussi centrale dans la production de symboles et dans le maintien des relations sociales, alors il est compréhensible qu'ils se prêtent aussi facilement à l'exercice du pouvoir. Les discours médicaux contribuent à la construction d'autrui en tant qu'être nécessitant aide et encadrement, et les services médicaux sont les

moyens politiques par lesquels cet encadrement se concrétise. Introduisant le concept de « biopouvoir » (le pouvoir de guérir au lieu du pouvoir de tuer), Foucault a figuré au nombre de ceux qui ont attiré l'attention sur la dimension politique du phénomène médical. Certains anthropologues néerlandais appliquent à cette dimension de la médecine un autre concept, soit celui de la « naturalisation ». Dans la pratique médicale, le social est déclaré « nature », et il est présenté comme allant de soi.

Non seulement la connaissance médicale et les soins de santé sont les produits d'une autorité d'État qui prend soin de ses citoyens, mais elle confère aussi à cet État le droit d'exister et facilite l'exercice du pouvoir politique. La médecine tropicale, par exemple, a apporté une contribution essentielle à l'instauration des régimes coloniaux et a servi à les légitimer. La santé publique joue le même rôle dans la société néerlandaise. Inversement, toute défaillance dans la prestation des soins de santé place les gouvernements en grand danger politique.

Le pouvoir et la vie politique sont aussi liés de bien d'autres manières au « secteur médical ». La recherche épidémiologique montre que les inégalités sociales et économiques sont les meilleurs facteurs de prédiction de la santé et de l'accès aux soins de santé. La pauvreté, au sens économique, signifie habituellement un manque de maîtrise sur son propre corps et sur sa santé. La professionnalisation des soins de santé et la monopolisation de la maîtrise sur la technologie médicale sont des exemples d'enchevêtrement du pouvoir et du médical.

En dernière analyse, la recherche sur la configuration des soins et du pouvoir psychiatriques montre que la culture est non seulement une force obligatoire mais aussi un système manipulateur qui marginalise, ostracise, stigmatise et punit. La marginalisation des personnes âgées dans la société démontre à quel point les « faiblesses » sociales et physiques sont liées de près.

Mondialisation et localisation des ententes sur les soins de santé

La force du symbolisme médical s'exprime vigoureusement dans les processus de mondialisation et de localisation, c'est-à-dire dans la diffusion de la médecine bioscientifique et les réinterprétations, ou résistances locales, à l'égard de cet empiètement. Ce développement mondial est étudié de près dans le cadre de la recherche sur les campagnes de vaccination et sur la distribution, l'utilisation et la perception des produits pharmaceutiques, notamment les contraceptifs. Les processus mondiaux d'expansion et d'adaptation sont aussi illustrés par la recherche sur l'histoire sociale de la production des connaissances et de la technologie médicales.

Dans le contexte d'une politique internationale visant à réduire la croissance de la population, les contraceptifs sont disséminés jusque dans les coins les plus reculés du monde. Le cycle de vie des technologies contraceptives, de leur création jusqu'à leur application en passant par leur production, démontre clairement la tension entre la mondialisation et la localisation. La recherche sur les pratiques contraceptives porte sur cette question, tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle locale, et montre comment les consommateurs et les producteurs de ces techniques s'influencent mutuellement.

L'ambiguïté de la mondialisation par rapport à la localisation se manifeste dans la rencontre difficile entre les traditions médicales exogènes et indigènes. En Inde, par exemple, l'hégémonie des produits pharmaceutiques occidentaux se bute à l'opposition de l'Ayurveda. Les produits pharmaceutiques ayurvédiques procurent aux cultures indiennes des symboles concrets et évocateurs pour exprimer leur propre identité en contrepoint des images occidentales (Bode 2002).

L'étude de la perception et de l'usage réel des produits pharmaceutiques montre comment l'effet de la dissémination des produits pharmaceutiques à l'échelle mondiale est atténué par la réinterprétation culturelle à l'égard de ces produits. Ceux-ci acquièrent en effet de nouveaux sens locaux pouvant s'écarter radicalement de leur définition biomédicale « mondiale » (Whyte *et al.* 2002).

La mondialisation joue aussi un rôle dans la recherche sur les perceptions et les pratiques de vaccination, par exemple, en ce qui a trait aux points de vue dominants quant à la prévention des maladies et à la protection de la santé. Les études reposant sur une perspective multiple montrent comment les objectifs internationaux se traduisent en programmes et pratiques nationales et locales. Ces changements souvent substantiels dans le contenu des objectifs peuvent fausser la communication entre les divers paliers d'organisation et entraîner des problèmes considérables sur le plan des politiques.

La coproduction de la biologie et de la culture

L'anthropologie et la biologie ont longtemps entretenu un double rapport de fascination et d'hostilité. Ce rapport découle en partie de la critique contre le biologisme et le scientisme, et il a été grandement modelé par ce concours de circonstances. Malheureusement, les discussions se sont souvent soldées par des points de vue inconciliables de nature déterministe : réductionnisme culturel s'opposant au réductionnisme biologique. Les anthropologues doivent éviter ces faux raisonnements fondés sur une pensée exclusive. Ils doivent étudier à la fois le caractère culturel de la biologie et

les caractéristiques biologiques de la culture. Le rejet de la pensée dualiste constitue l'un des principaux enjeux et objectifs de l'anthropologie médicale.

L'inséparable unité du « corps-sujet » (terme de Merleau-Ponty) peut difficilement être mieux observée et décrite qu'au moyen de l'expérience de la maladie et du rétablissement. Sur le plan corporel, les conséquences physiques de la fabrication de sens sont indéniables et la maladie ainsi que le bien-être apparaissent eux-mêmes comme les « co-productions » de la nature et de la culture. Il est impossible de dégager une signification de la cause, de l'étiologie, de l'expression et de l'expérience des plaintes concernant la santé sans replacer celles-ci dans une perspective sociale et culturelle.

En anthropologie, le corps est vu non seulement comme l'arène où se déroule la bataille entre la « nature » et la « culture », mais aussi comme le lieu où la réconciliation est possible. Le corps humain constitue en soi une démonstration convaincante de l'insoutenabilité de la dichotomie cartésienne.

Représentation des patients

Les études anthropologiques sur la santé et la maladie dépeignent souvent les patients comme des récepteurs « patients » et « passifs » des soins prodigués par autrui, par exemple les professionnels et les proches. Certaines publications traitent des institutions ainsi que des mesures afférentes aux soins et à l'intervention médicale mais accordent peu d'attention au « travail sans fin » (pour paraphraser Strauss) accompli par les patients eux-mêmes. Les soins de santé n'existent pas uniquement dans le cadre des établissements et de l'expertise professionnels, mais ils constituent un processus continu qui implique de « se soigner » et d'« être soigné ». Les études sur les activités des soins de santé s'intéressent surtout à leurs effets *interactionnels* (ce que les patients font en réaction à ce que les autres leur font, et vice-versa) et *transformationnels* (comment les mesures afférentes aux soins médicaux et les patients se transforment à la suite de ce processus interactionnel). Les anthropologues néerlandais veulent se concentrer davantage sur les patients, considérés comme les protagonistes situés au cœur et en périphérie de la prestation des soins de santé, mais aussi au cœur et en périphérie de la production des nouvelles connaissances biomédicales et des nouveaux outils thérapeutiques et de diagnostic. Dans certaines circonstances, des groupes de patients réussissent à influencer le développement de la science biomédicale (Blume et Catshoek 2002). Les anthropologues cherchent à promouvoir une plus grande influence des patients sur le contenu de la recherche en santé et sur la manière dont celle-ci est réalisée.

Applicabilité

L'application des résultats de recherche représente un défi pratique et théorique constant. La façon d'utiliser les résultats de la recherche anthropologique est une épineuse question. Souvent, une meilleure compréhension du fonctionnement de certains phénomènes et des raisons qui en sont à l'origine entraîne plus de paralysie que de dynamisme quant à la recherche de solutions concrètes. Si tous les phénomènes sont interdépendants, comme l'affirment souvent les anthropologues, alors comment est-il possible de passer à l'action? Résultat: les professionnels des disciplines plutôt pragmatiques ne souhaitent souvent pas s'engager dans la recherche anthropologique, et les anthropologues se soucient rarement de ce qui se fait ou pourrait se faire avec leurs recherches.

Le fossé doit être comblé entre le travail pratique, d'une part, ainsi que la théorie et l'ethnographie, d'autre part. La recherche anthropologique doit aussi mener à des conclusions pratiques. Les applications de la recherche constituent une part essentielle de la quête anthropologique. L'application pratique de l'acquisition de connaissances approfondies implique de prendre sérieusement en considération les idées et les intérêts des « autres ». De plus, si le pragmatisme l'emporte, il est possible de vaincre l'ethnocentrisme universitaire et le cloisonnement trop répandu de la discipline (Van der Geest 1995b).

L'un des principaux problèmes de la recherche appliquée se résume ainsi: ce sont ceux à qui les résultats s'adressent le plus qui y ont le moins accès. Il arrive souvent que les résultats d'une recherche menée à titre de service à l'intention des moins nantis ne soient présentés qu'aux plus nantis, qui ont directement intérêt à ce que la situation ne change pas.

L'accent mis sur le pragmatisme en tant que défi objectif et théorique peut être observé dans de nombreux projets de recherche présentés dans cette étude. Les études sur l'« usage communautaire de médicaments » tentent, d'une part, de formuler des recommandations en vue d'un meilleur usage de la médication et, d'autre part, de tenir compte sérieusement des idées de ceux qui utilisent « à tort » les médicaments. On se heurte à une tâche similaire dans la recherche sur les divers aspects de la santé génésique qui révèle des notions et des pratiques pouvant être nuisibles d'un point de vue biomédical mais qui ont une grande valeur dans la culture locale. La manière dont les gens affrontent les maladies comme la tuberculose et le VIH-sida oblige l'anthropologue à faire face à un problème similaire et exige une grande créativité de sa part, afin de reformuler des recommandations de changement respectueuses, qui tiennent compte de la culture.

Ce respect de la culture n'est toutefois pas aveugle et dépourvu de sens critique. En dernière instance, le respect pour la culture doit prendre racine dans le respect des *personnes*, c'est-à-dire ceux et celles qui vivent dans cette culture. La défense des traditions culturelles que les membres de cette culture considèrent comme oppressives deviendrait une nouvelle forme d'impérialisme culturel, un ethnocentrisme inversé. En gardant ces éléments à l'esprit, les anthropologues médicaux doivent chercher des solutions respectueuses qui reçoivent l'aval et l'appui des principaux intéressés (Van der Geest et Reis 2002).

PERSPECTIVES

Il est difficile de prédire l'avenir de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas, mais deux types de développements sont susceptibles de se produire. Le premier nous ramène au paragraphe d'ouverture de cet article. L'anthropologie médicale s'éloignera de plus en plus de ses origines « étrangères » et rentrera au « bercail ». L'unité d'Amsterdam encourage activement la recherche dans sa propre société comme en témoigne sa participation à trois conférences internationales sur l' « anthropologie médicale à l'échelle locale » (1998, 2001, 2003).

Le retour au bercail de l'anthropologie médicale néerlandaise est aussi stimulé par les changements sur la scène de l'épidémiologie. Les maladies chroniques et la vieillesse attirent de plus en plus l'attention. Le centre d'intérêt se déplace de l'intervention médicale active vers les préoccupations en matière de soins et d'attention sociale. Le rôle du contexte social et culturel prend de l'importance tout comme l'étude de ce contexte par les anthropologues.

Le nombre accru de citoyens d'origine étrangère, dont les perceptions culturelles en matière de santé et de médecine sont différentes, constitue un troisième facteur nourrissant le besoin de recherche anthropologique dans la société néerlandaise. Les anthropologues attirent l'attention sur la « culturalisation » des problèmes de santé parmi les citoyens migrants (Van Dijk 1998) et sur les politiques d'exclusion dans les soins de santé. Un grand nombre d'initiatives (recherche et cours) ont été mises en place concernant l'interculturalisation de la santé et des soins de santé[25].

Ces trois raisons expliquent ce « retour au bercail » et supposent une plus grande collaboration entre les anthropologues, les professionnels de la santé et les patients. Les anthropologues médicaux seront chassés de leur paradis de « pure » anthropologie. Les vieilles racines de médecine appliquée de l'anthropologie médicale seront revitalisées, mais le portrait obtenu sera plus complexe qu'auparavant.

Remerciements

La rédaction d'un exposé sommaire sur un champ aussi varié que celui de l'anthropologie médicale aux Pays-Bas constitue une entreprise délicate, en particulier pour celui ou celle qui s'y trouve submergé, comme c'est le cas de l'auteur. Je remercie les nombreux collègues qui m'ont aidé à colliger l'information (tout particulièrement Annemiek Richters et Rob van Dijk) et je présente toutes mes excuses pour les omissions et la « partialité » dont je fais preuve (en faveur d'Amsterdam). J'ai amplement cité des extraits d'un document, que j'ai rédigé à l'intention de ma propre unité de recherche, à l'Université d'Amsterdam (MASU 2003). Les autres exposés consultés sont ceux de Diasio (2003), Richters (1983) et Streefland (1986).

Notes

1. L'anthropologie médicale n'a pas de véritable date de naissance, mais 1953 fut indéniablement une année importante au cours de laquelle, Caudill, dans le cadre de son travail de formation des psychiatres, rédigea un texte dans *Anthropology Today*, de Kroeber, au sujet de « l'anthropologie appliquée à la médecine » (Caudill 1953). Dix ans plus tard, Scotch publiait son commentaire sur le travail en anthropologie médicale, qu'il commençait comme suit : « [...] Dans toutes les cultures, il existe un construit autour des principales expériences de vie relativement à la santé et à la maladie ainsi qu'un corps substantiel et intégral de croyances, de savoir et de pratiques. » (Scotch 1963 : 30) Il s'agissait alors de l'une des premières tentatives pour définir l'objet d'étude de l'anthropologie médicale.
2. Vincent van Amelsvoort est décédé en 2001. Pour de brèves biographies sur sa vie, voir les diverses contributions au numéro de *Festschrift* consacré à son départ à la retraite, (Braakman 1986), ainsi qu'un article nécrologique en [néerlandais] (Van der Geest et Hamel 2001).
3. En 1983, Douwe Jongmans devint professeur d'« étude interculturelle de la fertilité humaine » à l'Université d'Utrecht. Il a pris sa retraite en 1986. Pour plus d'information sur sa vie et son œuvre, consulter le numéro de *Festschrift* consacré à son départ à la retraite (Hoogbergen et de Theije 1986).
4. Je soupçonne que l'anthropologie médicale se soit développée en adoptant des chemins semblables dans d'autres pays. Les précurseurs les plus connus de l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne, par exemple, sont les médecins (Rivers, Lewis, Loudon) et il en va de même aux États-Unis (Ackerknecht, Paul et Kleinman). À propos des racines médicales de l'anthropologie médicale britannique, voir Diasio (1999 : 44-122).
5. Un autre exemple, plus ancien (non inclus dans mon bref exposé), est le travail des hygiénistes néerlandais, au XIX^{e} siècle, en particulier celui de Pruys van der Hoeven, pour qui la nature sociale et politique de la santé et de la maladie devait primer. Richters (1983) et Diasio (1999, 2003) ont traité du lien – non admis – entre les hygiénistes et l'anthropologie médicale.
6. À Heidelberg, le terme *Medizinische Anthropologie* (anthropologie médicale) a été utilisé bien longtemps avant que son équivalent ne soit adopté ailleurs (notamment dans le monde anglophone), mais il avait un autre sens : la réflexion philosophique sur la maladie, la santé et la guérison (Von Weizsäcker 1927). Par conséquent, les anthropologues médicaux allemands ont été incapables d'adopter ce terme pour désigner l'anthropologie médicale, puisqu'il recouvrait déjà une autre notion. Les Allemands cherchent toujours avec difficulté à trouver un terme acceptable pour nommer cette discipline, que leurs collègues hors de l'Allemagne appellent « anthropologie médicale ».
7. La prédilection des anthropologues pour les « choses venues de loin », ou l'exotisme, était bien sûr un type inversé d'ethnocentrisme. À ce propos, voir plus loin Van der Geest (2002a).
8. Il est peut-être possible de dire que l'anthropologie médicale néerlandaise est maintenant axée sur l'étranger d'une troisième manière. La littérature présentée dans ses cours est principalement étrangère, ce qui montre une forme extrême de non-chauvinisme. Les auteurs néerlandais sont rarement mentionnés dans les manuels les plus connus des lecteurs du domaine de l'anthropologie médicale. L'étude la plus ambitieuse sur les fondements de l'anthropologie médicale, rédigée par un auteur néerlandais, est entièrement consacrée à un débat au sujet de l'école américaine de Kleinman et effleure à peine les réalisations de l'« école néerlandaise » (Richters 1991). Pour un résumé en anglais et un aperçu de cette étude, voir Maretzki (1994).

9. Elle donna sa première conférence en 1995 sur le thème de la recherche sur les systèmes de santé (Varkevisser 1996).
10. Un exposé assez élaboré – mais maintenant dépassé – sur les cours en anthropologie médicale aux Pays-Bas fut publié il y a quelques années dans *Anthropology and Medicine* (Van Dongen 1997).
11. On peut trouver de l'information exhaustive sur l'AMMA (Amsterdam Master's in Medical Anthropology) dans le site Web [http://www2.fmg.uva.nl/amma/], (dernière consultation, juin 2004). On peut également commander une brochure auprès du secrétariat (amma@pscw.uva.nl).
12. Information : Anke van der Kwaak (a.van_der_kwaak.social@med.vu.nl), (dernière consultation, juin 2004).
13. Information : Anja Krumeich (A.Krumeich@ZW.unimaas.nl).
14. Willem Buschkens, qui se surnommait lui-même « sociologue non occidental », a travaillé au Surinam, en Éthiopie et en Somalie. Il est décédé en 1991. Pour obtenir une brève biographie, voir Speckman (1991).
15. Hans Speckman s'est spécialisé dans les aspects social et culturel de la planification des naissances. Il a mené des recherches et il a enseigné au Surinam, en Indonésie et ailleurs. Il est décédé en 1997. Pour une brève biographie, voir Van der Geest (1997).
16. Information : Annemiek Richters (j.m.richters@lumc.nl).
17. Information : D.Ingleby@fss.uu.nl
18. Les activités de recherche et les publications dans le domaine de l'anthropologie médicale sont trop nombreuses pour être mentionnées. Pour un aperçu des travaux de recherche et des publications des membres et chercheurs associés de l'unité d'anthropologie médicale d'Amsterdam, de 1993 à 2002, voir MAU (1997) et MASU (2003).
19. Les publications dans ce domaine sont notamment : Nijhof (2002), Reis (2001), Van Dongen et Fainzang (2002), Van Duursen *et al.* (2002).
20. Certaines publications à ce sujet : Adome *et al.* (1996), Amsterdamska et Hiddinga (2000), Blume (1997, 1998, 1999, 2000, 2002), Blume et Geesink (2000), (Bode 2002), Gibson (2001), Streefland (1995, 2001), Vermeulen (2000), Whyte *et al.* (2002), Zaman (2004).
21. Publications traitant de santé génésique : Gerrits (2002), Hardon (1998), Hardon et Hayes (1997), Koster (2003), Krumeich (1994).
22. Publications sur la vieillesse, les soins de longue durée et les maladies chroniques sont notamment : Nijhof (2002), Van der Geest (2002 b), Van Dongen (2002 a), von Faber (2002), von Faber *et al.* (2001).
23. Les publications sur la santé mentale sont notamment : Van Dongen (2000, 2002b, 2002c, 2003), Van Dongen et Van Dijk (2000).
24. Certaines publications sur les politiques et l'intervention en matière de santé : Arhinful (2003), Streefland (1998), Vulpiani *et al.* (2000).
25. Les anthropologues médicaux néerlandais participent à une grande recherche européenne sur l'exclusion des migrants des soins de santé nationaux dans neuf pays européens, voir à ce sujet Vulpiani *et al.* (2000). Il existe un centre d'expertise en santé mental interculturelle dans le domaine de la diversité ethnique et culturelle (MIKADO). Son principal objectif est d'offrir de meilleurs soins en santé mentale par l'amélioration du transfert des connaissances, la promotion de l'expertise interculturelle et la recherche introductive. Information : n.sonmez@mikado-ggz.nl, [www.mikado-ggz.nl], (dernière consultation, juin 2004).

Références

ADOME R.O., S. R. WHYTE et A. HARDON, 1996, *Popular Pills: Community Drug Use in Uganda.* Amsterdam, Het Spinhuis.

AMSTERDAMSKA O. et A. HIDDINGA, 2000, «The Analysed Body»: 33-417, dans J. Pickstone et R. Cooter (dir.), *Medicine in the twentieth century.* London, Harwood Publishers.

ARHINFUL D.K., 2003, *The Solidarity of Self-interest: Social and Cultural Feasibility of Rural Health Insurance in Ghana.* Leiden, African Studies Centre, Research Report 71.

BEATTIE J., 1964, *Other Cultures. Aims, Methods and Achievements in Social Anthropology.* Londres, Routledge.

BLUME S., 1997, «The Rhetoric and Counter Rhetoric of a "Bionic" Technology», *Science Technology et Human Values,* 22: 31-56.

——, 1998, «From Bench to Bush: Problems of Vaccine Development and Their Analysis»: 82-169, dans P. Streefland (dir.), *Problems and Potential in International Health.* Amsterdam, Het Spinhuis.

——, 1999, «Histories of Cochlear Implantation», *Social Science et Medicine,* 49: 68-1257.

——, 2000, «Medicine, Technology and Industry»: 85-171, dans J. Pickstone et R. Cooter (dir.), *Medicine in the Twentieth Century.* Londres, Harwood Academic Publishers.

——, 2002, «Testing and Empowerment: On the Boundary Between Hearing and Deafness», *Medische Antropologie,* 14, 1: 55-69.

BLUME S. et I. GEESINK, 2000, «Vaccinology: an Industrial Science?», *Science as Culture,* 9: 41-72.

BLUME S. et G. CATSHOEK, 2002, *Articulating the Patient Perspective: Strategic Options for Research.* Utrecht, Stichting Patiënten Praktijk.

BODE M., 2002, «Indian Indigenous Pharmaceuticals: Tradition, Modernity and Nature»: 184-203, dans W. Ernst (dir.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000.* Londres et New York, Routledge.

BRAAKMAN M. (dir.), 1986, *Gezondheidszorg en kultuur kritisch bekeken. Medisch-antropologische opstellen aangeboden aan Prof. Dr. Vincent F.P.M. van Amelsvoort.* Groningen, Konstapel.

BUSCHKENS W. F. L., 1982, «R.A.J. van Lier en de ontwikkeling van de Leidse Medische Sociologie voor Ontwikkelingslanden»: 73-163, dans B. F. Galjart (dir.) *«Een andere in een ander.» Liber amicorum voor R.A.J. van Lier.* Leiden, ICA-Publications, n° 52.

BUYTENDJIK F. J. J., 1974, *Prolegomena to an Anthropological Physiology.* Pittsburgh, Duquesne University Press. (Version originale allemande 1965).

CAUDIL W., 1953, «Applied Anthropology in Medicine»: 771-806, dans A.L. Kroeber (éd.), *Anthropology Today.* Chicago, University of Chicago Press.

DIASIO N., 1999, *La science impure. Anthropologie et médicine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas.* Paris, Presses universitaires de France.

——, 2003, « Traders, Missionaries and Nurses and Much More. Early Trajectories towards Medical Anthropology in The Netherlands », *Medische Antropologie,* 15, 2 : 263-86.

ELSHOUT J.M., 1923, *Over de geneeskunde der Kenja-Dajak in Centraal-Borneo in verband met hun godsdienst.* Amsterdam. Johannes Müller.

ETKIN N. L. et M. L. TAN (dir.), 1994, *Medicines : Meanings and Contexts.* Quezon City, Health Action Information Network.

GERRITS T., 2002, « Infertility and Matrilineality. The Exceptional Case of the Macua » : 46-233, dans M. C. Inhorn et F. van Balen (dir.), *Infertility around the Globe : New Thinking on Childless, Gender and Reproductive Technology.* Los Angeles. University of California Press.

GIBSON D., 2001, « Negotiating the New Health Care System in Cape Town, South Africa », *Medical Anthropology Quarterly,* 15, 4 : 515-532.

HARDON A. P., 1989, *Confronting ill Health : Medicines, Self-Care and the Poor in Manila.* Quezon City, Health Action Information Network.

HARDON A. P., 1998, (dir.) *Beyond Rhetoric : Participatory Research on Reproductive Health.* Amsterdam, Spinhuis.

HARDON A., P. BOONMONKON, P. STREEFLAND, M.L. TAN, T. HONGVIVATANA, S. VAN DER GEEST, AL. VAN STAA AND C. VARKEVISSER, 1994, *Applied Health Research Manual. Anthropology of Health and Health Care.* Amsterdam, Het Spinhuis (édition révisée en 2000).

HARDON A.P. et L. HAYES (dir.), 1997, *Reproductive Rights in Practice : A Feminist Report on the Quality of Care.* Londres, Zed Press.

HOF C. et A. RICHTERS, 1999, « Exploring Intersections between Teenage Pregnancy and Gender Violence. Lessons from Zimbabwe », *African Journal of Reproductive Health,* 3, 1 : 51-66.

HOOGBERGEN W. et M. DE THEIJE (dir.), 1986, *Vruchtbaar onderzoek. Essays ter ere van Douwe Jongmans.* Utrecht, Instituut voor Culturele Antropologie, ICAU Mededelingen 24.

JANSEN G., 1973, *The Doctor-Patient Relationship in an African Tribal Society.* Assen, Van Gorcum.

JONGMANS D.G., 1974, « Socio-Cultural Aspects of Family Planning : an Anthropological Study at the Village Level » : 33-64, dans D. G. Jongmans et H. J. M. Claessen (dir.), *The Neglected Factor. Family Planning. Perception and Reaction at the Base.* Assen, Van Gorcum.

——, 1977, « Gastarbeider en gezondheidszorg. Eer en zelfrespect : De Noord-Afrikaanse boer en de overheid », *Medisch Contact,* 32 : 509-12.

KLEIWEG DE ZWAAN J.P., 1910, *De geneeskunde der Menangkabau-Maleiers.* Amsterdam, Meulenhoff.

KOSTER W., 2003, *Secret strategies. Women and Induced Abortion in Yoruba Society, Nigeria.* Amsterdam, Aksant.

KRUMEICH A., 1994, *The Blessings of Motherhood. Health, Pregnancy and Child Care in Dominica.* Amsterdam, Het Spinhuis.

MARETZKI T.W., 1994, « A Dutch View on Medical Anthropology: Criticisms and Suggestions », *Social Science et Medicine,* 39, 11 : 1579-84.

MEDICAL ANTHROPOLOGY/SOCIOLOGY UNIT (MASU), 2003, *Social Studies of Health and Health Care. An Overview of Projects and Publications (1997-2002).* Amsterdam, MASU.

MEDICAL ANTHROPOLOGY UNIT (MAU), 1997, *Research by the Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam. An Overview of Projects (1993-1997).* Amsterdam, MAU.

MOL A., 2002, *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice.* Durham, NC, Duke University Press.

NIEHOF A., 2003, « The Indonesian Archipelago as Nursery for Leiden Anthropology. Supplementary Notes to Nicoletta Diasio », *Medische Antropologie,* 15, 2 : 292-95.

NIJHOF G., 2002, « Parkinson's Disease as a Problem of Shame in Public Appearance » : 188-198, dans S. Nettlreton et U.Gustafson (dir.), *Sociology of Health and Fitness.* Cambridge. Polity Press.

ODERWALD A.K., 1994, *Lijden tussen de regels.* Zoetermeer, NCCZ.

——, 2001, Vertrouwd anders. *Medische Antropologie,* 13, 1 : 36-45.

REIS R., 2001, « Epilepsy and Self-Identity Among the Dutch », *Medical Anthropology,* 19, 4 : 355-82.

RICHTERS A. J.M., 1983, « De medische antropologie. Een nieuwe discipline? », *Antropologische Verkenningen,* 2, 3 : 39-69.

——, 1991, *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden.* Delft, Eburon.

——, 1998, « Sexual Violence in Wartime. Psycho-Sociocultural Wounds and Healing Processes: The Example of the Former Yugoslavia » : 112-128, dans P.J. Bracken et C. Petty (dir.), *Rethinking the Trauma of War.* Londres, Free Association Books.

——, 2001, « Gender Violence, Trauma and Healing in Situations of Ethno-National Conflicts: The Cases of Former Yugoslavia and Tajikistan » : 137-165, dans F. Reysoo, *Hommes armés, femmes aguerries. Rapports de genre en situations de conflict armé.* Berne, Commission nationale suisse pour l'UNESCO.

SCHEPER-HUGHES N. et M .M. LOCK, 1987, « The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly NS,* 1, 1 : 6-41.

SCOTCH N.A., 1963, « Medical Anthropology », *Biennial Review of Anthropology* 1963 : 30-68.

SENAH K.A., 1997, *Money Be Man: The Popularity of Medicines in a Rural Ghanaian Community.* Amsterdam, Het Spinhuis.

SLIKKERVEER L. J. *et al.* (dir.), 1993, *The Expert Sign. Semiotics of Culture. Towards an Interface of Ethno and Cosmosystems.* Leiden, DSWO Press.

SPECKMANN J. D., 1991, « In Memoriam Willem Frederik Lodewijk Buschkens », *Medische Antropologie* 3 (2) : 25-322.

STREEFLAND P. H., 1986, « Medical Anthropology in Europe. The State of the Art. The Netherlands », *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 4 : 91-94.

——, 1990, *Zoeken naar een evenwicht.* Inaugural lecture. Universiteit van Amsterdam / Koninklijke Instituut voor de Tropen.

——, 1995, « Enhancing Coverage and Sustainability of Vaccination Programmes. An Explanatory Framework with Special Reference to India », *Social Science et Medicine*, 41, 5 : 647-56.

——, 1998, (dir.), *Problems and Potentials in International Health. Transdisciplinary Perspectives.* Amsterdam, Het Spinhuis.

——, 2001, « Public Doubts about Vaccination Safety and Resistance against Vaccination », *Health Policy*, 55, 3 : 72-159.

STREEFLAND P. H., A. M. R. CHOWDHURY et P. RAMOS-JIMENEZ, 1999, « Patterns of vaccination acceptance », *Social Science et Medicine*, 49, 12 : 1705-1716.

TAN M.L., 1999, *Good Medicine. Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines.* Amsterdam, Het Spinhuis.

VAN AMELSVOORT V.F.P. M., 1964a, *Early Introduction of Integrated Rural Health into a Primitive Society. A New Guinea Case Study in Medical Anthropology.* Assen, Van Gorcum.

——, 1964b, « Medische antropologie, een terreinverkenning », *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 108 : 90-1289.

VAN DEN BERG J.H., 1956, *Metabletica of leer der veranderingen.* Nijkerk, Callenbach.

——, 1959, *Het menselijk lichaam. Een metabletisch onderzoek.* Volume 1 : *Het geopende lichaam.* Nijkerk, Callenbach.

——, 1961, *Het menselijk lichaam. Een metabletisch onderzoek.* Volume 2 : *Het verlaten lichaam.* Nijkerk, Callenbach.

VAN DER GEEST S., 1995a, « Hoe gaat 't? » Vijf opmerkingen over medische antropologie en etnocentrisme. Inaugural Lecture, Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam.

——, 1995b, « Editorial. Overcoming Ethnocentrism. How Social Science and Medicine Relate and Should Relate to one Another », *Social Science et Medicine*, 40, 7 : 869-72.

——, 1997, « In memoriam Hans Speckmann (1928-1997) », *Medische Antropologie*, 9, 2 : 430-33.

——, 2002a, « Introduction. Ethnocentrism and Medical Anthropology » : 1-23, dans S.Van der Geest et R. Reis (dir.), *Ethnocentrism. Reflections on Medical Anthropology.* Amsterdam, Aksant.

——, 2002b, « Respect and Reciprocity. Care of Elderly People in Rural Ghana », *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17, 1 : 3-31.

VAN DER GEEST S. et S. R. WHYTE (dir.), 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology.* Dordrecht, Kluwer.

VAN DER GEEST S., S. R. WHYTE et A. HARDON, 1996, « The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology,* 25 : 78-153.

VAN DER GEEST S. et J. HAMEL, 2001, « In Memoriam Vincent van Amelsvoort (1931-2001) », *Medische Antropologie,* 13, 1 : 165-67.

VAN DER GEEST S. et R. REIS (dir.), 2002, *Ethnocentrism : Reflections on Medical Anthropology.* Amsterdam, Aksant.

VAN DIJK R., 1981, *Ziekte en ziektegedrag bij Marokkaanse arbeiders in Nederland. Een terreinverkenning.* Hilversum, JAC 't Gooi.

——, 1985, *« Mijn gezondheid is gebarsten als glas! » Arbeidsongeschikte Marokkanen en Turken in de eerste lijn in Bos en Lommer.* Amsterdam, OSA.

——, 1987, *De dokter vertelde dat ik niet meer beter word ? Turkse arbeidsongeschikten en somatische fixatie.* Amsterdam, OSA.

——, 1998, « Culture as Excuse : The Failures of Health Care to Migrants in The Netherlands » : 243-250, dans S. Van der Geest et A. Rienks (dir.), *The art of medical anthropology. Readings.* Amsterdam, Het Spinhuis.

VAN DONGEN E., 1997, « Courses in Medical Anthropology : The Netherlands », *Anthropology et Medicine,* 4, 3 : 26-321.

——, 2000, « Anthropology and Psychiatry. Two of a Kind but Where is the Other ? » : 123-456, dans V. Skultans et J. Cox (dir.), *Anthropological Approaches to Psychological Medicine. Crossing Bridges.* Londres, Jessica Kingsley.

——, 2002a, « Skeletons of the Past, Flesh and Blood of the Present. Remembrance and Older People in a South African Context » : 77-257, dans S. Makoni et K. Stroeken (dir.), *Ageing in Africa. Sociolinguistic and Anthropological Approaches.* Aldershot, Ashgate.

——, 2002b, *Walking Stories. An Oddnography of Mad People's Llives.* Amsterdam, Rozenberg Publishers.

——, 2002c, « Contesting Reality : Therapists and Schizophrenic People in a Psychiatric Hospital in the Netherlands » : 67-90, dans S. Van der Geest et R. Reis (dir.), *Ethnocentrism. Reflections on Medical Anthropology.* Amsterdam, Aksant.

——, 2003, *Worlds of Psychotic People.* Londres/New York, Routledge.

VAN DONGEN E. et S. FAINZANG (dir.), 2002, *Towards a Medical Anthropology of Lying.* Numéro special *Anthropology et Medicine,* 9, 2.

VAN DONGEN E. et R. VAN DIJK, 2000, « Migrants and Health Care in the Netherlands » : 47-69, dans P. Vulpiani, J. Comelles et E. van Dongen (dir.), *Health for All, All in Health.* Rome, Cides/Alisei.

VAN DUURSEN N., R. REIS et H. TEN BRUMMELHUIS, 2002, *Dezelfde zorg voor iedereen ? Een explorerende studie naar 'allochtonen' en 'autochtonen' met chronische buikklachten.* Amsterdam, Slotervaartziekenhuis, University of Amsterdam.

VAN OSSENBRUGGEN F. D. E., 1916, « Het primitieve denken, zoals dat zich uit voornamelijk in pokkengebruiken op Java en elders. Bijdrage tot de pre-animistische theorie », *Bijdragen tot de Taal, -Land- en Volkenkunde van Nederlandsch-Indië*, 71 : 1-370.

VARKEVISSER C. M., 1996, *Health Systems Research. De knikkers en het spel.* Inaugural lecture, University of Amsterdam, Royal Tropical Institute.

VERDOORN J. A., 1941, *Verloskundige hulp voor de inheemsche bevolking van Nederlandsch-Indië : Een sociaal medische studie.* Gravenhage, Boekencentrum.

VERMEULEN E., 2000, *Een proeve van leven. Praten en beslissen over extreme te vroeg geboren kinderen.* Amsterdam, Aksant.

VON FABER M., 2002, *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden.* Rotterdam, Optima.

VON FABER M, A. BOOTSMA-VAN DER WIEL, E. VAN EXEL, J. GUSSEKLOO, G. LAGAAY, E. VAN DONGEN, D. KNOOK, S. VAN DER GEEST et R. WESTENDORP, 2001, « Successful Aging in the Oldest Old. Who Can Be Characterized as Successfully Aged ? », *Archives of Internal Medicine*, 161 : 2694-2700.

VON WEIZSÄCKER V., 1927, « Ueber medizinische Anthropologie », *Philosophischer Anzeiger*, 2 : 236.

VULPIANI P., J. COMELLES et E. VAN DONGEN (dir.), 2000, *Health for All, All in Health. European Experiences on Health care for Migrants.* Rome, Cidis/Alisei.

WARREN D. M., L. J. SLIKKERVEER et D. BROKENSHA, (dir.), 1995, *The Cultural Dimension of Development. Indigenous Knowledge Systems.* Londres, Intermediate Technology Publications.

WHYTE S. R., S. VAN DER GEEST et A. HARDON, 2002, *Social Lives of Medicines.* Cambridge, Cambridge University Press

WOLFFERS I I. HERMANDEZ, S. VERGHIS et M. VINK, 2002, « Sexual Behaviour and Vulnerability of Migrant Workers for HIV infection », *Culture, Health et Sexuality*, 4, 4 : 459-73.

ZAMAN S., 2004, *Broken Limbs, Broken People. Life in a Hospital Ward in Bangladesh.* Amsterdam, Aksant.

CHAPITRE 11

Le passé, le présent et l'avenir de l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne[1]

Ronald Frankenberg

(xix)

La Voie du conte
si les mondes étaient des contes, les habitants des conteurs
et pas seulement leurs êtres mais tout, toutes choses, toutes
racontant leurs histoires, racontées
il y aurait place pour des mondes
où des contradictions seraient vraies
où je dirais «tu vis, tu es morte»
riant, tu répondrais

The Way of Stories
if worlds were stories, their inhabitants storytellers,
not just the living beings, but all, all things, all
telling their stories, all being told
there would be room for worlds
where contradictories could be true
where I could say "you live, you're dead"
and with a laugh, you would reply

Jacques Roubaud

«La relation entre la médecine et l'anthropologie est intense mais elle est aussi empreinte de tension.

L'anthropologie médicale, comme tout autre champ de l'anthropologie, est orientée vers le passé et l'avenir : l'histoire n'est jamais rien d'autre que le présent. » [Traduction]

Benjamin Villefranche

FONDATIONS «SOCIALES»

> À Malumfashi, le passager d'un camion sait très bien où il veut se rendre, mais il ne sait rien (ni ne veut rien savoir) ni des moteurs, ni du code de la sécurité routière, ni des cartes. Et lorsqu'il franchit à pied la dernière portion du trajet vers chez lui, ou lorsqu'il utilise un âne domestique pour porter sa charge de bagages, il ne «change pas de codes».
>
> À vrai dire (au grand dam de son père), il ignore probablement tout des ânes, tout comme il ignore tout des camions. Selon mon expérience, les gens ne sont pas confrontés à un problème d'ordre intellectuel lorsqu'ils choisissent un mode de traitement (ou de déplacement) approprié — ils ont en effet des problèmes bien plus urgents et plus concrets à régler. Murray Last (1981) [Traduction]

Au début, les responsables de l'ouvrage ont invité le présent auteur, un fils d'immigrants, à écrire sur la situation de l'anthropologie médicale «anglaise». Cette demande n'est pas inopportune car, jusqu'à tout récemment, les fondateurs de l'anthropologie sociale moderne en Grande-Bretagne ont toujours été originaires de postes éloignés de l'Empire, tout particulièrement d'Afrique du Sud, d'ailleurs à l'étranger ou de l'équivalent de ce que Calvin qualifiait de «monstrueux régime» de femmes, produit par la purdah de la relative exclusion universitaire. L'auteur n'a toutefois pas admis sur-le-champ la pertinence du qualificatif «anglais» dans ce contexte, bien qu'il ait reconnu sa puissante réalité aux yeux de ceux qui le considèrent comme une catégorisation découlant peut-être d'abord d'une expérience culturelle linguistique, et donc expressive, qui dure et perdure (et qui est peut-être particulièrement prononcée au Québec, mais qui dérange encore, en dépit des réalités intellectuelles protestantes communes, et ce, même aux Pays-Bas). En un sens, le stimulus créatif de la réaction hostile contribue avantageusement aux tentatives européennes et mondiales visant à établir un métalangage théorique universel. Mais cette situation est aussi minée par une incompréhension mutuelle. Il existe un problème général suscité par l'emploi insidieusement impérialiste du discours anglais. Bien que cela ait été instauré par l'expansion coloniale volontaire de l'Angle-

terre, et parfois involontaire de l'Écosse, sa continuité dans la promotion et la publication des recherches en anthropologie médicale, même à la fin du XX[e] siècle, fut bien sûr principalement médiatisée par la prédominance des États-Unis. L'insulte ou la blessure générale portées à un aspect important de l'identité des interlocuteurs non anglophones ne sont pas allégées par le fait que leurs auteurs tiennent souvent leur avantage pour acquis. Ces derniers demeurent, selon toutes apparences, parfaitement inconscients que seuls les effets accidentels de l'histoire, qui pourraient être renversés, les ont placés dans une position qui, à une certaine étape, aurait bien pu être conférée aux hispanophones, aux francophones ou même, particulièrement dans les domaines médicaux, aux arabophones[2]. Ayant néanmoins rédigé le présent article, l'auteur concède qu'il pourrait bien, après tout, exister une manière anglaise, distincte, agnostique et éclectique mais fructueuse, de faire de l'anthropologie médicale.

En dépit de cela, la plupart des anthropologues médicaux de Grande-Bretagne, tout comme leurs collègues généralistes moins concernés par le médical, puisèrent au fil du XX[e] siècle leurs théories générales dans les travaux des moins éclectiques et plus philosophes précurseurs français. La liste de ces derniers va, pour ne nommer que les plus importants, de Durkheim et Mauss jusqu'à Griaule, Saussure et Lévi-Strauss, en passant par Merleau-Ponty et Foucault (souvent connus indirectement toutefois par la voie de la Californie). Les anthropologues plus radicaux se tournèrent vers les théoriciens germanophones, tels que Virchow, Marx, Freud et Jung, bien que ces derniers furent souvent inspirés par leurs interprètes français, Terray, Meillassoux, Godelier et Bourdieu (Bloch 1975). Plus récemment, Lacan, Derrida et leurs commentateurs féministes se sont ajoutés à cette liste. Lorsque le VIH-sida attira l'attention des anthropologues sur les épidémies, ceux-ci cherchèrent refuge auprès des mathomaniaques originaires de chez eux (Herzlich et Pierret [1984, traduction 1987]), mais qu'ils soient de gauche ou de droite, d'Europe de l'Est ou d'Asie, nonobstant leurs divers contextes nationaux, ces penseurs furent anglicisés.

Par exemple, la dernière parution (au moment d'écrire ces lignes) du journal anglais (mais international) *Anthropology & Medicine* (vol. 11, n° 1, avril 2004) (Samuelsen et Viebeke, 2004), publié depuis ses débuts sous la direction de Sushrut Jadhav, anthropologue médical et psychiatre, est principalement dédiée à des articles influencés par Bourdieu et Foucault et à l'applicabilité de ceux-ci aux divisions est-ouest, nord-sud. Les éditeurs invités sont originaires du Danemark et les auteurs, du Danemark, de Suède, d'Allemagne et de Suisse. Les régions où se sont déroulées les recherches sont l'Ouganda, le Burkina Faso, la Tanzanie, l'Allemagne, Kolkata, l'Inde et le Cambodge, encore sous l'emprise des règles coloniales de la France. Manifestement, on ne peut dire qu'*Anthropology & Medecine* soit caractérisé,

du moins dans ce numéro, ni en fait dans les numéros précédents ou suivants, par quelque signe que ce soit d'insularité anglophone déclarée, d'isolationnisme anthropologique (ou même médical) et d'empirisme dépourvu de toute théorie.

L'un des nombreux aspects de la formation que les anthropologues britanniques partagèrent par le passé avec leurs collègues médecins fut une méfiance générale à l'égard de la théorie et, plus récemment, une obsession, positive ou négative, pour la méthodologie. L'individualisme de l'adepte de l'empirisme fut soudainement remplacé par l'approche fondée (statistiquement) sur des preuves. Ces deux derniers sont vaguement apparentés par le biais de la transformation du danger social en risque personnel que l'on tente parfois de rendre plus convaincant par une manipulation arithmétique, souvent mal informée (ou trop bien avisée ?) au sujet de la théorie des probabilités (Prior 2001). Les étudiants en médecine, après une formation initiale en sciences naturelles, qui se poursuit en biochimie, en physiologie ou en anatomie, ont récemment été soumis à l'expérience liminaire époustouflante d'être isolés, sur le plan de leur accès au temps et à l'espace, par l'intensité de leur formation hospitalière (institution totalitaire) qui ressemble, en particulier pour les âmes sensibles, à l'obligatoire (jusqu'à tout récemment) socialisation des anthropologues, passant par le traumatisme et la sensibilisation simultanés que procure l'exposition imposée et prolongée au caractère social et culturel de l'autre dans le cadre du travail de terrain (Frankenberg 1994a, Good et Good 1993, Sinclair 1997).

LA PRÉHISTOIRE TARDIVE DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE MODERNE EN ANGLETERRE

Bien que certains anthropologues britanniques n'admettent pour seule ou principale désignation professionnelle que le qualificatif «médical», plus nombreux sont ceux qui sont aussi profondément engagés dans d'autres domaines, propres à l'anthropologie ou n'y appartenant carrément pas. Peter Worsley (1982), par exemple, a contribué à l'étude des «systèmes médicaux non occidentaux» de l'*Annual Review of Anthropology* et a supervisé les études doctorales de Pauline Ong, qui est devenue professeure de planification de la santé et administratrice des services de santé à temps partiel dans les Midlands. Victor Turner (1964) ne publia qu'un seul ouvrage précisément qualifié de médical, *Lunda Medicine, and the Treatment of Disease*, et ce, à contrecœur, après en avoir reçu la commande de la part du musée Rhodes Livingstone et non pas de l'institut qui encadrait habituellement son travail. Lors de leurs dernières études détaillées sur les pratiques de guérison, lui et Edith Turner, partageant l'espace existentiel et émotif des

guérisseurs ndembus et de leurs patients, durent se redéfinir, en tant qu'individus et en tant que famille. (Turner et Turner 1978, voir en particulier l'annexe A: *Notes on Processual Symbolic Analysis*: 243-255; Turner E. *et al.* 1992). Cela leur permit d'acquérir une compréhension qui transcende les connaissances fragmentaires du sujet obtenues par les empiristes. Ils affirmèrent *savoir* par expérience et *connaître* par l'observation, ce qui leur a permis d'autre part d'élaborer leur analyse générale de la liminalité rituelle. Ce concept combiné à une série d'autres découlant de l'ouvrage intitulé *Rites de passage*, de Van Gennep, se trouve parmi ceux auxquels on fait le plus référence et qui ont le plus influencé l'anthropologie médicale anglaise. Il ne présente pas, ni n'était conçu pour présenter, une série de réponses, mais il suggère plutôt une manière systématique de poser des questions, qui aide à définir les limites du connu et de l'inconnu.

Dès le début de la collaboration entre médecins et scientifiques sociaux[3], les auteurs anglophones parlèrent de l'anthropologie (ou de sociologie) médicale en utilisant trois prépositions différentes: *of*, *in* et *for* (*medicine*). Or, cette distinction [d'ailleurs intraduisible] peut encore se révéler utile. L'anthropologie *of medicine* [littéralement, anthropologie de la médecine] ou de la pratique des services de santé aborde le sujet dans sa globalité; l'anthropologie *in medicine* [littéralement, l'anthropologie en médecine], santé ou services, se penche sur ses parties individuelles ou connexes; tandis que l'anthropologie *for medicine* [littéralement, anthropologie pour la médecine (ou appliquée à celle-ci)] peut être réalisée sur demande provenant ou non du milieu de l'anthropologie, mais dans le but de faire progresser les activités et les objectifs des praticiens. Cette dernière s'intègre à l'anthropologie appliquée de la médecine (*of medicine*), qui ne se sent pas nécessairement obligée de faire progresser, du même coup, la compréhension de l'anthropologie en général. Mais, dans ce dernier cas, le présent auteur ressent un certain malaise quant à la qualité de ce type d'anthropologie. Tout comme dans d'autres disciplines, il faut aussi faire la distinction entre, d'une part, les grandes œuvres fondées sur de nombreuses années d'immersion intense et, d'autre part, les recherches de données de moindre ampleur. Ces deux entreprises sont difficiles à réaliser avec succès, et chacune revêt son importance. La première, grâce à une vision commune de l'intérieur, définit les questions théoriques de la discipline et, paradoxalement, les limites du temps, de l'espace et des particularités situationnelles du savoir; la seconde, en fournissant un nouveau contexte aux connaissances de l'initié, peut rendre ces dernières suffisamment étranges pour qu'elles soient visibles même aux yeux de ceux qui les produisent et les expérimentent, jour après jour[4].

L'un des premiers à exercer l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne fut Derek Allcorn, dont la première étude, au début des années 1950 (Allcorn 1954), fut commandée par Jerry Morris, directeur de

médecine sociale, au London Hospital, et par le professeur R. M. Titmuss (principal architecte, après Beveridge, de l'État providence en Grande-Bretagne), directeur des politiques sociales de la London School of Economics and Political Science (LSE)[5]. La première recherche d'Allcorn, grandement innovatrice, d'abord parce qu'elle se situait à Londres, et ensuite parce qu'elle se fondait sur l'observation participante des relations au sein d'un réseau, était une étude portant sur des jeunes hommes en santé. L'ulcère gastroduodénal était considéré comme un mal social courant chez les jeunes hommes, et les caractéristiques sociales des personnes qui en souffraient furent consignées. Les médecins épidémiologistes reconnurent toutefois la nécessité de connaître quelle était la différence entre les malades et ceux qui se portaient bien. Allcorn reçut son Ph. D., à la suite de ce travail qui n'a jamais été publié (mais voir Allcorn 1994). Allcorn est aussi connu pour avoir lu et commenté tout le contenu du livre intitulé *Sociology in Medicine* (utilisé à l'origine comme manuel de cours au programme de diplôme de spécialisation des médecins en santé publique, à Manchester) publié, en 1962, par le médecin et épidémiologiste sud-africain Mervyn Susser et l'anthropologue social écossais W. Watson (Susser et Watson 1962)[6]. Le chapitre 2, *Culture and Health* (culture et santé) traite d'anthropologie, et ce thème revient fréquemment dans d'autres chapitres. L'école de pensée adoptée à l'époque par le département de médecine sociale de Manchester exerça une influence majeure sur la réforme de Sir Douglas Black, visant d'abord le programme de l'école médicale de Manchester, puis ensuite, ses activités à titre de médecin-chef et, finalement, son travail concernant les inégalités en matière de santé, dans lequel il cite le rôle précurseur de cette école de pensée.

CONFÉRENCE CRUCIALE ET INFLUENCE DES ÉTATS-UNIS

En Grande-Bretagne, la véritable rampe de lancement de l'anthropologie médicale moderne (et même postmoderne) fut l'assemblée générale de l'Association of Social Anthropologists (ASA) (association des anthropologues sociaux), tenue à l'Université de Kent, à Canterbury, au printemps de 1972, et dont la plupart des conférences furent publiées, en 1976, après révision considérable, pour former le volume 13 des monographies de l'ASA: intitulée *Social Anthropology and Medicine* (à remarquer l'absence de l'adjectif «*medical*» [médical] ainsi que la présence du «*and*» [et] au lieu du «*of*» [de la]) (Loudon 1976). Douze auteurs, dont 7 étaient des femmes, présentèrent 11 articles. Quatre conférenciers, ou conférencières, vinrent d'Afrique du Sud, dont une, Harriet Ngubane, qui publia aussi sous le nom de Sibisi, était zulue. Il y avait des médecins tout comme, bien sûr, l'était Loudon. L'une

des conférencières, Jeanne Bisilliat, présenta une conférence en français tirée de son travail de terrain sur la classification des maladies, à Songhay, et dont la traduction anglaise, établie par Loudon, fut publiée. (Loudon 1976: 553-593). Deux conférenciers présentèrent leurs travaux reposant sur un travail de terrain réalisé en Grande-Bretagne: Ruth Sulzberger, sur le cancer dans l'est de l'Angleterre, et Vieda Skultans, sur le spiritualisme et la guérison à Swansea, dans l'ouest du pays de Galles (équivalent britannique de la réserve navajo, aux États-Unis, quant au nombre d'anthropologues médicaux et d'épidémiologistes que ce terrain attira) (*Idem*: v-viii).

La conférence de Murray Last, fondée sur trois ans de recherche au Nigeria, fut la première d'une longue liste de rapports concernant une recherche continue menée sur le terrain dans cette région. Cette recherche s'est d'ailleurs poursuivie pendant plus de 30 ans, et se poursuit toujours. L'un de ses objectifs importants était de fournir du matériel pédagogique aux étudiants en médecine de l'Université Ahmadu Bello. Cette recherche se distinguait aussi par le désir d'observer non seulement les malades, mais aussi l'ensemble de la population, et des patients éventuels qu'elle comporte, avant que ceux-ci ne fassent leur choix en matière de guérisseurs. Son statut de coresponsable de l'organisation des séminaires en anthropologie médicale au University College London (UCL), ainsi que son travail d'éditeur d'*Africa*, sa participation à l'IAI et son soutien aux jeunes chercheurs, et ce jusqu'à sa retraite en 2003, et même après, ont fait de lui une figure centrale dans le développement continu de l'anthropologie médicale et générale. (Littlewood édition à paraître)[7]. Le tragique décès précoce du Sud-Africain, Mervyn Jaspan, fit en sorte que sa conférence fut publiée à titre posthume (Loudon 1976: 259-284). Cette conférence d'ouverture sur la théorie médicale traditionnelle en Asie du Sud-Est fut prononcée à Hull (où il a aussi mis sur pied, en 1969, un musée permanent exposant des artéfacts médicaux) et fut probablement la première de ce genre en Grande-Bretagne. Una Maclean, médecin formée en anthropologie, présenta aussi un rapport sur son travail de terrain, intitulé «Certains aspects du comportement lié à la maladie chez les Yorubas» [Traduction] (*Idem*: 285-317). Elle a par la suite collaboré avec le sociologue George Brown (voir p. ex. Brown *et al.* 1989), plus actif en psychiatrie, pour élaborer et vérifier sur le terrain — l'île écossaise de South Uist — ses hypothèses sur les origines sociales des troubles mentaux en général (Brown *et al.* 1977). Adoptant une nouvelle fois le chapeau de la sociologie, elle a aussi produit un manuel destiné au programme de sciences infirmières d'Edimbourg (Maclean 1974) qui, tout comme le programme de sciences infirmières de Manchester, comporte des cours réguliers en anthropologie[8].

Cette conférence et la publication qui s'ensuivit animèrent longtemps les discussions des chercheurs chevronnés de cette discipline et en particu-

lier dans l'esprit d'un autre migrant sud-africain, Meyer Fortes, qui avait succédé à Hutton à titre de directeur du département de Cambridge, en 1951. Fortes détenait une formation de psychologue et avait épousé une psychiatre praticienne. À cette époque, il faisait partie, aux côtés de Gluckman, du triumvirat d'Oxford dirigé par Evans-Pritchard. Tous trois étaient largement considérés comme des disciples de Radcliffe-Brown. On considérait qu'ils avaient adopté une approche structuraliste-fonctionnaliste, et non pas simplement structuraliste, et qu'ils présentaient un noyau de théorie différent de ce que présentaient les disciples plus directs du fonctionnaliste Malinowski, contre qui ils s'étaient rebellés. Firth (dont l'épouse et collaboratrice de terrain, Rosemary Firth, était sociologue médicale) succéda à Malinowski à la LSE. Lors d'une conversation avec le présent auteur, Firth raconta qu'avec Fortes, Gluckman et peut-être d'autres, à titre de représentants, l'ASA avait tenu des discussions privées avec des membres du conseil général des médecins (tout comme ils en ont tenu sans plus de succès avec la direction pédagogique de l'école) afin d'établir des liens entre l'anthropologie sociale ainsi que l'enseignement et la recherche médicale. De l'avis de Firth, ce projet se fondait sur les affirmations enthousiastes de certains anthropologues présents selon lesquelles les médecins enseignants avaient un urgent besoin de l'anthropologie pour corriger leurs erreurs.

La prudence indiqua d'ajouter une préface des éditeurs, ainsi qu'une introduction et un prologue rédigés par Fortes, dont le contenu, le retard dans la publication et le ton général laissèrent entrevoir une certaine inquiétude quant aux éventuelles réactions négatives tant dans le camp des anthropologues que dans celui des médecins. Pourtant, Fortes avait longtemps souhaité organiser une telle rencontre, dont il avait avancé la possibilité dès son accession à la présidence de l'ASA, en 1970. Il créa un comité consultatif formé de trois membres de l'association, dont deux étaient médecins, J(oe) B. Loudon, éditeur du volume, qui à cette époque était retourné à Swansea, et Gilbert A. Lewis, formé à l'école de médecine et à la LSE, qui enseigna à Cambridge pendant la majeure partie de sa vie. James Woodburn pourrait avoir été celui qui a tenu le fort au nom des membres de l'association qui n'avaient encore eu aucun contact avec la future sous-discipline et qui étaient incertains de sa légitimité. Il était alors, et il est toujours, un talentueux réalisateur et anthropologue classique qui consacra sa vie à l'étude des chasseurs-cueilleurs de l'Afrique de l'Est. Loudon et Lewis étaient tous deux des descendants de distinguées familles de médecins, comme cela était courant chez les médecins britanniques formés dans les années 1950 et auparavant. Bien sûr, Loudon consacra plusieurs pages de critiques irrésistiblement mordantes (Loudon 1976: 25-30) de son *Introduction* à deux problèmes connexes, celui du recrutement des étudiants en médecine par filiation patrilinéaire et celui de l'exclusion totale des

femmes et de leur confinement dans des spécialités que l'on disait centrées sur les soins plutôt que sur le traitement. Il soutint, envers et contre tous les enseignants en médecine de l'époque, que cet état des choses était dû à des motifs politiques et socioculturels inacceptables plutôt qu'à des motifs génétiques. Après son travail de terrain à temps partiel, à titre de médecin praticien à Natal, sur ce qui est communément appelé l'hystérie zulue, Loudon suivit une formation officielle à la LSE et devint enseignant en anthropologie à Swansea, dans le sud-ouest du pays de Galles. Cela lui permit de vivre et d'étudier pendant la majeure partie de sa vie dans la vallée de Glamorgan, où il travailla comme praticien généraliste aux côtés de son père. Plus tard, avant que sa mauvaise santé ne le force à prendre sa retraite, il fut en mesure, en sa qualité de médecin, de partager la vie des insulaires de l'archipel de Tristan da Cunha, qui furent rapatriés à la suite de leur exil causé par une éruption volcanique, et de faire état de leur histoire ethnographique unique.

Pour des raisons de santé aussi, Gilbert Lewis prit sa retraite de Cambridge en 2003. Il demeure une source d'inspiration active dans la sphère du travail de terrain grâce à ses premiers articles (dont un fut présenté lors d'une conférence en 1972) et à son premier livre sur les Gnaus de la Nouvelle-Guinée. Son exhaustive et brillante étude particulièrement importante, *A Failure of Treatment*, porte sur la maladie et la mort d'un homme en Nouvelle-Guinée en 1968-1969, et n'a été publiée qu'en 2000, après une intense participation à cette expérience à l'époque, un intense partage de celle-ci, plusieurs révisions de l'ouvrage et 25 ans de mûre réflexion. Dans cet ouvrage, Lewis présente une analyse critique, non seulement des points de vue divergents présents sur le terrain, mais aussi des méthodes et des théories élaborées en Grande-Bretagne, aux États-Unis et ailleurs depuis ce temps. Il s'agit d'un excellent point de départ pour la compréhension des courants passés et continus en anthropologie médicale britannique, dont il laisse vivement présager un grand nombre.

Fortes, dans son *Avant-propos* du volume de 1976 (Loudon 1976: ix-xx), regrette l'accent qui a été mis, dans les discussions précédentes, sur les formes institutionnelles et les schémas culturels ainsi que le fait qu'elles furent suivies par des études centrées sur le mythe, le rituel, les systèmes cognitifs et les modes de pensée. Ces approches, déclare-t-il, subordonnent la tâche qui consiste à comprendre les acteurs humains à une analyse théorique dominée par des concepts et des paradigmes empruntés à la théorie linguistique ou à la philosophie technique[9]. Il poursuit, de la manière suivante :

> « L'analogie qui vient à l'esprit est celle d'une science du vol pour laquelle ne sont pertinentes que les variations quantitatives et physiques entre le vol des aigles, des volailles de ferme, des pinsons et des avions de ligne, tandis que pour l'ornithologue, il existe tout un monde de diversité qualitative à apprécier et à

> comprendre — les différences entre les niches écologiques respectives de chaque espèce naturelle, les objectifs et les tâches de la protection des espèces, les capacités innées et acquises, et ainsi de suite, et à plus forte raison, les différences plus fondamentales entre les animaux nés pour voler et les artéfacts représentés par les avions de ligne. » [traduction] » (Fortes, dans Loudon 1976 : x)

Il soutient que la santé et la maladie sont propres aux individus et aux acteurs humains, et que ces concepts, satisfaisants du point de vue heuristique, permettent de diriger l'attention sur les déterminants les plus critiques de l'existence humaine ; l'attention doit porter sur les acteurs, leurs réactions et interprétations. Ce paradoxe apparent qui consiste à s'attarder de près à l'expérience personnelle des deux termes du rapport guérisseur / patient (et plus tard à celle de l'anthropologue), mais dans le cadre de l'étude méticuleuse du processus social, demeure la caractéristique centrale de la majeure partie de l'anthropologie médicale britannique. Que les données objectives sur la subjectivité soient analysées qualitativement ou quantitativement, ce sont elles qui sous-tendent la prétention des praticiens selon laquelle ils ne donneraient pas des réponses toutes faites concernant les cas individuels, mais feraient en sorte de pouvoir poser des questions éclairées et fondées sur des éléments probants. L'un de ceux qui a élaboré ces idées avec créativité est l'actuel successeur de la distinguée lignée d'anthropologues médicaux de la London School of Hygiene and Tropical Medicine[10], Robert Pool (1994, 2000). Selon lui, compte tenu de la fusion des cultures qu'implique la rencontre des esprits et des actions ainsi que le partage du temps, au moment du travail de terrain, c'est l'émergence et la réémergence d'une série de cultures hybrides et temporaires qui servent de substrat à l'analyse finale.

> « Cette ethnographie est le produit de la différence résultant de mon manque initial de compréhension des interprétations et des compétences locales du langage quotidien. Après tout, si j'avais été natif de cet endroit, je n'aurais probablement jamais trouvé que les termes dont traite cette ethnographie sont problématiques, et par conséquent intrigants de prime abord, et je n'aurais pas ressenti le besoin de consacrer tout ce temps à rechercher leurs significations. Mes enquêtes ont été fructueuses puisque ne sachant pas, initialement, de quoi les gens parlaient, j'ai dû construire ma propre compréhension partielle et singulière. Pourtant, l'interprétation ne provient pas simplement de mon manque de compréhension. Il s'agit plutôt du produit de mes enquêtes, généré d'une part par mes connaissances anthropologiques et par mon ignorance du langage local et de la culture locale et, d'autre part, par l'interprétation de mes informateurs quant à leur culture et leurs tentatives de m'enseigner le sens de leurs termes vernaculaires.
>
> [...] La compétence est nécessaire, mais elle doit être acquise graduellement *durant* le travail de terrain et *grâce* à ce dernier. Bien sûr, l'ethnographe fera des erreurs dans ses traductions, il retraduira certainement ses textes au fur et à mesure que ses compétences augmenteront, il révisera ses interprétations, chan-

gera d'idée. Les informateurs originaires de l'endroit changeront aussi d'idée et réviseront leurs interprétations (par suite de la contamination de la "rétroaction paralittéraire" qu'Owusu craint tant). Mais c'est là le propre de l'ethnographie, de ce qui doit être explicitement présenté et non pas honteusement dissimulé dans la monographie finale.

[...] La fluctuation, la fragmentation et l'indétermination ne constituent des problèmes que si nous continuons à supposer la préexistence d'une réalité objective externe ou d'un ordre sous-jacent capable d'être graduellement révélé par l'application d'une méthode de recherche adéquate ou de techniques analytiques puis représenté de manière authentique dans la monographie finale, par le biais d'une certaine forme de réalisme littéraire. Une fois qu'on a accepté que la « véritable » culture autochtone n'existe pas dans une forme pure ou vierge, attendant d'être découverte et représentée par l'ethnographe, mais que l'ethnographie est faite, avant tout, de pratique partagée, de dialogue, de performance et de production, dans lesquels la communication est souvent non ambiguë et complète mais indéterminée et fragmentaire, alors le problème apparaît sous un autre jour. » [Traduction] (Pool 1994 : 238-239)

Dans sa préface, Fortes continue de soutenir qu'à titre d'anthropologues nous sommes autorisés à étudier les peuples non occidentaux et qualifiés pour le faire. Il cite, comme résultat toujours utile mais étonnant de ces études, l'observation de Rivers selon laquelle les insulaires de Torres Straits étaient « plus rationnels que nous » [traduction] parce que leurs « modes de diagnostic respectent plus directement les notions de causalité » [traduction]. Néanmoins, il est d'avis que cette idée maîtresse de Rivers est plus psychologique que physiologique ou socioculturelle et que ce dernier n'a pas réussi à prouver la corrélation entre « l'art de la guérison » et les explications occidentales scientifiques et objectives [?] de la pathologie. (Loudon 1976 : xiii-xiv). Cela aurait été un moyen de vérifier jusqu'à quel point les croyances et les idées *a priori* l'emportent sur les faits inéluctables de la nature qui s'offrent à l'observation et à la compréhension d'une culture préscientifique. Fortes affirme qu'une telle approche « l'emporte encore dans une certaine mesure » [traduction] et conduit à la psychiatrie transculturelle, qu'il considère, par référence implicite à Ari Kiev 1974 (1964), comme regrettable et ayant contribué à l'égarement de Turner et Evans-Pritchard lorsque ceux-ci adoptèrent des catégories émiques et mirent ainsi l'accent de façon réductionniste sur la sorcellerie, la magie et les pratiques rituelles socialement rééquilibrantes. Les seules catégories résiduelles qu'ils ont laissées dans leur sillage sont le diagnostic rationnel, le traitement et la prophylaxie. Le livre qu'il introduit devrait mettre l'accent comme il se doit sur la personne et son traitement et non pas sur la nature du traitement de la maladie en général. Dans la mesure où il porte sur les guérisseurs, il devrait aussi porter sur le guérisseur lui-même au lieu de parler des activités de guérison en termes abstraits. En bref, le but devrait être l'analyse des expériences, agréables et désagréables, vécues par les individus, les familles et les communautés, et refléterait ainsi les processus complexes qui recoupent plusieurs niveaux de l'existence. Tous les types de médecines, y compris la nôtre, se fondent sur la formulation d'interprétations et les tentatives de maîtriser les processus qui sous-tendent les expériences concrètes de ce type. Malgré les

> meilleures prévisions fondées sur la « virtuosité actuarielle », l'incertitude de l'incidence et des résultats est toujours présente. Comme les présenta Evans-Pritchard, les questions socioculturelles des Zandés : « Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? À qui la faute ? » [traduction] sont toujours aussi importantes que lorsqu'elles ont été dégagées en médecine occidentale par l'historien médical et théoricien socialiste (Sigerist 1951 : 157). Du point de vue de Fortes, cela est « [...] peut-être... le cœur de toute étude anthropologique d'un système médical, considéré comme un appareil institutionnel de défense contre l'incursion de la douleur et de la menace toujours émergente de l'annihilation qui est le lot de l'humanité ». [Traduction] (Loudon 1976 : xix-xx)

L'introduction de Loudon est même plus directive quant à ce qui aurait ou n'aurait pas dû être inclus, et ce qui aurait eu plus de poids s'il avait été, du moins en partie, communiqué officiellement à l'avance aux auteurs. Ces injonctions ne furent pas sanctionnées dans ce cas par l'exclusion de l'article de la conférence, bien que les auteurs contrevenants (notamment Leeson et Frankenberg) furent âprement critiqués lors des discussions orales, mais passés sous silence, plutôt que réprimandés, dans la version imprimée de l'introduction. Se reposant sur son autorité de praticien, Loudon se soucia davantage d'établir la distinction entre les praticiens d'expérience et les médecins, même spécialistes, fraîchement formés. Il reconnaît l'éminence des ethnographes du détroit de Torres, qui ont même aspiré plus tard dans leur vie au statut de membre de la Royal Society. Cependant, il souligne que leur anthropologie, tout comme leur médecine, était obsédée, malgré leur expérience de terrain (et même grâce à elle), par les théories de la médecine et de la psychologie. Ils avaient négligé le pragmatisme de la tradition occidentale alors reconnue, reposant sur une combinaison équilibrée de science, d'arts et de sciences humaines, dans la théorie, les faits et la pratique. Cela rendit l'anthropologie et l'ethnomédecine peu attirantes aux yeux des médecins coloniaux hautement qualifiés sur le plan technique, mais de tempérament plutôt terre à terre et qui n'avaient qu'une connaissance élémentaire de leurs résultats.

Plus tard, les ouvrages d'Audrey Richards et de Margaret Read suscitèrent davantage leur respect. À cette époque, et même très récemment, lorsque le General Medical Council exiga qu'on accorde plus d'attention à l'expérience du patient dans la formation des médecins, Loudon ne fut pas long à renommer sous l'étiquette des « sciences comportementales » les éléments de sciences sociales qu'il avait proposés et à les interpréter selon la psychologie ou le consommateur. Cette menace aurait pu être qualifiée de moins dangereuse que celle des sociologues dits radicaux qui critiquent la société en général ou que celle des anthropologues qui semblent au mieux mollement enthousiastes quant aux règles coloniales, directes ou indirectes. Loudon n'avait aucun enthousiasme pour les sciences sociales ou comportementales. Il considérait le savoir professionnel et les soins apportés aux

patients comme appartenant au domaine du gros bon sens, et il estimait que le fait de les inclure au programme de formation risquait d'empiéter sur le temps qu'on devait consacrer à la «vraie» science. Paradoxalement, du point de vue de Loudon, cela ouvrit la porte à ceux qu'il qualifiait de scientifiques rêveurs formés en médecine, et personnifiés par Oliver Sachs et R. D. Laing («un joueur de flûte»), rêvant de manière idéaliste de santé totale et non d'amélioration, de traitement ou de soins. Ce dernier élément, de l'avis de Loudon, était déjà plus subordonné qu'il aurait dû l'être. Mais Loudon n'avait pas, à cette époque, établi le lien avec le fait que les soignants étaient doublement voilés à titre d'infirmières et, pour la plupart, de femmes.

Il poursuivit sans honte dans la même veine, mais sans charme ni élégance, en présentant l'éthique grossière du médecin de campagne traditionnel comme modèle de réalité pour l'anthropologue en puissance (voir Berger 1976 (1967) qu'il cite à son propre compte) et, du même coup, en sous-estimant peut-être la possibilité de transition vers une compréhension plus arrêtée du praticien[11]. Il conclut cette section par un plaidoyer demandant au praticien de rechercher l'efficacité et non la popularité (il suggérera plus tard qu'en médecine d'urgence l'équivalent des méthodes du plombier pouvait parfois être plus apprécié que les méthodes du prêtre), et demandait aux anthropologues de ne pas oublier les questions vitales et le sentiment de sort menaçant, qui habitent l'expérience des patients et des médecins relativement à la médecine ordinaire.

Bien que Loudon ne l'ait pas mentionné, lui et le présent auteur ainsi que Roger Jeffery, d'Edimbourg, avaient par un heureux hasard été invités par Charles Leslie[12] à prendre part, entre la conférence et la publication des articles, à un atelier-conférence sur les fondements théoriques de l'étude comparative des systèmes médicaux (voir Leslie (éd.) 1978). Arthur Kleinman y présenta les idées qui devaient occuper, pendant plusieurs dizaines d'années, la place centrale dans le débat sur les tenants et les aboutissants de l'anthropologie médicale aux États-Unis. Ces idées regroupaient notamment la distinction conceptuelle entre *illness* (qui correspond à la maladie telle qu'elle est perçue et interprétée par le malade) et *disease* (qui correspond à la réalité biologique des troubles) ; ainsi qu'entre les qualificatifs folklorique, populaire et professionnel. Loudon et le présent auteur, qui avaient été invités trop tard pour pouvoir rédiger des articles à l'avance, adoptèrent, presque par inadvertance, dans l'esprit de la nécessité du dialogue, des points de vue qui furent à la fois opposés et variés ; Loudon, par son départ hâtif, et peut-être en raison du fait qu'à la manière typiquement anglaise sa finesse théorique fut voilée, parce qu'inondée dans les exemples empiriques, devint le bouc émissaire général et fut très peu cité dans les résumés des discussions (Anthony Thomas 1978, Dunn et Good 1978). Plus tard, tous deux contribuèrent néanmoins à ramener dans le discours britannique

les concepts de Kleinman sur les modèles explicatifs: *illness* (maladie perçue et interprétée par le malade), *disease* (réalité biologique des troubles) et *sickness* (maladie socialisée) ainsi que folklorique et professionnel (et plus tard encore les trois aspects du corps de Scheper-Hughes et Lock (1987)) ne serait-ce qu'à titre de notions complémentaires aux concepts dérivés des idées d'Evans-Pritchard et de Victor Turner.

Une partie de l'introduction de Loudon concernant la conférence de Kent est en fait consacrée à décondenser et à complexifier les concepts de Kleinman tout en discutant des différences découlant de leur appropriation par des spécialistes et des non-spécialistes. Utilisant les travaux de Willis sur les Fipas (1972), travaux anciens mais tout récemment publiés, il trouva ces concepts utiles pour la compréhension des similitudes et des différences entre les sociétés d'Afrique relativement peu développées et celles que l'on suppose totalement dominées par la médecine scientifique professionnelle. La médecine, comme la vie elle-même, trouve sa place et son fonctionnement parfois dans la sphère du privé (même dans la chambre à coucher), et parfois dans la sphère du public. La consultation — activité principale du guérisseur et du patient — peut se produire dans l'une ou l'autre des sphères mais inclut toujours un élément de fonctionnement qui se prête à la participation, à l'observation et à l'analyse de l'anthropologue classique; toutes les parties concernées peuvent prendre une part considérable à cette tribune. Comme nous l'avons vu, l'introduction de Loudon et son invitation précédente adressée aux conférenciers avaient été plus directives que lors des conférences précédentes. Tout en reconnaissant que, jusqu'à ce point, la collaboration anthropologues-médecins avait été plus efficace dans les domaines de la santé publique, de l'épidémiologie et de la psychiatrie, il dissuada la présentation d'articles dans ces domaines et demanda aux auteurs de se concentrer sur la normalité et la déviation sur le plan du cycle de vie biologique[13] et non pas sur celui du cours de la vie; sur la maladie vécue comme un processus pathologique et perçu comme un envahisseur ou comme un trouble interne, exopathique ou endogène, et sur la distinction entre *illness* et *disease.*

POSITION GÉNÉRALE SUR LE TERRAIN

Il est important de signaler que deux grandes sociétés savantes s'engagèrent à encourager et, dans une certaine mesure, à encadrer l'anthropologie en Grande-Bretagne. La plus ancienne et la plus générale, le Royal Anthropological Institute (RAI), qui publie notamment, *MAN* et *The JRAI,* est ouverte à tout membre sérieusement intéressé, même à titre d'amateur de sciences comparées. Il s'agit en fait du prolongement de divers organismes

fondés au début du XIX[e] siècle et constitue une organisation-cadre regroupant les anthropologues (principalement britanniques), et qui cherche à jouer un rôle très général de soutien et parfois de représentation. Du point de vue de l'anthropologie médicale, cette organisation a joué un rôle très important, et continue de le faire. L'Association of Social Anthropologists (ASA), dont la seule et unique conférence et publication sur l'anthropologie médicale vient de faire l'objet de notre discussion, fut fondée très consciencieusement en 1946, à titre d'association *universitaire* professionnelle du *Commonwealth britannique* regroupant des anthropologues *sociaux* détenant un Ph. D. ou ayant amplement publié à ce sujet. Ceux qui, croyait-on à l'origine, allaient pouvoir être acceptés dans ses rangs occupaient presque tous des postes universitaires en Grande-Bretagne ou au sein du Commonwealth et avaient mené des recherches sur le terrain. Le titre de cette association est, bien sûr, éloquent quant aux qualificatifs qu'il omet. Ces qualificatifs étant « biologique », (appelée « physique », à cette époque), « culturelle » et « culturelle-matérielle ». Les anthropologues dont la recherche portait principalement sur ces sphères étaient susceptibles d'être exclus du très rigoureux processus d'examen détaillé exercé à huis clos par le comité. La majeure partie des sommités de l'anthropologie médicale, mais nettement pas toutes, auraient vraisemblablement été membres du RAI et de l'ASA, qui étaient, de toute manière, devenus beaucoup plus étroitement liés[14].

Le RAI était le plus accueillant, en particulier à l'endroit des anthropologues médicaux plus spécialisés, puisqu'il comptait dans ses rangs un grand nombre de membres de la discipline médicale depuis sa création, et parce qu'il avait érigé par fondation la remise biennale du prix de la médaille Wellcome destinée à la meilleure contribution anthropologique à la recherche médicale[15]. Ses locaux de Londres étaient toujours facilement et rapidement accessibles aux principaux centres de développement de l'anthropologie médicale de Grande-Bretagne, à University College et à ses hôpitaux affiliés: School of Oriental and African Studies et London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Audrey Cantlie introduisit l'anthropologie psycho-analytique dans cette institution. L'un des pionniers de l'enseignement de l'anthropologie médicale comme telle fut Richard Burghart. Jan Savage se rappelle avoir entendu parler des cours de ce dernier alors qu'elle était étudiante à la LSE (London School of Economics and Political Science). Elle parvint à convaincre le personnel de l'institution qu'elle et plusieurs anciens membres du personnel de santé étaient en mesure de traverser les frontières institutionnelles et de suivre ce module qu'elle décrit comme inspirant. Burghart succéda ultérieurement à Karl Jettmar à l'Institut d'Asie du Sud de Heidelberg. Né aux États-Unis, il était intéressé par le Népal où il avait effectué la majorité de ses recherches de terrain. Le site Internet du SAI indique qu'il était très intéressé par les théo-

ries anthropologiques contemporaines et qu'il insuffla l'esprit de l'anthropologie sociale britannique dans les courants principaux de l'ethnologie allemande, encore très liée à l'idée que les tribus illettrées constituaient le sujet central de la discipline. Il est malheureusement décédé d'une tumeur au cerveau à 49 ans, en 1993, et n'a pu terminer sa mission (Burghart 1988 et Reisland *et al.* 1998). Lorsque la British Medical Anthropology Society, dont Burghart était membre, formée en 1976 mais dont la structure et le fonctionnement étaient alors informels, fut remise en vigueur à titre de comité officiel, le RAI fut et continue d'être, son port d'attache naturel[16]. Après de longues délibérations et consultations, le sous-comité (maintenant officiel) du RAI formula une définition générale du sujet qui, heureusement, dépasse largement et réalistement celle qui avait été envisagée par ses pionniers « sociaux » :

> « **L'anthropologie médicale** constitue l'application de la compréhension et des méthodes anthropologiques, aux questions liées à la santé, à la maladie et à la souffrance. Bien qu'elle constitue en général une sous-discipline de l'anthropologie sociale et culturelle, l'anthropologie médicale, dans son sens large, s'étend aussi aux champs d'études des anthropologues biologiques (par exemple en matière de génétique des populations et d'écologie), des archéologues (p. ex. la paléopathologie), des ethnologues et des psychologues (p. ex. la pensée rationnelle chez les primates non humains) ainsi que des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé (conceptualisation de la maladie, cheminements dans les soins professionnels). À titre de corpus de connaissances, l'anthropologie médicale est grandement redevable à d'autres disciplines, notamment la biomédecine, l'histoire et la sociologie, les études sur les régions en développement, la psychothérapie et la psychanalyse, la linguistique et la philosophie[17]. » (Lambert 2001)

L'anthropologie médicale et la santé publique

On peut dire qu'en Angleterre l'anthropologie médicale, ou du moins les portions de celle-ci reliées à l'épidémiologie et à la santé publique, tout comme d'autres disciplines des sciences sociales, a soudainement atteint sa majorité au moment de l'avènement du VIH-sida, en 1981. À l'origine, cette épidémie suscita la panique dans les milieux médicaux et politiques. La perte de contrôle qui s'ensuivit entraîna une plus vaste reconnaissance du sérieux et peut-être même de l'utilité des sciences sociales (Frankenberg 1995). Les anthropologues et les sociologues médicaux furent étonnés d'être convoqués aux réunions politiques de haut niveau. Phil Strong, sociologue ethnographe, fut le premier directeur du programme de recherche du département de santé et de politiques publiques de la LSHTM, qu'il dirigea par la suite, pendant un certain temps, en collabora-

tion avec la codirectrice Virginia Berridge. Le compte rendu, par ailleurs excellent, sur l'histoire des politiques en matière de sida au Royaume-Uni (Berridge 1996) parle très peu des contributions de l'anthropologie et, évidemment, encore moins de l'effet que celles-ci ont eu en retour sur l'anthropologie[18]. Phil Strong mourut soudainement peu de temps après cette période, et selon un livre publié à sa mémoire, le vide laissé derrière lui fut partiellement comblé par Rosaline Barbour et Guro Huby (1998). Le dernier chapitre (14) de ce livre est un article de Strong publié à titre posthume (Strong 1998), et dont l'introduction et la présentation ont été rédigées par sa compagne de longue date, tant sur le plan professionnel que privé, l'anthropologue Anne Murcott[19].

Le grand intérêt de ce livre est qu'il attire l'attention sur deux caractéristiques singulières de l'anthropologie médicale britannique. La première est son étroite association continue avec le conseil de recherche médical (Medical Research Council, MRC) ainsi que le conseil de recherche en sciences sociales (SSRC) et ses unités de recherche, qui, déjà à cette époque, pour des raisons qu'il n'est pas nécessaire de reprendre ici, œuvrèrent principalement en Écosse. La seconde de ces caractéristiques est le fait qu'elle reconnaissait la valeur de l'anthropologie sociale et de ses contributions sociologiques et autres aux études sur la santé en général et que les synergies étaient encouragées. Ces contributions se poursuivent, et elles sont complétées par la collaboration avec le MRC Health Services, formé en 1998, et dont les activités se déroulent principalement, sans s'y limiter, au département de médecine sociale de Bristol. L'une des figures dominantes de ce domaine est Stephen Frankel, collaborateur de Gilbert Lewis en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Toute cette activité irradie par l'intermédiaire d'un réseau qui s'étend vers le nord-est[20].

La Public Health Research Unit[21] fut une autre entreprise importante de recherche, située à l'Université de Glasgow, en Écosse. Sous ses auspices, Marina Barnard, une anthropologue sociale de l'Université de Glasgow, mena, avec Neil McKeganey, une série d'études ethnographiques sur les prostituées ou les toxicomanes de la région de Glasgow, qui faisaient usage d'aiguilles hypodermiques (McKeganey *et al.* 1992). L'analyse qui s'ensuivit avançait des propositions créatives de politiques sociales.

Plusieurs anthropologues travaillèrent en collaboration avec le principal sous-groupe de la British Sociological Association, le Medical Sociology Group, et participèrent à l'organisation de ses conférences annuelles et locales auxquelles ils assistèrent et continuent d'assister. Au cours des ans, certains y ont présenté des conférences plénières, dont plusieurs retombées bénéfiques sont énumérées dans les matériels introductifs de l'ouvrage de Barbour *et al.* (1998). L'une de ces retombées, qu'il est intéressant de mentionner à la lumière de la controverse actuelle au sujet de ce qui est important et de ce qui est futile, est la référence suivante (Barbour *et al.* 1998: 4) :

> « [...] la sensibilité [de Michael Herzfeld] au contexte immédiat [...] aide à se détacher des perspectives qui sont déjà, dans une certaine mesure, déterminées par les structures mises en place pour l'examen ». [Traduction] (Herzfeld 1992 : 15)

Une autre retombée fut la présentation précoce, lors de la même série de conférences, de Davey Smith *et al.* (1993) concernant leurs observations de terrain sur la complexité de l'ethnoscience locale visant la classification de la diarrhée infantile et son incidence sur la réforme de santé au Nicaragua, et qui contribua à une meilleure compréhension du rôle de la division urbaine / rurale qui ébranlait le soutien du gouvernement d'alors. La contribution de Sophie Day, du collège Goldsmith, à Londres, fut très importante pour la compréhension de l'anthropologie sociale relativement au sida. Pendant plus de 15 ans, elle travailla en étroite collaboration avec Helen Ward, d'abord clinicienne puis devenue épidémiologiste au collège Imperial. Elles furent toutes deux presque les seules dans le monde, au début, à investiguer, avec beaucoup de sympathie, d'objectivité et de pragmatisme, les quatre boucs émissaires des célèbres quatre H : homosexuels, Haïtiens, héroïnomanes et *hookers* (prostituées). Elles offrirent des services de santé aux premières prostituées de l'industrie du sexe de Londres, et plus tard dans d'autres villes, et étudièrent en détail leur mode de vie. Elles déterminèrent que l'utilisation du condom les plaçait moins à risque de transmettre le sida ou de le contracter par suite des relations avec leurs clients. À cette époque, les résultats de ces chercheuses évitèrent le blâme mais furent plus tard généralisés pour formuler l'argument en faveur du retrait de soins préventifs et des services d'aide sociale destinés aux femmes prostituées dans le monde. Néanmoins, comme les anthropologues le font souvent, elles donnèrent l'exemple quant à l'importance de l'observation directe et de la coopération avec les personnes directement intéressées dans toutes études, et cela, dans le but de condamner les approximations, certes « éclairées », mais empreintes de préjugés (Day 2000 ; Day et Ward 2004 ; Day, Ward et Harris 1988).

L'étude de Mary Douglas, intitulée *Leviticus as Literature* (1999), ainsi que ses travaux sur le risque et la manière dont pensent les institutions (*How Institutions Think* [1987]) ont toutes influencé les anthropologues médicaux de Grande-Bretagne et d'ailleurs dans le monde. Le sida incita aussi cette auteure à publier, en collaboration avec Marcel Calvez, un ouvrage intitulé *The Self As Risk Taker: a Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS*, une rare contribution directe qui montrait comment sa théorie culturelle pouvait s'appliquer aux épidémies (Douglas et Calvez 1990).

Cependant, l'intervention peut-être la plus spectaculaire de l'anthropologie ne fut pas en relation avec le sida mais bien dans le domaine populaire de l'épidémiologie des maladies cardiovasculaires dans la région fort étudiée[22] du sud du pays de Galles (Davison *et al.* 1992, Frankenberg

1994b). Charlie Davison et ses collègues[23] encouragèrent les médecins et les promoteurs de la santé à documenter le processus de l'épidémiologie «béotienne» fondée sur l'observation directe des cas et non pas sur les probabilités statistiques. Après avoir constaté que les expressions de scepticisme concernant les messages éducatifs en matière de santé étaient des réactions rationnelles fondées sur des affirmations telles que l'existence d'un «oncle Norman» qui a fumé toute sa vie comme une cheminée et qui a vécu jusqu'à plus de 80 ans; ou telles que la connaissance d'un villageois qui était le «candidat» le moins susceptible de succomber d'une attaque cardiaque et qui est pourtant décédé prématurément, on trouva des moyens de réexaminer la pertinence des approches courantes en matière d'éducation portant sur la santé et d'attirer l'attention sur les réalités et les anomalies statistiques. Les anthropologues, qu'ils soient qualifiés en médecine ou non, peuvent, comme le soutint Loudon lors de la première conférence, faire progresser le plus efficacement l'anthropologie médicale grâce à la pratique, ainsi qu'à partir et dans le cadre de celle-ci (voir aussi Lambert 1998 et Lambert *et al.* 2002)[24]. Les observations de longue haleine du praticien généraliste, Julian Tudor Hart (1988), effectuées dans le cadre de sa pratique dans le sud du pays de Galles, et de son entière participation à la majorité des aspects de la vie des habitants de cette région, l'incitèrent à partager avec ses patients ses connaissances en matière de danger pratique et non pas de simples risques théoriques. Cela ne signifie pas qu'il n'ait aucunement conservé de données quantitatives sur chacun de ses patients ou qu'il éprouvait une aversion pour le dénombrement ou le calcul lorsque ceux-ci se révélaient nécessaires ou utiles. Davison et ses collègues médecins entreprirent une sorte d'épidémiologie (comme les anthropologues spécialistes du VIH-sida sont parfois capables de le faire) qui peut être créée et utilisée par les patients à risque et servir d'outil d'autoassistance aux organismes communautaires. La multiplication des analyses exhaustives de cas répétés, par l'ensemble des acteurs sociaux touchés, en particulier dans le cas des maladies chroniques et récurrentes (Strauss *et al.* 1985) peut se révéler plus efficace que le fait de fournir des réponses moins que généralisables, puisqu'elle peut fournir des questions. Il subsiste toutefois un conflit méthodologique entre le type privilégié de méthode quantitative du néocochranisme (étiquetée de manière générale et trompeuse comme s'il s'agissait de la seule source de médecine fondée sur des données probantes) et le particularisme de la méthode anthropologique traditionnelle des anthropologues. L'opposition de ces deux méthodes est souvent trop grande pour être surmontée, mais elle peut parfois servir de stimulus, comme cela s'est vu dans certains cas récemment mentionnés relativement à de nouvelles manières importantes de voir les choses qui n'étaient disponibles ni dans une méthode ni dans l'autre.

L'anthropologie médicale et la psychiatrie

Les épidémiologistes et les anthropologues médicaux peuvent efficacement, et de manière complémentaire, explorer et exploiter le même habitat (Frankenberg 1984). La psychiatrie et l'anthropologie, du moins dans la personne de quelques chercheurs pas entièrement rares, sont souvent unies au sein du même organisme ou de plusieurs organismes institutionnels pour faire preuve d'une véritable vigueur hybride. À ce sujet, une récente collection de 12 articles de conférence, tous (sauf 3) écrits par des chercheurs et des praticiens travaillant en Grande-Bretagne, aidera le lecteur à vérifier l'affirmation susmentionnée (Skultans et Cox 2000; voir aussi Skultans 2003 a, b[25]; ainsi que Littlewood et Dein 2000). Cette collection, éditée par un anthropologue social chevronné (présent, comme on l'a vu, lors de la conférence de 1972 sur laquelle s'ouvre ce compte rendu), et président du Royal College of Psychiatrists, constitue un livre de référence utile pour confirmer ou modifier la réalité de cet énoncé. Dans cette collection, Roland Littlewood[26] applique même ses talents d'ethnographe à la « culture psychiatrique », ce qui, soutient-il, est nécessaire puisque la médecine occidentale cherche à être une science naturaliste et à atténuer l'importance de ses valeurs culturelles liées tant à la relation sociale entre le patient et le médecin qu'à la compréhension locale par le biais de laquelle est ressentie la souffrance. Il poursuit en écrivant ce qui suit :

> « Elle objectifie l'expérience comme si notre expérience était formée d'entités naturelles et, attribuant à celles-ci les conditions de notre observation clinique, elle réifie nos contingences personnelles au rang de nécessités biologiques. Comme l'anthropologue français, Pierre Bourdieu (1977, p. 96) l'a formulé en termes marxistes, "l'observateur transfert dans l'objet les principes de sa relation avec cet objet"; comme nous le faisons lorsque nous parlons de "psychiatrie" en tant qu'entité et non pas en tant qu'actions de certains individus dans leurs mondes particuliers de morale et de politique. » [traduction] (Littlewood 2000 : 66)

Par cet endossement de l'approche antifétichiste de Bourdieu dans le style de Marx, il endosse aussi l'importante différence entre la signification attribuée à la culture par la plupart des anthropologues sociaux britanniques (par opposition à celle de bon nombre d'anthropologues culturels étasuniens de la vieille école, mais qui ne sont pas nécessairement âgés), à savoir que cette analyse culturelle constitue une analyse du processus expérimenté et non pas une description et une réification d'une entité ressemblant à une chose. Comme il le sera soutenu, cela aussi divisa encore davantage, jusqu'à tout récemment, l'approche théorique de l'anthropologie concernant les infirmières et les sages-femmes et empruntée par celles-ci, en Grande-Bretagne, à de nombreuses autres d'entre elles aux États-Unis.

L'œuvre maîtresse de Littlewood (2001), qui fait d'ailleurs partie d'une prodigieuse production, et qui est fondée sur ses prestigieux cours donnés au collège All Souls, à Oxford, ses *Wilde Lectures*, montre comment il est possible de rechercher un type d'anthropologie médicale appliquée qui, combinée à la psychiatrie, à la perception ethnographique, à la compréhension philosophique, à l'histoire et, par-dessus tout, à toute une sensibilité à la guérison culturelle empreinte de créativité ainsi que d'autres processus prônés par divers mouvements religieux (par exemple, une mère nature (Earth Mother) à Trinidad, des prophètes rabbins hassidiques à Londres et à New York[27]), peut apporter une contribution majeure à l'anthropologie dans son ensemble.

Il existe une autre hybridité intéressante et productive à un niveau différent de l'activité clinique en psychologie, la thérapie systémique ou familiale. Cette dernière doit son existence même à un génie de l'anthropologie appliquée d'origine anglaise, maintenant négligé, Gregory Bateson (1972, *passim*). Elle est issue des milieux de la recherche et de la pratique, d'abord à la clinique Marlborough, puis au centre Tavistock, d'Inga-Britt Krause qui, tout récemment, a posé le problème qui consiste à « savoir comment interroger en ethnographie et en psychothérapie » (2003) [traduction][28].

Cette étude précisément anthropologique des institutions psychiatriques, par Caudill (1958), aux États-Unis, ne semble pas avoir eu beaucoup de suites au Royaume-Uni, bien qu'un des éditeurs, Neil Mckeganey, de Michael Bloor *et al.* (1988) choisit comme sujet pour sa thèse de doctorat (1982) la communauté thérapeutique de Camphill Rudolf Steiner (voir Bloor *et al. passim* et bibliographie des publications d'autres auteurs). Iain Edgar, qui s'était déjà concentré sur l'anthropologie en relation avec les rêves, réalisa aussi son premier travail de terrain au sein d'une communauté thérapeutique (Edgar 1986, 1990). Le seul livre publié semble être celui de Rapoport (1960)[29].

L'ANTHROPOLOGIE « MÉDICALE », LES SOINS INFIRMIERS ET LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Certaines tentatives précoces visant à lier les soins infirmiers à l'anthropologie médicale ont déjà été mentionnées. Si l'association avec la santé publique a fait jaillir des étincelles de compréhension à partir d'un certain antagonisme, tandis qu'en psychiatrie, comme je l'ai suggéré, la descendance est apparue avec la vigueur d'un hybride à partir de cette combinaison, l'anthropologie dans la situation britannique a été incorporée et incarnée avec enthousiasme, dans la pratique et la recherche, par les infirmières et

les sages-femmes qui l'ont découverte. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que, jusqu'à très récemment (et encore aujourd'hui), les infirmières voyaient leurs propos «étouffés», voire passés sous silence (elles parlaient mais sans être écoutées) dans leur contexte professionnel (voir Hart 1991; Savage 1995; Ardener 1975). L'anthropologie leur a fourni un langage et une voix grâce auxquels elles purent se faire entendre. La situation qui a existé de manière très précoce aux États-Unis, où l'idée selon laquelle la culture était une chose possédée par les minorités ethniques ou même les «autres races et religions» et dont les infirmières devaient être informées, a parfois mené à l'isolement par rapport au courant principal de l'anthropologie médicale (voir Leininger (1991) et, par contraste, l'approche très différente d'Alan Harwood (1981 a et b)). Le travail de Leininger, quoiqu'il ait été motivé par de bonnes intentions, a souvent mené à la surutilisation des concepts réifiés, des pratiques culturelles figées au lieu de l'observation des processus concernant les infirmières, les autres membres du personnel et les patients, en établissement et en clinique. En Grande-Bretagne, une approche différente provint des nombreuses orientations apparues à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Le travail de Holden et Littlewood (1991) a déjà été mentionné. Deux programmes de maîtrise, un à temps plein et l'autre à temps partiel, portant principalement sur l'anthropologie médicale furent mis sur pied à Brunel (dirigés par Ian Robinson[30]) et à Keele (dirigés par Alan Prout[31] et, plus tard, Jeanette Edwards) et accueillirent chaleureusement les infirmières détenant une deuxième formation pertinente ou l'expérience nécessaire, qu'il s'agisse d'un certificat ou d'un diplôme, professionnel ou autre. Le premier cours annuel donné à Brunel attira une ancienne infirmière d'expérience en pédiatrie[32] qui provenait du département de la santé, l'infirmière en chef du service de prévention des infections ainsi qu'un certain nombre d'infirmières connues à l'échelle nationale. Avant la fin du siècle, plus de 200 infirmières avaient reçu un diplôme de maîtrise de ces deux départements à eux seuls. Plusieurs parmi celles-ci, et parmi d'autres ailleurs en Angleterre, en Écosse et au pays de Galles, poursuivirent au doctorat et firent ensuite de l'enseignement et de la recherche dans les départements universitaires de sciences infirmières, de profession de sages-femmes et de soins primaires, qui occupent maintenant une place primordiale dans la formation en sciences infirmières.

Jan Savage fut, environ à la même période (1992), nommée au Royal College of Nursing Institute[33] en partie pour participer au soutien du premier programme de maîtrise destiné aux sages-femmes. Elle avait déjà publié sur le thème du genre et de la sexualité en sciences infirmières (1987) et mené une étude ethnographique inédite sur l'interaction infirmière-patients, telle qu'elle s'inscrit dans les formes innovatrices d'organisations d'établissement, et souvent qualifiée de «nouveaux "soins infirmiers"» [Tra-

duction] (Savage 1995 : 1). Elle y amena comme contribution son expérience de recherches doctorales fondées sur le travail de terrain portant sur les notions anglaises de procréation et de parenté (1991). Elle y a notamment découvert ce qui suit :

> « Une notion de "proximité" désignant une intimité émotionnelle occupe une place primordiale dans la compréhension de la famille ou des liens du "sang". [...] Auparavant, dans les études européennes et américaines sur la parenté, la "proximité" avait été largement négligée par les anthropologues qui la considéraient comme une similarité de substances corporelles, telles que le matériel génétique. J'ai été intriguée de voir les infirmières utiliser la "proximité" pour désigner une relation occupationnelle et de constater que la signification de ce terme était encore tenue pour acquise. Au début de cette étude, il y avait peu de raisons de se douter qu'il existait un lien entre les deux notions de "proximité" ; l'une désignant le domaine distinct de la parenté et l'autre, le domaine des soins infirmiers. Cependant, au cours de la recherche, les relations de parenté émergèrent à titre de modèles éventuels des relations infirmière-patient et de prestation des soins. De plus, il semble que le construit culturel de "proximité" joue un rôle important dans la structuration des relations dans de nombreux domaines.
>
> Sur le plan des résultats de l'étude, très brièvement, cela laisse croire que la "proximité" est comprise comme une forme de rapport qui permette la révélation de soi ou l'"ouverture". » [Traduction] (Savage 1995 : 3)[34]

Son approche générale donne quelques indications sur la manière dont le courant principal en anthropologie éclairait d'ores et déjà ses cours, et ceux d'autres enseignants, et jusqu'à quel point l'autocompréhension et la compréhension externe des infirmières en matière d'anthropologie s'étaient modifiées, pour passer de leur caractérisation originale, à titre de problème bureaucratique des administrateurs médicaux à des travaux par ailleurs très utiles, comme la première publication de Susser et Watson (1962). En 1995, les cours furent suivis d'une conférence organisée sous les auspices de la section de la santé d'Anthropology in Action. Chris McKevitt, du collège Kings, une collègue infirmière qui était particulièrement active au sein de ce dernier groupe, participait aussi au réseau de recherche de Bristol, décrit précédemment dans le présent article (voir plus récemment McKevitt *et al.* 2003, Lambert *et al.* 2002, McKevitt *et al.* 2002, McKevitt 2000). Un groupe consacré à l'ethnographie et à la santé (Ethnography and Health Group), formé principalement d'infirmières et de sages-femmes, se rencontra périodiquement, à Londres, sous la direction de Jan Savage (maintenant chercheure à plein temps au RCN), et ce, pendant une période d'environ cinq ans et de manière officieuse. Ce groupe organisa aussi des conférences, auxquelles Ian Robinson, de Brunel, et Paul Atkinson, de Cardiff, prirent part à titre de conférenciers d'honneur.

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES[35]

Les anthropologues sociaux britanniques, tout comme leurs homologues d'ailleurs qui s'intéressaient au pluralisme [par exemple Frankenberg 1981, Frankenberg *et al.* (1976, 1977) Lambert (1996)] (au contraire de ceux qui se trouvaient dans d'autres parties de l'Europe), n'accordèrent que peu d'attention aux traditions folkloriques lorsqu'ils se tournèrent vers l'étude de la culture et de l'organisation sociale de leurs propres contrées, (voir Philpin 2003, rare et récente exception d'étude sur le terrain). Jusqu'à récemment, ils ne s'intéressèrent pas non plus aux disciplines professionnelles dites non orthodoxes par opposition à la biomédecine traditionnelle (malgré le mécénat royal et aristocratique, observé par le passé et dans l'histoire actuelle, à l'endroit de l'anthropologie et des techniques de guérison non traditionnelles). Jean Comaroff, des États-Unis, en fait mention dans ses premiers articles (1976 a et b) sur la pratique générale (*General Practice*), qu'elle rédigea lors de son séjour à Swansea et à Manchester en 1971-1972; en 1970, Hans Baer mena des études exhaustives sur l'ostéopathie et d'autres types de thérapies en Grande-Bretagne. Comaroff articula sa réflexion autour de l'idée des effets placebos, dont Ursula Sharma (1992), dans son ouvrage qui fut à l'avant-garde de l'étude anthropologique de longue haleine du CAM, en Grande-Bretagne (voir Waxler-Morrison 1993), reproche gentiment et modestement (mais néanmoins fermement) l'usage en tant qu'outil méthodologique.

> « Je ne suis pas très enthousiaste à l'idée d'utiliser le terme "effet placebo" en tant que concept explicatif, puisque j'estime qu'il sème la confusion parmi les aspects symboliques du processus de guérison que les praticiens sociologues et les anthropologues médicaux (et de nombreux praticiens de médecine holistique) considèrent comme importants. Le problème consiste, pour la médecine traditionnelle et non traditionnelle, à repérer précisément quels sont les facteurs du processus de traitement qui contribuent à l'effet placebo dans chaque type de cas particuliers — s'agit-il du fait qu'on nous a donné quelque chose à faire ou à prendre? S'agit-il de la confiance inspirée par les manières ou la personnalité des praticiens? — Ces éléments peuvent être très difficiles à dissocier des aspects concrets du traitement (les substances administrées, la manipulation ou le massage, l'insertion des aiguilles, les changements alimentaires recommandés). » [traduction] (Sharma 1992: 74)

Ce conseil à lui seul, communiqué à tous les anthropologues qui étudient les pratiques de guérison et qui acceptent souvent les explications de la biomédecine occidentale sans les remettre en question ou qui le font plutôt avec scepticisme, souligne l'importance d'ajouter la médecine alternative aux articles de commerce des anthropologues. En général, les anthropologues médicaux du CAM n'ont pas adopté, dans leurs recherches, l'approche politico-économique de Baer (2004) ni la classification « folklo-

rique, populaire et professionnelle» suggérée par Kleinman (1978). Ils ont toutefois contribué aux arguments théoriques concernant le pluralisme, et ce, souvent de l'intérieur, à titre de praticiens. Récemment, ils se sont intéressés particulièrement aux problèmes découlant de la dynamique des changements dans la pratique, non pas tant sur le plan du contact mécanique des cultures que sur celui des conflits prévus entre patients et guérisseurs dans des contextes polyculturels et non pas uniquement multiculturels. L'accent est mis sur l'expérience holistique, et non pas cartésienne, vécue dans le corps et les significations que celle-ci fait surgir. Sharma suggère (communication personnelle 2004) qu'un intérêt commun dans la médecine complémentaire surclasse plus facilement que ne le font les intérêts traditionnels de la prépondérance indue accordée à la différence entre les approches sociologiques et anthropologiques.

FAITS RÉCENTS ET ACTUELS[36]

L'organisation du British National Health Service est actuellement soumise à une mesure de réexamen, du moins partiel, notamment de la révision et de l'uniformisation continue de la formation médicale et de l'enseignement supérieur ainsi que de la formation d'autres professionnels dans ce cadre. Cela s'accompagne aussi d'une réorganisation du système universitaire qui, dans certains établissements, ouvre la voie à la contribution de l'anthropologie médicale de manière nouvelle ou déjà connue.

L'Université de Bristol ne possède pas de département d'anthropologie en tant que tel mais accueille, comme on l'a vu précédemment, un grand nombre d'anthropologues renommés, principalement en lien avec l'épidémiologie, mais aussi avec la psychiatrie et la sociologie. Elle est le centre d'organisation des ateliers interuniversitaires dans la plupart des domaines dont nous avons discuté.

L'Université Brunel a consolidé son programme sur mesure de maîtrise en anthropologie médicale (maintenant dirigé par Melissa Parker, diplômée en sciences humaines d'Oxford, qui a triomphé de la division sociale / biologique et qui dirige aussi le programme international exhaustif d'anthropologie médicale) en association avec les programmes de maîtrise sur la psychanalyse et sur les différentes cultures des enfants, qui ont des cours en commun avec ce programme. Un cours très innovateur, donné par Eric Hirsch et intitulé Anthropology of Human Kinds (anthropologie des genres humains), se fonde notamment sur les travaux de Ian Hacking, Allan Young, Geoff Bowker et Susan Leigh Star, pour montrer comment, parmi d'autres expériences, la souffrance corporelle a modelé et modèle encore les êtres humains.

Cambridge fut l'un de premiers de plusieurs départements (peut-être traditionnellement en raison de son système d'examen pour l'obtention du B.A. avec mention) à offrir un diplôme de baccalauréat en anthropologie intercalé au programme des étudiants en médecine. Les autres à le faire sont Durham (qui l'offre aussi aux étudiants des autres écoles de médecine), Goldsmiths, Londres; Kent (en association avec le King's College Hospital and Guy's (KGT), à Londres) et Oxford. Cambridge produit aussi un grand nombre de titulaires de doctorats, et l'anthropologie médicale fait partie depuis de nombreuses années de ses diplômes de premier cycle. Au chapitre des nouveautés, soulignons la mise sur pied, en 2003, d'un programme d'études comparatives en biotechnologie et responsabilité (Biotechnology and Accountability [CBA]) par Marilyn Strathern (présidente) et Maryon McDonald (directrice). Sa quinzaine de collaborateurs assurent les liens avec les institutions, tant à Londres qu'à Cambridge. Sa première publication, éditée par McDonald (à paraître) s'intitule *Languages of Accountability* (voir aussi Konrad 2003).

> « Ce qu'ils considèrent comme "nouveau" concernant ces techniques (notamment les techniques de reproduction et les applications de la nouvelle génétique) est la manière dont, dès le début, leur élaboration s'est accompagnée de préoccupations éthiques, ce qui a amené la création de la bioéthique. Cette dernière discipline s'est développée dans le contexte plus vaste d'une société fondée sur le contrôle, un contexte de modification des attentes en matière de responsabilité et de nouveaux styles de communication, y compris les efforts explicites visant à établir la communication au sein de l'opposition profane/expert, et entre les diverses disciplines. Ce qui confère le caractère "technologique" aux procédures qui sont qualifiées ainsi, c'est non seulement la manière dont les connaissances sont incorporées dans des outils et des appareils électromécaniques, mais aussi la connotation d'innovation et de créativité qui s'y rattache. On estime que la créativité, en particulier, provient de la combinaison singulière entre les idées et les techniques, notamment la combinaison des disciplines. La biotechnologie est précisément un signe d'effort combinatoire. Les diverses compréhensions des processus de vie et le développement des techniques d'exploration, notamment en génétique moléculaire, vont de paire.
>
> Ce qui leur confère leur caractère médical est la portée avec laquelle la responsabilité sociale y est déjà programmée par le biais de l'idée de retombées médicales. La justification de la majeure partie du travail réside dans d'éventuels progrès pour la médecine humaine. L'anthropologie contribue depuis longtemps aux études comparatives sur la maladie [*illness* et *disease*] ainsi que ses modes de diagnostic social (notamment médical) et de soulagement de la souffrance. Ces techniques, qui trouvent des remèdes dans la prédiction du diagnostic et qui soulagent ou aplanissent la manifestation de l'affection, suggèrent de nouvelles possibilités de comparaison. Grâce à la comparaison interculturelle située à l'arrière-plan, il y a d'autres domaines qui font appel à l'observation anthropologique, notamment ce qui peut être appris par l'investigation des pratiques visant "plusieurs technologies" (comme les biotechnologies) afin d'améliorer le bien-être. » (Adaptation du dépliant publicitaire)

L'approche de Durham en matière d'anthropologie médicale, dont le programme est actuellement dirigé par Andrew Russell, met l'accent sur les contributions communes de l'anthropologie sociale et biologique. Cette dernière fut largement présente dans les travaux et l'enseignement de Catherine Panter-Brick pendant quelques années, et renforcée par le recrutement récent de Tessa Pollard. Bien que les étudiants doivent choisir un module obligatoire en anthropologie médicale ou biologique, les cours à option leur offrent la possibilité de diverses combinaisons intéressantes d'approches sociale, culturelle et biologique souvent liées à des questions du domaine médical concernant l'individu et la santé publique.

Le travail de Sophie Day, au collège Goldsmith, a déjà été mentionné. Brian Morris, maintenant professeur émérite, y a introduit l'anthropologie médicale il y a quelques années, et Pat Caplan, ancienne directrice du département, y est toujours fort active. Elle mène des recherches sur l'utilisation des aliments dans le sud-ouest du pays de Galles et a édité une série d'articles traitant des aliments et des concepts de risque (2000) en ce qui a trait particulièrement à la santé (1997), ces deux concepts occupant une place centrale dans l'enseignement de l'anthropologie médicale. Les récents travaux de recherche de Simon Cohn se concentrent sur l'étude anthropologique et sociale de la création des connaissances grâce à l'usage de techniques d'imagerie dans la recherche sur le cerveau, en particulier, et en médecine, en général.

Les recherches doctorales actuelles portent notamment sur les sujets suivants :

Culture du travail en établissement psychiatrique ;

Naissance dans les régions rurales du Malawi et diverses questions anthropologiques sur les jeunes, p. ex. les enfants de la rue et les enfants réfugiés ;

L'anthropologie du son dans un hôpital ;

Les migrantes de l'industrie du sexe à Londres ;

L'équité dans le cadre du programme de traitement antirétroviral (anti-VIH) au Brésil ;

Race et politiques en matière d'adoption : études des travailleurs sociaux ;

Deux esprits : ethnicité des « gais » autochtones aux États-Unis ;

L'ethnomédecine à Caracas et au Royaume-Uni, phénomènes paranormaux ; magie et autres ethnographies connexes.

On s'attend à lancer le programme de maîtrise spécialisée en 2005.

Sous la gouverne de son directeur de département, Roy Ellen (appelé de manière significative professeur d'anthropologie et d'écologie humaine), l'Université de Kent, à Canterbury, élabore un programme d'anthropologie médicale sur la médecine publique, fondé de manière originale et stimulante

non seulement sur la santé publique, comme cela s'est fait par le passé, mais aussi sur la médecine environnementale et ses spécialités connexes. Bien que le diplôme complet en anthropologie médicale soit une innovation récente, comme le suggère le titre utilisé par Roy Ellen, le département détient depuis longtemps une expérience inégalée en Grande-Bretagne sur le plan des spécialistes en sciences sociales, en général, et en anthropologie sociale, en particulier, qui travaillent en étroite collaboration avec les spécialistes de ce qu'on appelle les sciences « pures ». Les plans consistent à offrir une formation médicale à Kent, en collaboration avec le KGT, à Londres, et d'introduire une formation de bachelier ès sciences en anthropologie médicale offerte au cours d'une année intercalée dans le programme pour infirmiers, de même qu'une maîtrise ès sciences offerte comme programme général. Trois nouveaux membres ont été ajoutés au personnel dans le but d'enseigner non seulement l'anthropologie sociale, mais aussi les approches bio-anthropologiques, notamment l'épidémiologie, la nutrition et l'écologie humaine, et de développer l'ethnobotanique médicale et l'ethnopharmacologie dans le cadre du programme d'ethnobotanique, mettant ainsi à profit les liens existants avec le laboratoire Joderell, à Kew Gardens, et avec l'école de pharmacie, à Londres.

L'Institut d'anthropologie sociale et culturelle (Institute of Social and Cultural Anthropology [ISCA]) de l'Université d'Oxford a aussi longtemps été, grâce au professeur David Parkin, un centre de recherche et d'anthropologie médicale. Comme nous l'avons souligné précédemment, le programme de premier cycle en sciences humaines à Oxford a permis de fournir aux autres centres d'anthropologie médicale la majorité des titulaires de diplôme en sciences humaines combinées à la biologie humaine. L'ISCA a aussi eu l'intention pendant un certain temps de créer un programme de maîtrise centré particulièrement sur l'anthropologie médicale. La nomination d'Elizabeth Hsu a finalement rendu cela possible et l'ISCA peut se vanter, du moins temporairement (d'ici à ce que le programme prévu à Kent soit en activité), du caractère unique de son approche. Les objectifs généraux des cours sont semblables, bien qu'ils ne soient pas identiques quant aux détails de leur contenu. En effet, Kent est peut-être plus adaptée à l'intervention écologique pratique à l'étranger, tandis qu'Oxford, bien qu'elle soit non consciente de l'importance de cette activité, a aussi un penchant avantageux pour l'étude et les leçons tirées du passé. Hsu a néanmoins puisé dans son travail de terrain et ses connaissances de recherche sur la culture chinoise pour éclairer et analyser les aspects dynamiques des développements de la médecine en Chine (Hsu 1999) ainsi que les nouvelles influences de celle-ci sur les autres parties du monde moderne, notamment la Tanzanie en particulier, où elle a aussi réalisé du travail de terrain.

L'Université de Sussex a mis sur pied un programme de maîtrise en anthropologie médicale au cours de l'année scolaire 2003-2004, sous la direction de Maya Unnithan, offrant de manière importante un lien unique avec l'Institute of Development Studies, de renommée internationale.

Comme le modèle américain des quatre domaines (archéologie, biologie, culture et linguistique), par opposition à l'anthropologie sociale britannique, les deux extrêmes continueront d'exister, leur combinaison et les divers compromis existants et à venir. Ce qui est incontestable, c'est que l'anthropologie médicale dans toute sa diversité a un rôle important à jouer non seulement dans le développement de ses domaines créateurs, mais aussi dans divers domaines d'intérêt commun dont nous avons discuté ici, ainsi que d'autres que l'auteur n'a pas encore perçus bien qu'ils puissent déjà fort bien exister dans l'esprit aussi bien que dans les écrits des autres, non encore révélés[37].

Notes

1. Le lecteur doit savoir que l'auteur du présent article a distraitement dérivé vers le nouveau domaine de l'anthropologie médicale, telle qu'on commençait à la nommer il y a 30 ans. Cette dérive survint 20 après l'abandon délibéré mais sans rancune d'une carrière médicale entreprise volontairement, mais interrompue après l'obtention d'un diplôme de premier cycle, pour se tourner plutôt vers l'anthropologie sociale en général. Il doit largement cette reprise de son intérêt pour la santé et la maladie au Dr Joyce Leeson, avec qui il a eu le privilège de vivre et de travailler au Royaume-Uni et en Zambie, ainsi qu'à d'autres membres et collaborateurs du département de médecine sociale d'alors, à Manchester dans les années 1960.
2. Mervyn Jaspan chercha à utiliser les écrits d'Ibn Battuta dans son précédent travail sur l'Afrique centrale mais a été induit en erreur par une traduction inadéquate.
3. Holden et Littlewood (1991), dans leur ouvrage sur l'anthropologie et les soins infirmiers, adoptent une stratégie similaire. Voir aussi l'excellent compte rendu de cet ouvrage rédigé par Kathryn Hopkins Kavanagh (1993).
4. Davis (2000) est un brillant exemple des grandes œuvres, et Hart (1991), un bon exemple des recherches de données de moindre ampleur.
5. Titmuss était dépourvu de tout certificat de fin de scolarité et de toute formation officielle, et à plus forte raison d'un quelconque diplôme (voir la discussion subtilement nuancée sur l'eugénisme, la médecine sociale et la sociologie médicale, dans Oakley 1997a).
6. La recherche menée par Watson dans le cadre de son premier doctorat, une étude portant notamment sur la santé dans un village minier d'Écosse, n'a pas été reconnue par Cambridge comme de l'anthropologie parce qu'elle se déroulait en Écosse ni comme de la sociologie parce que Cambridge ne reconnut pas le sujet de l'étude. On lui décerna plus tard, en guise de prix de consolation, un diplôme de maîtrise ès sciences. Son doctorat fut une étude sur le Mambwe, appelé maintenant la Zambie. Il travailla avec Allcorn et d'autres, à Leigh, notamment sur les problèmes de santé mentale au Lancashire.
7. Fondé sur le séminaire organisé en son honneur pour souligner sa retraite officielle, en 2003. Comprend des articles de Finlande, de Belgique, d'Italie et de Hollande (2), en dépit d'une considérable sous-évaluation de son influence et de sa renommée internationales. L'utilisation d'« anthropologies » sous sa forme plurielle dans le titre souligne la vaste gamme de sujets théoriques et empiriques traités ; l'expression « *on knowing and not knowing* » est empruntée d'un article précédent rédigé par Last lui-même (1981) et constitue une reconnaissance de son érudition, laquelle souligne et encourage le fait d'admettre, de prendre conscience et de savoir ce que l'on ne sait pas.
8. Judith Monks, l'une des infirmières qui fut lésée par Watson, le présent auteur et Max Gluckman lui-même (tous, en rétrospective, monumentalement mal informés au sujet des réalités des soins infirmiers), trouva cette expérience moins que révélatrice à cette époque, mais elle obtint plus tard une maîtrise de recherche en anthropologie médicale, à Keele, travailla en Amérique latine et enseigna dans le cadre de la maîtrise en anthropologie médicale, à Keele et à Brunel. Son doctorat fait appel à la théorie phénoménologique en anthropologie pour analyser la situation des gens atteints de sclérose en plaques au Royaume-Uni (Monks 1995, 2000 ; Monks *et al.* 1995).
9. Par charité, ou certain que son auditoire comprendrait, il a omis de précéder ces adjectifs des déterminants « continental », « leachien » ou même « sociologique ».

10. Carol MacCormack, Kris Heggenhougen, Ann Murcott et Helen Lambert. D'autres aussi, dont Gillian Hundt, Jessica Ogden et Karina Kilman, travaillèrent sur des projets précis. Paul Wenzel Geissler, qui s'est converti de l'épidémiologie et de la biologie à l'anthropologie, est actuellement un collègue enseignant chevronné de Robert Pool. Geissler, qui détient un Ph. D. de Copenhague et de Cambridge, a mené un travail de terrain de longue haleine auprès des Luos, dans l'ouest du Kenya et prépare actuellement une étude comparative sur le vieillissement, la mémoire et la mort en Afrique de l'Est et au Royaume-Uni. Parmi tous ceux-ci, Carol MacCormack, qui y enseigna pendant 10 ans, exerça une profonde influence, du fait qu'elle y travaillait et qu'elle avait précédemment travaillé à Cambridge sur le féminisme et l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne (voir l'article nécrologique de Heggenhougen, 1997).
11. Jusqu'à ce jour, la pratique générale n'attira pas beaucoup l'attention des anthropologues médicaux de Grande-Bretagne, à l'exception notable de Jean Comaroff (1976a, 1976b) et de l'auteure de manuels de cours, anthropologue, artiste, écrivaine et praticienne généraliste, Cecil Helman (1978, 1987a,1987b, 2001), aussi originaire d'Afrique du Sud.
12. Leslie avait invité Jeffery à titre de collègue indianiste, mais la National Science Foundation (NSF) et les commanditaires de Wenner Gren lui ont demandé d'ajouter, à la dernière minute, des non-spécialistes de l'Asie, et de chercher une plus grande représentation internationale. Il avait déjà invité, à titre de spécialiste de l'Asie, Francis Zimmerman, du CNRS Paris, et Paul Inschuld, de Marburg, en Allemagne. Michael Banton, ancien éditeur de la collection des monographies de l'Association of Social Anthropologists (ASA) (anthropologues du Royaume-Uni), vivait avec Leslie, à Rochester, à cette époque, et recommanda Frankenberg et Loudon. Le fait que les représentants du Royaume-Uni provenaient d'Écosse, d'Angleterre et du pays de Galles fut un heureux hasard.
13. Conception, croissance, maturation, sénescence et mort, y compris une comparaison avec les animaux et leur place dans les systèmes organiques.
14. Bon nombre d'entre eux furent aussi membres de l'American Anthropological Association et de sa section, la Society for Medical Anthropology, ou du moins participèrent à ses réunions. Au moins deux d'entre eux étaient des enseignants de Malinowski, de la société d'anthropologie appliquée (US Society for applied anthropology) (Sfaa).
15. 2003 Kit Davies; 1998 Allan Young; 1996 Margaret Lock 1994; Nancy Scheper-Hughes; 1992 Paul Farmer et Roland Littlewood; 1990 Zachary Gussow; 1988 aucun prix; 1986 Francis Zimmermann; 1984 Janice Reid; 1982 Alan Harwood; 1980 Arthur Kleinman (Shirley Lindenbaum, fortement recommandée); 1978 John Janzen et Gilbert Lewis.
16. Nous n'irons toutefois pas jusqu'à dire que le sujet disparut du ressort de l'ASA, maintenant plus tolérante et universalisante. Lors de sa cinquième assemblée décennale, tenue à Manchester en 2003, il y eu une séance plénière sur la neuroscience, organisée par Ronnie Frankenberg et dirigée par un neuroscientifique, très expérimenté en anthropologie, le professeur Turner (fils de Victor et d'Edie Turner), et 5 groupes d'experts sur 40 étaient surtout centrés sur l'anthropologie médicale; en ordre d'apparition, Roland Littlewood convoqua un groupe d'experts sur l'anthropologie et la psychiatrie (7 articles); Guro Huby et Liz Hart (6 articles), sur la recherche en matière de services de santé (vue principalement du point de vue des infirmières); Bob Simpson et Martin Sexton (3 articles) posèrent la question à savoir à quoi peut ressembler une anthropologie de l'éthique médicale contemporaine prise entre des micro-réalités et la macro-éthique. Helen Lambert (8 articles), sur les notions de preuves en droit et en médecine (ce qui comprit un important article sur les preuves en médecine alternative, rédigé par Christine Barry);

James Fairhead et Melissa Leach (5 articles) sur la science, les politiques et les luttes concernant la santé et l'environnement en Afrique ; David Parkin et Elizabeth Hsu (7 articles) sur les influences mutuelles des pratiques médicales et les épistémologies religieuses ; Rachel Gooberman Hill (5 articles) sur la science des organes de fonctionnement ainsi que Maggie Bolton et Karen Sykes (4 articles) sur les perspectives anthropologiques de l'anatomie et de la dissection. On estime qu'une autre série de 28 articles dans divers groupes d'experts auraient été examinés pour être présentés aux revues consacrées à l'anthropologie médicale, pour un total possible de 73 articles.

17. Pour la gouverne des éventuels employeurs, le comité ajouta encore plus courageusement une définition de ce qui peut être considéré légitimement comme un anthropologue médical professionnel :

> « Un anthropologue médical, par contre, aux fins des postes en recherche et des descriptions de postes, etc., est une personne (i) formée dans une ou plusieurs spécialités principales de l'anthropologie – le plus couramment en anthropologie sociale ou culturelle – et (ii) dont les principales sphères de recherche et de publication comprennent l'anthropologie médicale. Dans la vaste majorité des cas, cette profession exige de détenir un diplôme de recherche accordé par un département universitaire et fondé sur une recherche originale. La détention d'un diplôme de maîtrise en anthropologie médicale ne constitue pas en soi une qualification professionnelle à titre d'« anthropologue médical », pas plus que la détention d'un tel diplôme dans n'importe quelle branche de l'anthropologie. » (Lambert 2001)

> Seules les personnes qui n'ont pas avantageusement été éclairées, même de manière indirecte, par l'étude de l'écologie du désert des Bedawins trouveraient inappropriée l'application à cette définition du proverbe anglais qui dit ceci : « Un chameau est un cheval créé par un comité. » L'apparente supériorité des chevaux est peut-être un artéfact de la *Société du Spectacle* occidentale analysée par Guy Debord (1995 [1968]).

18. Cela n'est pas une critique de Berridge. Rédiger l'histoire des contributions des sciences sociales, ou même colliger du matériel à ce sujet, ne faisait pas partie de son mandat. Strong mourut avant de pouvoir transformer ses notes en rapport et encore moins en volume publiable. Berridge a aussi généreusement souligné l'hospitalité et le soutien de la Wenner Gren Foundation et de son directeur, Sydel Silverman, ainsi que des participants à la conférence d'Estes Park, au Colorado (aux États-Unis), organisée par les anthropologues américains Shirley Lindenbaum et Gilbert Herdt (Berridge 1996 ix ; Herdt et Lindenbaum (eds. 1992). Voir aussi Silverman (2002 : 86-93) et Frankenberg (1994b).

19. Anne Murcott devint plus tard directrice du programme quinquennal national d'étude des sciences sociales de la nutrition à l'ESRC. Parmi ses réalisations non moins remarquables, soulignons l'extension de ses propres considérations anthropologiques précédentes sur la relation entre la culture alimentaire et la santé qui fut à l'époque une question politique importante en Grande-Bretagne. Voir aussi Caplan 1997.

20. Elle suit le Grand chemin de fer occidental jusqu'à Wales, s'arrête à Londres et continue sur le LNER, jusqu'à York, Newcastle, St. Andrews, Dundee et Aberdeen. Aberdeen fut, en même temps que Londres, le premier centre écossais de sciences sociales orientées vers la médecine, notamment d'anthropologie médicale, sous l'influence du professeur Sir Dugald Baird qui, ayant remarqué l'influence de l'industrie du chalutage sur l'histoire de vie des femmes, inventa l'« obstétrique sociale ». Comme ses confrères de Londres, ses activités « progressistes » étaient centrées autant sur l'eugénisme que sur la sociologie. Ses activités liées à l'avortement et à la stérilisation maintenant considérées comme des manquements à l'éthique et ne constituant que des infractions au droit civil en Écosse auraient pu être considérées comme illégales ailleurs, si elles avaient été entièrement connues, même à cette époque. Il exerça une influence déterminante sur la réforme de l'ensemble de la législation relativement à l'avortement en Grande-Bretagne.

21. Fondée par le bureau scientifique en chef du département de santé et de vie domestique d'Écosse (Scottish Home and Health Department) et le conseil de santé du grand Glasgow (Glasgow Health Board).
22. Cochrane lui-même n'était pas au-dessus de son intuition « perspicace », telle que son hypothèse selon laquelle les mineurs de Welsh affichèrent des signes plus graves de moindres biopathologies parce que de nombreux migrants en provenance des terrains carbonifères avaient raflé non seulement les plus entreprenants mais aussi les plus sains. Le médecin qui travaillait sous sa direction avait une opinion différente, tout comme le syndicat des mineurs par qui était embauché, à l'époque, le présent auteur.
23. Frankel, comme nous l'avons déjà souligné, avait travaillé en Nouvelle-Guinée et Davey Smith, un épidémiologiste renommé, avait fait, comme on l'a vu, un bref mais révélateur travail de terrain, de style anthropologique, au Nicaragua.
24. Je remercie Helen Lambert dont les conseils ont grandement clarifié cette section et qui m'a aussi rappelé que cette notion d'épidémiologie béotienne, fondée sur les modèles de santé et de maladie « naturellement » observés, est différente de celle de l'épidémiologie dite « populaire », qui est participative de par sa nature, puisque les données quantitatives sont colligées par monsieur et madame « Tout-le-monde » ou par les organismes communautaires, parfois encouragés par les professionnels. Tudor Hart, au cours de ses années de pratique dans le sud du pays de Galles, utilisa ces deux méthodes et bien d'autres encore !
25. Le lecteur remarquera, dans l'éditorial de Skultans (2003b) et dans Littlewood (2003), à quel point l'usage de la narration diffère ici de ce qu'on trouve dans l'ouvrage de Kleinman (1998). Quatre autres articles de cette série parurent dans le volume 11 de ce journal.
26. Ancien président du Royal Anthropological Institute, récipiendaire de la Wellcome Medal et bien connu en tant que psychiatre praticien ainsi que pour ses habilités théoriques et philosophiques (Littlewood 2001) de même qu'en tant qu'ethnographe, pour ses réalisations de terrain, seul ou en collaboration, dans des régions aussi diverses que Trinidad, Haïti, Brooklyn Heights (New York) et Stamford Hill, à Londres.
27. Pour une approche plus ancienne et nécessairement moins nuancée en matière de relation entre la perception des maladies psychiatriques et la religion, voir Loudon (1962). Cette étude empirique n'est pas datée mais semble s'être déroulée aux alentours de 1960. Frankenberg (1957) consigne le refus des villageois de North Wales, en 1953, d'accepter l'explication donnée par leur respecté praticien concernant un trouble mental, jusqu'au moment où la paranoïa diagnostiquée du patient soit dirigée contre eux, individuellement, et non pas simplement contre d'autres villages en général. La collection d'études empiriques de Heald (1994) présentait une approche différente qui tendait à se fonder sur l'application, par les anthropologues, des approches psychanalytiques pour comprendre la culture. Cela est, bien sûr, plus courant aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne. Malgré son amitié proche avec Margaret Mead et bon nombre de psychanalystes praticiens, ainsi que son admiration pour Wulf Sachs (1937), Gluckman a retardé pendant de nombreuses années la publication de la version complète de son étude sur les Zulus tchaggas influencée par la psychanalyse (1974 ; voir en particulier aux pages 140-141).
28. Voir aussi Krause 1998.
29. La remarquable étude intitulée *Three Hospital Study* (Brown *et al.* 1966) se fonde sur l'examen des statistiques des effets sur les patients et des relations établies avec les différents styles de gestion des patients et l'environnement interne et externe de l'hôpital, observé grâce à l'analyse de la situation.

30. Un pionnier de la recherche sur la SEP et la SLA ainsi qu'organisateur et éditeur du Fulbright Symposium on Life and Death, dans le cadre de la médecine hautement technologique (Robinson 1994). Ce symposium fut la suite et la poursuite de la conférence tenue à l'Université McGill en 1988 (Weitz 1990). Il y eut un chevauchement utile des participants, et les deux publications contribuèrent à l'établissement de Medical Ethics, pour répondre aux préoccupations de l'anthropologie médicale britannique.
31. Alan Prout avait déjà lancé l'étude anthropologique sur la maladie chez les enfants d'âge scolaire alors qu'il travaillait à Hughes Hall, à Cambridge, et devint plus tard directeur du programme national sur l'enfance de l'International Network for Economic, Social and Cultural Rights (ESRC). Lorsqu'il était à Keele, avec Katie Deverell, il évalua un projet de modèle de prestation de services offerts aux hommes qui avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes sans être désignés comme des gais (Prout *et al.* 1995). Il fut aussi parmi les premiers anthropologues médicaux à s'engager sérieusement dans les études sociales sur la science et la technologie.
32. Résultat : une définition de « l'anthropologie médicale » fut ajoutée au dictionnaire de soins infirmiers Bailliere and Tyndal (Weller et Wells 1990) !
33. Le RCN est une institution britannique typique (malgré le fait que son secrétaire général actuel soit un Américain), qui, comme d'autres collèges royaux du domaine de la médecine et de la chirurgie, ainsi que la British Medical Association, tente de combiner les fonctions syndicales, professionnelles, réglementaires, de recherche et d'enseignement. Ces deux dernières fonctions, dans ce cas-ci, sont menées par le RCN Institute.
34. Les lecteurs qui désirent connaître les conséquences de cet argument pour l'anthropologie en général et pour le domaine apparenté de l'anthropologie médicale des nouvelles techniques de reproduction doivent consulter Bouquet 1993, Edwards *et al.* 1999 (1993), Edwards 2000 et les nombreuses références dans ce dernier à Strathern, en particulier (Strathern 1992).
35. Cette section est largement tributaire, tant sur le plan de l'information que sur celui de l'analyse, des anciens liens étroits, et de la correspondance échangée, avec le D[r] Ursula Sharma et le D[r] Christine Barry, que l'auteur remercie chaleureusement. Ce dernier assume bien sûr l'entière responsabilité de l'usage qu'il a fait de l'information qu'elles ont généreusement partagée avec lui (comme d'autres l'ont aussi fait pendant la période de rédaction du présent article).
36. Les activités de certains départements universitaires ont déjà été soulignées. Le lecteur attentif remarquera que cette section est structurée selon l'ordre alphabétique des noms d'universités. Elle est fondée sur la recherche générale, en correspondance avec les principes en question et fait référence aux sites Web où se trouve l'information à jour. Il y a beaucoup de collaboration, de participation aux séminaires et d'échanges réciproques entre les membres du personnel et les étudiants de deuxième et de troisième cycle des universités de Londres ou des environs.
37. L'auteur s'attend à ce que, par exemple, s'accentue davantage, dans un avenir rapproché, la tendance de l'anthropologie américaine en général, et de sa section consacrée à la santé, à collaborer aux études sur la science et la technologie, et à en tirer des leçons profitables. Ce type d'études est déjà créé au Royaume-Uni et se développe aussi en Europe, voir en particulier Annemarie Mol (2002 : sous-texte 18-23, 78-82, 147-148), qui, en retour, reconnaît avoir eu la chance de tomber parfois sur Sarah Franklin (xi) et avoir trouvé que Marilyn Strathern, parmi les anthropologues, constituait une source fertile.

Références

ALLCORN D., 1954, *Social Life of Young Men in a London Suburb.* Unpublished Ph. D. Dissertation, University of Manchester.

——, 1994, *Questions in Sociology and Social Anthropology*, a collection of papers published posthumously *CSAC Monographs* 7 (edited by David Goss). Kent, Centre for social anthropology and computing. The University of Kent at Canterbury.

ARDENER S. (éd.), 1975, *Perceiving Women.* London, J.M.Dent.

BAER H., 2004, *Towards an Integrative Medicine; Merging Alternative Therapies with Biomedicine.* Walnut Creek, California. AltaMira Press.

BARBOUR R. S. et G. HUBY (éd.), 1998, *Meddling with Mythology : AIDS and the Social Construction of Knowledge.* Londres, Routledge.

BATESON G., 1972, *Steps to an Ecology of Mind.* New York, Chandler.

BERGER J. et J. MOHR, 1976 (1967), *A Fortunate Man : The Story of a Country Doctor.* Londres, Writers and Readers Co-operative.

BERRIDGE V., 1996, *AIDS in the UK: The Making of Policy 1981-1994.* Oxford, Oxford University Press.

BERRIDGE V. et P. STRONG (éd.), 1993, *AIDS and Contemporary History. Cambridge History of Medicine.* Cambridge, Cambridge University Press.

BLOCH M. (éd.), 1975, « Marxist Analyses and Social Anthropology », *ASA Studies* 2. London, Malaby Press.

BLOOR M., N. McKEGANEY et D. FONKERT, 1988, *One Foot in Eden : A Sociological Study of the Range of Therapeutic Community Practice.* Londres, Routledge.

BOUQUET M., 1993, *Reclaiming English Kinship.* Manchester, Manchester University Press.

BOURDIEU P., 1977, *Outline of a Theory of Practice.* Cambridge, Cambridge University Press.

BROWN G.W., S. DAVIDSON, T. HARRIS et U. MACLEAN, 1977, « Psychiatric Disorders in London and South Uist », *Social Science and Medicine*, 11 : 367-377.

BROWN G.W., M. BONE, B. DALISON et J.K. WING, 1966, « Schizophrenia and Social Care », *Institute Of Psychiatry, Maudsley Monographs 17.* Oxford, Oxford University Press [The three hospital study].

BROWN G.W. et T. O. HARRIS (éd.), 1989, *Life Events and Illness.* Londres, Unwin Hyman.

BURGHART, R., 19988, « Penicillin : An Ancient Ayurvedic Medicine » : 289-298, dans S. Van der Geest et S. Reynolds Whyte (éd.), The Context of Medicines in Developing Countries : Studies in Pharmaceutical Anthropology, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

——, 1998, « The Quality of a Mother's Milk and the Health of Her Child : Beliefs and Practices of the Women of Mithilda », *Social Science and Medicine*, 27, 5 : 461-469.

CAPLAN P. (éd.), 1997, *Food, Health and Identity.* Londres, Routledge.

——, (éd.) 2000, *Risk Revisited.* Londres, Pluto Press.

CAUDILL W., 1958, *The Psychiatric Hospital as a Small Society.* Cambridge, Mass Harvard University Press (for the Commonwealth Fund).

COMAROFF J., 1976a, « A Bitter Pill to Swallow: Placebo Therapy in General Practice », *Sociological Review* 72, 1 : 79-96.

——, 1976b, « Communicating Information About Non-Fatal Illness: the Strategies of a Group of Practitioners », *Sociological Review* 72, 3 : 269-290.

DAVIS C. O., 2000, « Death in Abeyance: Illness and Therapy among the Tabwa of Central Africa », *International African Library no 23.* Edinburgh, Edinburgh University Press for International African Institute, London.

DAVISON C., S. FRANKEL et G. DAVEY SMITH, 1992, « The Limits of Lifestyle: Re-Assessing 'Fatalism' in the Popular Culture of Illness Prevention », *Social Science and Medicine,* 34 : 675-685.

DAVEY SMITH G., A. GORTER, J. HOPPEBROUWER, R.M.P. SWEEP, C. GONZALEZ, P. MORALES, J. PAUW and P. SANDIFORD, 1993, « The Cultural Construction of Childhood Diarrhoea in Rural Nicaragua: Relevance for Epidemiology and Health Promotion », *Social Science and Medicine,* 36 : 1613-1624.

DAY S., 2000, « The Politics of Risk Among London Prostitutes » : 29-581, dans Pat Caplan (éd.), 2000, *Risk Revisited.* Londres, Pluto Press.

DAY S. et H. WARD, 1998, « Prostitute Women and AIDS; Anthropology », *AIDS,* 2 : 421-8.

DAY S. et H. WARD, 2004, *Sex Work, Mobility and Health in Europe.* Londres, Kegan Paul.

DAY S., H. WARD et J.R.W. HARRIS, 1988, « Prostitute Women and Public Health », *British Medical Journal,* 297 : 1585.

DEBORD G., 1995, *Society of the Spectacle.* Cambridge Mass., Zone Books, MIT Press (issued 1968, French Edition 1996).

DOUGLAS M., 1987, *How Institutions Think.* Londres, Routledge and Kegan Paul.

——, 1999, *Leviticus as Literature.* Oxford, Oxford University Press.

DOUGLAS M. et M. CALVEZ, 1990, « The Self as Risk Taker: a Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS », *Sociological Review,* 38, 3 : 445-464.

DUNN F. L. et B. J. GOOD, 1978, « Priorities for Research to Advance the Comparative Study of Medical Systems: Summary of the Discussion at the Final Session of the Conference », dans C. Leslie (ed.), « Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems », *Social Science & Medicine. Medical Anthropology,* Special Issue, 18, 2b : 135.

EDGAR I., 1986, *An Anthropological Analysis of Peper Harow Therapeutic Community with Particular Reference to the Use of Myth, Ritual and Symbol.* M. Ph. Thesis, University of Durham.

——, 1990, « The Social Process of Adolescence in a Therapeutic Community » : 45-57 (chap. 3), dans P. Spencer (éd.), *Anthropology and the Riddle of the Sphinx : Paradoxes of Change in the Life Course. ASA Monographs,* 28. Londres, Routledge.

EDWARDS J., 2000, *Born and Bred : Idioms of Kinship and New Reproductive Technologies in England.* Oxford, Oxford University Press.

EDWARDS J., E. HIRSCH, S. FRANKLIN, F. PRICE et M. STRATHERN, 1999 (1993), *Technologies of Procreation : Kinship in the Age of Assisted Conception.* London, Routledge.

FRANKENBERG R. J., 1957, *Village on the Border.* Londres, Cohen and West (2e édition with additional material, Waveland Press, Illinois 1990).

——, 1981, « Allopathic Medicine, Profession and Capitalist Ideology in India », *Social Science and Medicine,* 15A : 115-125.

——, 1984, « Incidence or Incidents : Political and Methodological Underpinnings of a Health Research Process in a Small Italian Town » : 88-103 (chap. 5), dans C. Bell et H. Roberts (éd.), *Social Researching : Politics, Problems, Practice.* Londres, Routledge and Kegan Paul.

——, 1994a, « Divided by a Common Language : The Body in Narrative Anthropology and Scientific Medicine », *British Medical Anthropology Review,* (n.s.) 2, 2, Winter : 5-17.

——, 1994b, « The Impact of HIV/AIDS on Concepts Relating to Risk and Culture Within British Community Epidemiology : Candidates or Targets for Prevention », *Social Science and Medicine,* 38, 10 : 1325-1335.

——, 1995, « Learning from AIDS : The Future of Anthropology » : 110-133 (chap. 5), dans A. Ahmed et C. Shore, *The Future of Anthropology : Its Relevance to the Contemporary World.* Londres, The Athlone Press.

FRANKENBERG R. J. et J. LEESON, 1976, « Disease, Illness and Sickness : Social Aspects of the Choice of Healer in a Lusaka Suburb » : 223 – 258, dans J. Loudon (éd.), « Social Anthropology and Medicine ». *ASA Monograph,* 13. Londres, Academic Press.

FRANKENBERG R. J. et J. LEESON, 1977, « The Patients of Traditional Doctors in Lusaka », *African Social Research,* 23 : 217-234.

FRANKLIN S., 1997, *Embodied Progress : A Cultural Account of Assisted Conception.* Londres, Routledge.

GLUCKMAN M., 1974, « The Individual in a Social Framework : The Rise of King Shaka of Zululand », *Journal of African Studies,* 1, 2 : 113-144.

GOOD B. J. and M.-J. DEL VECCHIO GOOD, 1993, « "Learning Medicine" : The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School » : 81-107, dans S. Lindenbaum et M. Lock, *Knowledge, Power & Practice.* Berkeley, University of California Press.

HART L., 1991, « A Ward of My Own : Social Organisation and Identity Among Hospital Domestics » : 84 -109 (chap. 6), dans P. Holden et J. Littlewood (éd.), *Anthropology and Nursing.* Londres, Routledge.

HARWOOD A. (éd.), 1981a, *Ethnicity and Medical Care.* Cambridge Mass., Harvard University Press.

——, 1981b, « Guidelines for Culturally Appropriate Health Care »: 482-587 (chap. 8), dans A. Harwood, *Ethnicity and Medical Care.* Cambridge Mass., Harvard University Press.

HEALD S. et A. DELUZ (éd.), 1994, *Anthropology and Psychoanalysis: An Encounter Through Culture.* Londres, Routledge.

HEGGENHOUGEN K., 1997, « Obituary: Carol Pulley MacCormack », *Anthropology & Medicine,* 4, 3: 327-328.

HELMAN C. G., 1978, « Feed a Cold, Starve a Fever: Folk Models of Infection in an English Suburban Community, and their Relation to Medical Treatment », *Culture, Medicine and Psychiatry,* 2: 107-137.

——, 1987a, « Heart Disease and the Cultural Construction of Time: The Type A Behaviour Pattern as a Western Culture-Bound Syndrome », *Social Science and Medicine,* 25: 969-979.

——, 1987b, « General Practice and the Hidden Health Care System » (1987 Albert Wander Lecture), *Journal of the Royal Society of Medicine,* 80: 738-740.

——, 2001 (1988), *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals* (4e Edition 2001). Oxford, Butterworth Heinemann.

HERDT G. et S. LINDENBAUM (éd.), 1992, *The Time of AIDS: Social Analysis, Theory and Method.* Londres, Sage Publications.

HERZFELD M., 1992, *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy.* Chicago, University of Chicago Press/Berg.

HERZLICH C. et J. PIERRET, 1987 (1984), *Illness and Self in Society.* Baltimore, The Johns Hopkins Press.

HOLDEN P. et J. LITTLEWOOD (éd.), 1991, *Anthropology and Nursing.* Londres, Routledge.

HSU E., 1999, « The Transmission of Chinese Medicine ». *Cambridge Studies in Medical Anthropology* 7. Cambridge, Cambridge University Press.

JASPAN M., 1976, « *Traditional Medical Theory in South-East Asia*: an Inaugural Lecture Delivered in The University of Hull on 10 March 1969 »: 259-284, dans J.B. Loudon, (éd.), *Social Anthropology and Medicine. ASA Monograph,* 13. Londres, Academic Press.

KAVANAGH K.H., 1993, « *Review* of Holden P. et J. Littlewood (éd.), 1991, *Anthropology and Nursing.* London, Routledge », dans *Medical Anthropology Quarterly,* 7, 4: 405-407.

KIEV A. (éd.), 1974 (1964), *Magic, Faith and Healing: Studies in Primitive Psychiatry Today.* New York, The Free Press of Glencoe.

KLEINMAN A., 1978, « Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science and Medicine,* 12: 88-93.

——, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition.* New York, Basic Books.

KONRAD M., 2003, « From Secrets of Life to the Life of Secrets: Tracing Genetic Knowledge as Genealogical Ethics in Biomedical Britain », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9, 2: 339-358.

KRAUSE I.-B., 1998, *Therapy Across Culture. Perspectives on Psychotherapy*. Londres, Sage Publications.

——, 2003, « Learning How to Ask in Ethnography and Psychotherapy », *Anthropology and Medicine*, 10, 1: 3-22.

LAMBERT H., 1996, « Popular Therapeutics and Medical Preferences in Rural North India », *Lancet*, 348: 1706-09.

——, 1998, « Methods and Meanings in Anthropological, Epidemiological and Clinical Encounters: The Case of Sexually Transmitted Disease and HIV Control and Prevention in India », *Tropical Medicine and International Health*, 3, 12: 1002-1010.

——, 2001, « A Defining Moment? Delineating Medical Anthropology in the British Isles », *RAI Voice*, 1: 4.

LAMBERT H. and C. McKEVITT, 2002, « Anthropology in Health Research. From Qualitative Methods to Multidisciplinarity », *British Medical Journal*, 325: 210-213.

LAST M., 1981, « The Importance of Knowing About Not-Knowing », *Social Science and Medicine*, 15B: 387-392.

LEININGER M., 1991, « Transcultural Nursing: the Study and Practice field », *Imprint*, 38, 2: 55-66.

LESLIE C. (éd.), 1978, *Social Science & Medicine*. 18, 2b Medical Anthropology, Special Issue: « Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems ».

LEWIS G., 2000, *A Failure of Treatment. Oxford Studies in Social and Cultural Anthropology*. Oxford, Oxford University Press.

LITTLEWOOD R., 2000, « Psychiatry's Culture »: 66-93 (Chapter 2), dans V. Skultans et J. Cox (eds.), *Anthropological Approaches to Psychological Medicine: Crossing Bridges*. London, Jessica Kingsley.

——, 2001, *Religion, Agency, Restitution. The Wilde Lectures in Natural Religion 1999*. Oxford, Oxford University Press.

——, 2003, « Why Narrative? Why Now? »: 255-261, dans V. Skultans (éd.), « Psychiatry and the uses of Narrative », special number of *Anthropology and Medicine*, 10, 2.

——, (forthcoming), *On Knowing and Not Knowing in the Anthropologies of Medicine*. Londres, Athlone Press.

LITTLEWOOD R. et S. DEIN (éd.), 2000, *Cultural Psychiatry; Medical Anthropology: an Introduction and Reader*. Londres, Athlone Press.

LOUDON J. B, 1962, « Religious Order and Mental Disorder: A Study in a South Wales Rural Community »: 69-96, dans M. Banton (éd.), *The Social Anthropology of Complex Societies. ASA Monographs*, 4. Londres, Tavistock Publications.

LOUDON J. B. (éd.), 1976, « Social Anthropology and Medicine ». *ASA Monograph*, 13. Londres, Academic Press.

McDONALD M. (éd.) (à paraître), *Languages of Accountability*. Cambridge, Cambridge University Press.

McKEGANEY N. et M. BARNARD, 1992, *AIDS, Drugs and Sexual Risks: Lives in the Balance*. Buckingham, Open University Press.

McKEVITT C., 2000, « Short Stories About Stroke : Interviews and Narrative Production », *Anthropology & Medicine*, 7 : 79-96.

McKEVITT C. et C. WOLFE, 2002, « What Does Quality of Life Mean ? The Views of Health Care Professionals », *Quality in Ageing*, 3 : 12-19.

McKEVITT C., A. LUSE et C. WOLFE, 2003, « The Unfortunate Generation : Stroke Survivors in Riga, Latvia », *Social Science & Medicine*, 56 : 2097-2108.

MACLEAN U., 1974, *Nursing in Contemporary Society*. Londres, Routledge and Kegan Paul.

MOL A., 2002, *The Body Multiple : Ontology in Medical Practice*. Durham N.C et Londres, Duke University Press.

MONKS J., 1995, « Life Stories and Sickness Experience : a Performance Perspective », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19, 4 : 453-478.

——, 2000, « Talk as Social Suffering : Narratives of Talk in Medical Settings », *Anthropology & Medicine*, 7, 1 : 15-38.

MONKS J. et R. FRANKENBERG, 1995, « Being Ill and Being Me : Self, Body, and Time in Multiple Sclerosis Narratives » : 107-134 (Chapter 6), dans B. Ingstad et S. Reynolds Whyte (eds.), *Disability and Culture*. Berkeley, California University Press.

OAKLEY A., 1997a, « Making Medicine Social : The Case of the Two Dogs with Bent Legs » : 81-96 (chap. 3), dans D. Porter (éd.), *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*. Amsterdam—Atlanta GA, Rodopi *Wellcome Institute Series In the History of Medicine*.

PHILPIN S., 2003, « Wool Measurement : Community and Healing in Rural Wales » : 117-134 (chap. 6), dans C. A. Davies et S. Jones (éd.), *Welsh Communities : New Ethnographic Perspectives*. Cardiff, University of Wales Press.

POOL R., 1994, *Dialogue and the Interpretation of Illness : Conversations in a Cameroon Village. Explorations in Anthropology*. Oxford, Berg.

——, 2000, *Negotiating a Good Death : Euthanasia in the Netherlands*. New York, The Haworth Press.

PRIOR L., 2001, « Rationing Through Risk Assessment in Clinical Genetics : All Categories Have Wheels », *Sociology of Health and Illness* (numéro thématique), 23, 5 : 570-593.

PROUT A. et K. DEVERELL, 1995, *Working with Diversity : Evaluating the MESMAC Project*. Londres, Health Education Authority.

RAPOPORT R. N., 1960, *Community as Doctor : New Perspectives on a Therapeutic Community*. Londres, Tavistock Publications.

ROBINSON I. (éd.),1994, « Life and Death Under High Technology Medicine », *Fulbright Papers 15.* Manchester, Manchester University Press (en collaboration avec la Commission Fulbright).

SACHS W., 1937, *Black Hamlet, The Mind of an African Negro revealed by Psychoanalysis.* Londres, Geoffrey Bles.

SAMUELSEN H. et V. STEFFEN (éd.), 2004, *Anthropology and Medicine* 11, 1, numéro thématique : « The Relevance of Foucault and Bourdieu for Medical Anthropology: Exploring New Sites ».

SAVAGE J., 1987, *Nurses, Gender and Sexuality.* Londres, Heinemann.

——, 1991, *Flesh and Blood: Notions of Relatedness Among Some Urban English Women.* thèse de doctorat, University of London.

——, 1995, *Nursing Intimacy: An Ethnographic Approach to Nurse-Patient Interaction.* Londres, Scutari Press.

SCHEPER-HUGHES N. et M. LOCK, 1987, « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly* N.S., 1,1 : 6-41.

SHARMA U., 1992, *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients.* Londres, Routledge.

SIGERIST H. E., 1951, *Primitive and Archaic Medicine. (A History of Medicine Vol. 1).* New York, Oxford University Press.

SILVERMAN S., 2002, *The Beast on the Table.* Walnut Creek CA, Altamira Press.

SINCLAIR S., 1997, *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship.* Oxford, Berg.

SKULTANS V., 2000, « Remembering and Forgetting: Anthropology and Psychiatry: the Changing Relationship » : 94-104 (chap. 3), dans V. Skultans et J. Cox, *Anthropological Approaches to Psychological Medicine: Crossing Bridges.* Londres, Jessica Kingsley.

——, (ed) 2003a, *Psychiatry and the uses of Narrative.* Special number of *Anthropology and Medicine,* 10, 2.

——, 2003b, « Culture and Dialogue in Medical Psychiatric Narratives », *Editorial* in Skultans 2003a : 155-166.

SKULTANS V. et J. Cox (éd.), 2000, *Anthropological Approaches to Psychological Medicine: Crossing Bridges.* Londres, Jessica Kingsley.

STRATHERN M., 1992, *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies.* Manchester, Manchester University Press.

STRAUSS A., S. FAGERHAUGH, B. SUCZEK et C. WEINER, 1985, *Social Organization of Medical Work.* Chicago et Londres, University of Chicago Press.

STRONG P., 1998, « The Pestilential Apocalypse : Modern, Postmodern and Early Modern Observations » : 244-258 (chap. 14), dans R. S. Barbour et G. Huby (éd.), *Meddling with Mythology: AIDS and the Social Construction of Knowledge.* Londres, Routledge (présentation et introduction posthume par Ann Murcott).

SUSSER M. et W. WATSON, 1962, *Sociology in Medicine.* Oxford, Oxford University Press (2e édition 1971, 3e édition en collaboration avec Kim Hopper 1985, New York, Oxford University Press).

THOMAS A., 1978, « Discussion on Arthur Kleinman's Paper »: 95, dans C. Leslie (éd.), *Social Science & Medicine.* 18, 2b, Medical Anthropology, Special Issue: « Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems ».

TUDOR HART J., 1988, *A New Kind of Doctor: The General Practioner's Part in the Health of the Community.* Londres, Merlin Press Ltd.

TURNER E., W. BLODGETT, S. KAHONA et F. BENWA, 1992, *Experiencing Ritual.* Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

TURNER V., 1964, *Lunda Medicine and the Treatment of Disease.* Livingstone, Northern Rhodesia, Rhodes-Livingstone Museum.

TURNER V. et E. TURNER, 1978, *Image and Pilgrimage in Christian Culture.* Oxford, Basil Blackwell.

WAXLER-MORRISON N., 1993, « *Review* of U. Sharma, 1992, *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients.* Londres, Routledge », in *Medical Anthropology Quarterly,* 7, 4: 407-409.

WEISZ G. (éd.), 1990, « Social Science Perspectives on Medical Ethics ». *Culture Illness and Healing,* 16. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

WELLER B. F. et R. J. WELLS, 1990, *Baillières Nurses'Dictionary.* Londres, Baillière Tindal Limited.

WILLIS R. G., 1972, « Pollutions and Paradigms », *MAN* (n.s.), 7: 369-378.

WORSLEYP., 1982, « Non-Western Medical Systems », dans B. J. Siegel (éd.), *Annual Review of Anthropology,* 11: 315-348.

CHAPITRE 12

L'anthropologie entre médecine et société : les interfaces helvétiques de la santé

Ilario Rossi

Pays multilingue et multiculturel, la Suisse décline ses savoirs et ses pratiques anthropologiques au pluriel, comme en témoigne la multiplicité de ses sources universitaires : francophones, germanophones et italophones, doublées d'une référence anglo-saxonne commune. Jusqu'au début du XXIe siècle, les autonomies locales[1] ont ainsi été valorisées au détriment de politiques étatiques planifiées et structurées – sans pour autant empêcher des échanges et des collaborations sur le plan national. C'est dans ce contexte que l'anthropologie médicale – appelée aujourd'hui anthropologie de la santé – comme domaine d'intérêt universitaire et de recherche commence à faire parler d'elle, au cours des années 1980 et surtout dans la décennie suivante, grâce principalement à la libre initiative de quelques chercheurs.

LA RÉFÉRENCE : LA COMMISSION INTERDISCIPLINAIRE D'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE SUISSE/ MEDICAL ANTHROPOLOGY OF SWITZERLAND (CIAM/ MAS)

C'est dans le but de renforcer cette tendance et de clarifier sa position, tout en lui conférant une visibilité universitaire, que la Société suisse d'ethnologie[2] (SSE), elle-même affiliée à l'Académie suisse des sciences humaines, a favorisé dès le début des années 1990 la création de ce qui va constituer au fil des ans un lieu de référence de l'anthropologie médicale helvétique : la Commission interdisciplinaire d'anthropologie médicale (CIAM)[3], ou Medical Anthropology of Switzerland (MAS). Née, notamment, grâce à l'initiative de B. Obrist Van Euwijk de Bâle, M. Verwey de Zürich et H.-R. Wicker de Berne, la CIAM réunit dès sa constitution essentiellement des anthropologues, des ethnologues, des médecins, voire des psychiatres, ainsi que d'autres praticiens de la santé de toutes les régions de Suisse[4]. La CIAM est actuellement l'une des commissions les plus actives de la SSE et

vise à offrir une plate-forme commune aux représentants des différentes disciplines qui s'intéressent aux aspects sociaux, culturels, biomédicaux, psychologiques ou psychiatriques de la santé.

En créant un réseau de membres associés et en favorisant les publications dans le domaine, la CIAM contribue à la réalisation du premier ouvrage collectif de référence, qui est édité par la SSE (Gonseth 1994). Les thèmes abordés reflètent les tendances internationales d'une discipline en pleine effervescence mais aussi très hétérogène, portant son intérêt aussi bien sur les réalités multiples du corps, de la santé et de la maladie dans le temps et dans l'espace que dans la déconstruction des logiques sociales et culturelles à partir desquelles se mettent en scène de nouvelles relations à la santé et à la maladie. Par ses contenus, qui explorent et traduisent des pratiques sociales en Europe, en Afrique, en Asie et en Amérique latine, cette publication montre qu'indépendamment de tout jugement que l'on pourrait porter sur son efficacité, le pluralisme médical constitue le lieu constamment redéfini et réactualisé d'une réponse pratique et d'une recherche de sens face au malheur. En effet, la présence de plusieurs méthodes de soins ici et ailleurs reconfigure le monde de l'offre comme de la demande. Leur utilisation, qui constitue une réponse sociale spontanée et un mécanisme d'autorégulation des bénéficiaires à l'égard des standards cliniques de la rationalité « scientifique », pose explicitement la question de la reconnaissance de la complémentarité dans le monde des soins. Les options méthodologiques, quant à elles, sont ouvertement qualitatives; elles engendrent des analyses qui se réclament souvent de l'anthropologie de la maladie et de sa quête du sens chère à Augé et Herzlich (1983) en France ou de l'approche de la souffrance de l'École d'anthropologie médicale de la Harvard Medical School (Kleinmann (1998, 1995), Good (1994) et Del Vecchio Good (1992), ou encore de l'anthropologie du corps, décodant celui-ci aussi bien comme représentation que comme analyseur du social, dans le sillage des travaux de Scheper-Hugues et Lock (1987) et Lock et Scheper-Hugues (1990) aux États-Unis et de Le Breton (1990) en France, ainsi que de Kleinmann et Good (1985) (aux États-Unis) et de Helmann (1992) (en Grande-Bretagne) respectivement pour les approches en santé mentale et pour les problématiques de santé et migration.

L'objectif prioritaire de la CIAM est de favoriser les échanges, les réflexions et les analyses par l'organisation annuelle de séminaires, colloques et autres rencontres à caractère régional, national et international. En ce sens, elle permet, dès le début, la confrontation des savoirs émergents et la circulation des résultats des recherches effectuées, en portant une attention particulière aux enjeux épistémologiques et méthodologiques liés à ce regard anthropologique particulier. En parcourant le descriptif des activités proposées par cette commission, on est frappé par l'hétérogénéité

et la richesse des contenus, qui montrent non seulement l'évolution et l'articulation des thématiques abordées, mais aussi les convergences sur le plan national ou encore les spécificités de chaque université[5].

Ainsi, la création de ponts entre médecine et anthropologie comme entre sciences infirmières et anthropologie constitue une préoccupation constante[6], qu'il s'agisse de développer une coordination et une coopération entre savoirs et pratiques spécifiques, ou de promouvoir un regard critique et constructif. Les orientations méthodologiques utilisées par les chercheurs devant les enjeux de la santé ont aussi formé un objet d'étude prioritaire : il importe bien sûr de connaître les spécificités du travail de terrain mais également de ne pas perdre de vue les limites des instruments de connaissance souvent utilisés dans un contexte de recherche « rapide », notamment dans l'hémisphère Sud[7].

Ce qui va s'imposer comme un sujet de prédilection dans les enquêtes des chercheurs suisses est la relation entre migration et santé[8]. Proposée et élaborée conjointement dans toutes les universités du pays, avec des approches souvent complémentaires, cette problématique a fortement contribué à l'affirmation d'une anthropologie médicale nationale en permettant des synergies avec les milieux institutionnels étatiques – Office fédéral de la santé publique –, et universitaires – Faculté des sciences sociales et humaines et de médecine. Par leurs recherches, les anthropologues travaillant en Suisse inscrivent leurs analyses dans le contexte mondial contemporain, qui tend à se modifier avec rapidité. Les transformations sociales et culturelles dont il fait l'objet induisent de fait un renouvellement du rôle et du statut des professionnels de la santé. De plus, les compétences médicales et soignantes, caractérisées par la rigueur du travail relationnel et clinique, s'élargissent progressivement afin d'intégrer dans les stratégies d'intervention les dynamiques des mutations sociales. Une attention croissante est ainsi portée aux causes et aux effets du processus de globalisation : migrations généralisées, mondialisation des économies, innovations technologiques. Ces trois facteurs, qui font système, ne peuvent être considérés séparément. Ils interviennent comme opérateurs de transformation de la pratique médicale, et ce, à différents niveaux : l'ouverture vers les relations interculturelles et transculturelles et leur gestion, la nécessité de développer un travail collectif avec interprètes communautaires, l'internationalisation des maladies, les nouvelles problématiques épidémiologiques, parmi lesquelles l'explosion des maladies chroniques et la résurgence des maladies infectieuses, les difficultés éprouvées dans le suivi des patients, notamment chroniques, la complexité croissante des aspects relationnels et communicationnels. À cet élargissement de l'horizon médical s'ajoutent les importantes transformations issues de la technologie et qui concernent le diagnostic, la clinique et la thérapeutique. Sans oublier le

contexte dans lequel ces innovations s'inscrivent, marqué par une recherche structurée de l'efficience qui fait converger la rationalité médicale et la rationalité économique. Ainsi, pour appréhender la problématique santé et migration, la CIAM a proposé au fil des ans divers débats interdisciplinaires, faisant de la santé l'un des analyseurs de l'évolution de notre société. Elle a accompagné et soutenu le développement tant théorique que pratique d'une discipline visant à saisir, par un regard systémique, la complexité de la médecine et des pratiques de santé contemporaines, à la lumière des politiques et des systèmes de santé en vigueur. Elle a favorisé l'analyse des interactions qui les régissent, des interférences souvent incontrôlées de l'une sur les autres ou encore de l'accélération du changement de l'une sous l'effet des autres. L'anthropologie promue par la CIAM a appris à penser ces domaines conjointement, en les reliant toujours plus à ce qui constitue le lieu de convergence de leur expression: le politique, c'est-à-dire la capacité d'agir collectivement sur le cours des choses.

Au fil du temps, les travaux de la Commission ont légitimé une mouvance nationale, tout en donnant un sens à des expressions plurielles et des spécificités régionales. Ils dévoilent, en même temps, la relation entre la logique du court terme – l'exploration des interfaces entre médecine et sciences sociales et humaines – et celle du long terme – permettre le passage du conjoncturel au structurel au sein des institutions académiques.

TRAJECTOIRES D'UNE MOUVANCE : DÉVELOPPEMENT DES SAVOIRS

Les premières enquêtes traitant des systèmes et pratiques de soins, voire de santé, ont été effectuées – en l'absence d'un héritage colonial et de traditions de terrains spécifiques, dans des régions du Sud (Afrique, Amérique latine, Asie), à partir desquelles les jeunes chercheurs helvétiques ont été souvent amenés à décoder – notamment dans le cadre de leur travail de maîtrise ou de doctorat – les logiques d'une société et d'une culture à travers le regard posé sur le malheur, la maladie et le corps. L'expérience de terrain « exotique » et la pratique anthropologique qui en dérive, ainsi que la connaissance scientifique d'autres univers culturels constituent, de fait, le socle à partir duquel s'est construit progressivement l'intérêt pour les approches ethnomédicales « endogènes ». C'est donc par un détour géographique, en passant par une attention croissante portée aux ethnomédecines d'ailleurs que s'est développée, avec le décentrement nécessaire, une anthropologie médicale « at home »[9].

De fait, la visibilité et la légitimité de ces « nouveaux » objets de recherche se construisent progressivement aussi bien par le biais d'activités

ou de mandats universitaires – plus particulièrement à Berne, où les travaux de Wicker et Schoch (1988) et Wicker (1989a, 1989b, 1993) constituent un précédent en anthropologie médicale et des migrations – que par le biais d'actions menées au sein de mouvements associatifs et de fondations[10] notamment en Suisse Romande pour ce qui concerne ces dernières. Si ces nombreuses initiatives diffèrent par la stratégie employée et par le statut du chercheur – problématique qui sera traitée plus loin dans le texte –, elles convergent néanmoins dans les thèmes abordés: sociétés plurielles et pluralisme culturel autour de la relation entre santé et migration ou encore exploration de l'offre et de la demande au sein du pluralisme médical occidental, et plus particulièrement suisse, et logiques des itinéraires thérapeutiques sous-jacents aux pratiques de santé. L'anthropologie médicale suisse répond ainsi, par ses analyses, aux questionnements induits par les bouleversements sociaux et culturels qui caractérisent les sociétés occidentales contemporaines à travers une réflexion axée sur les transformations de la santé devant l'avènement de la mondialisation. Ainsi, aussi bien dans les hémisphères Sud que Nord, l'évolution des mentalités entraîne une perception de la santé et de la maladie globalement et localement modifiée. Les retombées et les enjeux de cette nouvelle situation sont au cœur des préoccupations de l'anthropologie helvétique.

C'est donc dans une perspective de société en mutation et de reconfiguration du champ des soins et de la santé que les concepts de culture, voire de pluralisme culturel, et ceux de médecines complémentaires, voire de pluralisme médical, intéressent tant les professionnels de la santé que les professionnels des sciences sociales et humaines. Le recours à des méthodologies qualitatives permet une complémentarité entre ces deux groupes aussi bien sur le plan du regard posé sur les questions de santé et de maladie qu'en ce qui a trait aux outils de recherche adoptés. En ce sens, la discipline ne s'est construite, loin s'en faut, sur une opposition entre diverses conceptions du réel et du corps – celle des scientifiques, celle des cliniciens, celle des patients des institutions de soins et celle des bénéficiaires des services et des réseaux de santé dont l'une serait plus vraie que les autres. Elle s'est plutôt affirmée comme une ouverture aux ambivalences que le corps contient en lui ainsi qu'aux soins que chaque culture produit.

Ce cadre d'analyse théorique trouve les moyens de sa réalisation dans des formes plurielles. Elles englobent des fonds de la Confédération – dont le FNRS[11]– qui, outre des bourses pour des projets ponctuels, propose des appels d'offres thématiques soutenus par des subventions publiques –, le National AIDS Research Programme[12] et l'OFSP[13] notamment à travers son service Santé et migration, ou celui consacré au sida ou encore aux dépendances, des fonds de recherche cantonaux notamment par le biais des services de santé publique et des fonds institutionnels, publics et privés. C'est

donc en partie au gré du marché de la recherche, selon les possibilités de financement qui lui sont offertes, que l'anthropologie médicale suisse définit ses orientations et cherche à assumer les enjeux qui en découlent[14]. Le panorama qui suit se propose d'évoquer dans les grandes lignes les thèmes de recherche récents et actuels[15]. Au cours des années 1990, quatre grands domaines de recherche ont émergé au sein de la discipline, parallèlement à l'évolution qu'elle connaît sur le plan international, ce qui va influencer de façon notable les axes d'analyse et de collaboration avec les milieux de la santé; il s'agit de la migration, du pluralisme médical et des pratiques de santé, du sida et des relations Nord-Sud.

Le descriptif des travaux effectués sur ces questions permet de saisir la portée de l'apport anthropologique. Les relations entre Sud et Nord occupent une place importante, notamment aux Universités de Bâle et de Genève. Plus particulièrement, dans les domaines de la santé internationale, du pluralisme médical et de la coopération Nord-Sud, les enquêtes font de la santé le terrain d'exploration des nouveaux enjeux et des nouvelles priorités. Dans un contexte de renouveau de son paradigme – il est désormais économiquement « rentable » d'investir dans la santé, OMS *dixit* – les stratégies conçues et proposées pour l'amélioration générale de l'état de santé de la population mondiale se heurtent à des situations de plus en plus critiques: croissance des inégalités sociales et sanitaires, explosion des agglomérations urbaines, progression rapide du nombre de décès dus au sida, à la tuberculose, au paludisme, au tabagisme. En ce sens, les réflexions portent sur les questionnements induits par le creusement des inégalités de santé et leurs conséquences économique, sociale et éthique. L'analyse des réponses politiques, la mise en évidence des logiques et des mouvances sociales, la valorisation de savoirs et de pratiques de soins exempts de fondements et de références scientifiques constituent autant de réponses anthropologiques permettant de faire partiellement face à la crise des systèmes de santé et de soins (Droz 1998, 1999; Obrist Van Eeuwijk 1992, 1994, 2002a, 2002b; Rossi 1997a; Van Eeuwijk 1999, 2000, 2001, 2002).

C'est dans le cadre de stratégies de santé publique que l'anthropologie contribue à l'élaboration de réponses à l'égard du sida – notamment dans les domaines du préventif et du curatif – en analysant les enjeux socioculturels des transformations épidémiologiques et médicales qui ont accompagné l'évolution de la maladie (Rossi 1998; Kopp 2002). En participant activement aux stratégies de prévention VIH, les anthropologues trouvent dans ce domaine, à l'instar d'autres représentants des sciences sociales et humaines, l'occasion de concevoir des instruments d'intervention pratiques à l'intention des professionnels de la santé. Dans une société où des mouvements associatifs actifs dans la définition et la défense des droits et des devoirs des citoyens concernés par la maladie promeuvent des coordina-

tions structurées entre médecine et société, des interstices se dessinent dans lesquels des anthropologues peuvent trouver leur niche.

La question de la culture ne porte donc pas sur des pratiques folklorisées mais sur la capacité et le droit qu'ont les êtres humains en société de produire le sens de leur vie individuelle et collective. Réduire ce sens à un seul modèle calibré, médical de surcroît, c'est prendre le risque d'un appauvrissement considérable de la complexité des sociétés humaines. En accord avec les recherches internationales, les chercheurs suisses mettent en évidence le hiatus existant entre les pratiques de la rationalité médicale et les pratiques des cheminements thérapeutiques des patients, ici et ailleurs. En effet, la conduite thérapeutique du malade est fonction de la logique interprétative à laquelle il adhère. Il en découle que, pour les bénéficiaires des soins, l'épisode de leur maladie repose le plus souvent sur une multiplicité de formes de savoirs et de pratiques; il en découle une identité fragmentée et plurielle à l'endroit de la santé et de la maladie. Celle-ci s'avère d'ailleurs souvent contradictoire et ambivalente : si nous devons porter notre attention sur les pratiques sociales qui débordent le champ de la médecine, si nous devons prendre en compte toutes les conduites considérées comme ayant une portée curative par les individus, quelle définition donner en conséquence à la notion « thérapeutique »? Le pluralisme médical est alors un domaine du social dans lequel se construit une nouvelle culture des soins. Néanmoins, l'hétérogénéité des représentations et des pratiques débouche sur une complète dissociation du corps, de la santé et de la maladie, de leurs contextes culturels respectifs (Gonseth 1994; Ossipow 1997; Rossi 1995, 1996, 1997b).

Le fort investissement financier public et privé et l'accès aux terrains locaux ont favorisé considérablement le développement des études autour de la santé et de la migration. En Suisse, l'émulation dans le domaine des recherches sur la question est en train de devenir la règle, mais elle s'exerce souvent à partir de terrains différents et avec des résultats contradictoires. Une certitude s'impose cependant, celle d'une société multiculturelle aux sens et aux valeurs pluriels, marquée par des inégalités flagrantes. En effet, les parcours migratoires qui convergent, temporairement ou définitivement, dans le pays, nous dévoilent une pluralité de stratégies possibles pour s'adapter et vivre avec les contraintes et les potentialités du lieu d'accueil. Les réalités individuelles et communautaires, culturelles et sociales, professionnelles et institutionnelles, économiques et politiques évoquées dans diverses études ainsi que les raisons, les motivations et les projets qui animent les migrants sont fortement paradoxales (Wicker *et al.* 2003). En ce sens, les dynamiques de construction, déconstruction et reconstruction de soi qui en découlent, qui concernent aussi bien les professionnels de la migration, dont les anthropologues, que les immigrés eux-mêmes, sont

souvent le signe d'une identité mouvante, hybride, qui peut engendrer des difficultés d'adaptation et des souffrances, mais aussi des possibilités et des ouvertures. Néanmoins, une bonne partie d'entre eux éprouvent dans leur parcours la mise à distance que suscite la différence sociale et culturelle.

En effet, comme tous les États du monde occidental, la Suisse dispose d'un pouvoir considérable sur les destinées des exilés et des migrants, qui sont définis par les institutions de la société d'accueil comme ayant des droits mais surtout des devoirs, et des contraintes précises. Par sa politique, elle définit le champ des possibles qui s'ouvrent à ceux-ci. Plusieurs études suisses montrent de quelle manière les décisions dans ce domaine ont pu se faire l'écho de considérations morales et de jugements de valeur, notamment en ce qui concerne la santé mentale (Salis Gross 2002) et l'organisation des systèmes de soins (Rossi 2002, 2003). Est révélatrice à ce propos la distinction opérée entre les politique culturelles de la santé et la culture politique de la santé. Ce qui revient à constater que « l'intégration » des personnes de nationalité étrangère est moins un problème lié à des groupes sociaux spécifiques avec leurs caractéristiques qu'un problème de la société dans son ensemble ; ce qui en fait une problématique endogène et non pas exogène. Autour de ces questions, la gestion politique de la migration rend la situation des immigrés bien fragile, ce qui exerce des influences certaines sur leur état de santé. Pour les professionnels de la santé, un tel état de fait est empiriquement vérifiable dans les activités cliniques et thérapeutiques du quotidien. Devant à la multiplication des trajectoires humaines dans l'espace, ils se voient obligés de gérer les relations interculturelles dans le temps. L'adaptation continue qui en découle porte sur les interactions qui s'instaurent entre individus, société civile et soins. Ces relations sont souvent influencées par des lignes de démarcation sociale, s'insèrent dans des dynamiques d'acculturation parfois brutales ou encore révèlent des sens et des valeurs existentiels incompatibles (Weiss 2003).

Ce constat s'impose tout particulièrement lorsque l'on prend en considération les trajectoires de vie des individus qui souffrent, trajectoires dont les logiques ne peuvent être appréhendées qu'à travers la reconstitution du parcours biographique de la personne, les trames sociales dans lesquelles elle s'inscrit, les épisodes douloureux qu'elle a traversés, les liens qu'elle a créés dans ses réseaux d'appartenance et ses itinéraires thérapeutiques. En ce sens, la demande de soins doit être comprise comme un phénomène essentiellement polysémique, ce qui nécessite de se pencher sur tous les facteurs qui fragilisent ou protègent la santé et qui, au-delà des aspects strictement individuels, touchent à des problématiques collectives, voire communautaires, influencées par le politique.

Tout en travaillant à la déconstruction des logiques professionnelles et institutionnelles et des pratiques migrantes, l'ensemble des travaux

considérés participent à la contextualisation des problématiques et à l'élaboration des stratégies d'intervention – qu'il s'agisse des travaux consacrés au traitement du traumatisme des réfugiés et ses corollaires (Wicker, Schoch, 1988; Obrist et Hirsch 1992; Moser *et al.* 2001; Rossi 1994; Wicker, Moser, Gass, 1998), à l'établissement de compétences transculturelles au sein d'institutions de soins (Domenig 2001a), à la problématique des dépendances dans les populations migrantes (Domenig 2001b), à la communication et à la relation soignante ou à l'interaction soignant-soigné (Salis Gross, Blochiger, Moser, 1997; Salis Gross 2001; Moser 1997), à l'interprétariat et à la médiation culturelle (Weiss et Stuker 1998; Rossi 1999), aux stratégies transnationales de santé en cours dans les populations migrantes (Salis Gross et Loncarevic 1999) ou des approches plus spécifiques de la prise en charge (Salis Gross, Gilgen *et al.* 2002). Toutes ces études ont permis de mettre en œuvre des politiques nationales (Maggi et Cattacin 2003), notamment dans le cadre du projet «Santé et migration» de l'OFSP pour la période 2002-2006[16].

Les approches interdisciplinaires, et notamment les apports de l'anthropologie médicale et clinique (Rossi 1997b; Hudelson 2002), contribuent à aider les professionnels de la santé à gérer au mieux la demande de soins. Elles peuvent également les aider à comprendre le contexte de leur profession et à préciser le sens de leur activité. Ce point est aujourd'hui crucial pour l'institutionnalisation de l'anthropologie. Il n'est toutefois pas le seul.

En effet, l'économie fait désormais partie intégrante des soins. En ce sens, la recherche d'efficacité thérapeutique s'accompagne d'une nouvelle exigence, celle de l'efficience de la pratique médicale, selon laquelle à chaque stratégie d'intervention est aussi assignée une valeur financière. Dans ce contexte, toute pratique médicale est indissociable des réponses qu'elle doit fournir. Cette relation, bien qu'elle soit justifiée, n'est pas exempte d'ambivalences. Ainsi, la mondialisation a fait sortir le génie (le marché) de la bouteille (la démocratie) dans laquelle il était jusqu'à présent enfermé et domestiqué. Porteuse de promesses incontestables, elle est aussi grosse de menaces. La plus évidente en est l'érosion progressive du politique. Pour s'en convaincre, il suffit de se pencher sur la crise des systèmes de santé et plus particulièrement, en ce qui concerne la situation helvétique, de considérer l'obligation de maîtriser globalement les ressources qui a été établie par la Loi fédérale sur l'assurance maladie obligatoire (LAMal).

Cette réforme repose ainsi sur un agencement complexe qui tente de concilier efficacité, liberté et solidarité. Ce qui signifie, par rapport aux coûts de la santé, nous nous heurtons à la nécessité de faire des choix, mais aussi de nous référer à des valeurs à préserver. Le contrôle des ressources financières doit ainsi respecter un certain nombre de conditions définies par la société – satisfaction des besoins, accessibilité, solidarité, équité, règles

éthiques – sans lesquelles il serait impensable de conjuguer médecine, soins, économie et politique (Rossi 2002, 2003).

L'une des dernières publications nationales, toujours éditée par la SSE, porte sur les systèmes et les politiques de santé et la valorisation d'une anthropologie interprétative autour du concept de souffrance (Salis Gross et Del Vecchio Good 2002), confirmant l'intérêt d'inscrire l'anthropologie médicale en une plus vaste anthropologie de la santé par le biais des politiques de santé. En ce sens, cette publication, tout en s'intéressant aux dimensions socioculturelles des conditions de production de la médecine et des politiques de santé, focalise son attention sur les questions morales et les aspects pragmatiques. Cette approche critique et constructive consacre l'inscription de l'anthropologie dans le débat mené autour des enjeux de la santé au sein de la société civile, dans une période de crise des systèmes et des ressources et d'innovations permanentes. En ce sens, l'anthropologie ne peut faire abstraction des réalités socioculturelles et sociosanitaires qui sont à la fois la source et l'objet de son discours. Dès lors, elle est appelée à s'orienter de plus en plus vers une réflexion sur les politiques et les systèmes de santé d'ici et d'ailleurs, en mettant en relief les relations entre les pratiques de santé, la production du savoir et la société civile.

Selon le type de recherche effectuée et l'inscription institutionnelle des chercheurs – ceux-ci sont rattachés directement aux instituts d'ethnologie ou d'anthropologie ou collaborent avec des instituts des facultés de médecine, avec les services de santé publique ou encore avec les associations ou les écoles professionnelles –, l'anthropologie médicale suisse se révèle plurielle dans ses savoirs et dans sa trajectoire. Ce qui amène à constater corrélativement une forte hétérogénéité aussi dans sa pratique, en la transformant en une galaxie qui se construit au fil du temps.

TRAJECTOIRES D'UNE MOUVANCE : LES ENJEUX DE LA PRATIQUE ANTHROPOLOGIQUE

Le développement des savoirs s'articule souvent avec une pratique de la recherche définie moins par des stratégies institutionnelles et académiques censée la promouvoir que par des possibilités aléatoires liées à l'offre du marché de la recherche médicale et de la santé publique. C'est donc dans l'interaction entre une demande issue des milieux concernés et l'offre intellectuelle des théories ethnologiques, sociologiques et anthropologiques que se définit le champ de l'anthropologie médicale pratique. En effet, si la maladie est individuelle, la santé, elle, est collective ; elle relève à la fois du privé et du public et constitue aujourd'hui un enjeu de société au cœur du

questionnement anthropologique. Devenue valeur de référence, elle se définit comme une construction socialement et politiquement élaborée dont les limites sont constamment rediscutées. Paradoxale et ambivalente dans ses pratiques comme dans ses théories, elle présente aujourd'hui des enjeux majeurs dans toutes les sociétés. La santé constitue ainsi un objet autonome qui permet aux anthropologues d'analyser son évolution, évolution qui transforme à son tour la logique de l'offre et de la demande des soins en ce qui concerne leur organisation et leur distribution, et voit apparaître de nouveaux acteurs qui légitiment et contrôlent ces transformations. En portant son regard sur la maladie et les représentations dont elle fait l'objet et en approchant la quête de la santé, individuelle et publique, comme un phénomène de civilisation, l'anthropologie s'oriente de plus en plus vers une réflexion et une collaboration constructives entre sciences de la vie et sciences sociales et humaines. On passe ainsi d'une médecine de soins à une médecine en relation constante avec les politiques de santé; d'où une tendance commune à l'ensemble des chercheurs travaillant en Suisse, à savoir la nécessité de relier une anthropologie fondamentale – s'occupant des questions de corps, de santé et de société – à une démarche qui puisse inclure les enjeux de son « application » au sein des pratiques et des savoirs médicaux et soignants (Rossi 1997b). Qu'il s'agisse de collaborations ponctuelles – où l'anthropologue est au service d'une demande médicale – ou d'engagements à moyen ou à long terme – où l'on cherche à promouvoir une coopération structurée[17] –, bon nombre de chercheurs se trouvent en effet à faire face, dans leurs enquêtes socio-anthropologiques, au paradoxe qui veut que souvent les milieux institutionnels des pratiques médicales et soignantes sont à la fois l'objet de leur regard et le lieu de leur travail. En d'autres termes, le contexte de la recherche influence la pratique anthropologique, pour laquelle l'engagement s'ajoute désormais à l'observation. En répondant aux exigences de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité, les relations avec l'ensemble des professionnels de la santé, ainsi que la coopération et la coordination qui en découlent, inscrivent d'emblée la survie, voire la légitimité, de cette « discipline » dans la gestion délicate de sa position dans les réseaux universitaires – faculté de médecine et écoles soignantes –, dans les politiques culturelles de la santé – santé publique et santé communautaire – et dans la culture politique de la santé, les réseaux civils et les enjeux publics de la santé.

En ce qui concerne les collaborations universitaires, l'anthropologie médicale suisse se façonne aux frontières de deux sciences, de deux savoirs qui se vouent aux hommes et à leurs différences. Tout comme la médecine, mais sur des plans différents, elle se réfère à l'idéal d'un *logos* unifié de l'homme et s'ouvre vers la multiplicité. Mais en tant qu'anthropologie elle fonctionne comme un lieu géométrique à partir duquel révéler et dissiper l'arrogance des vérités; d'ou sa position incommode.

Néanmoins, le contexte appelle de plus en plus à une promotion de la codisciplinarité. Celle-ci recouvre la gestion de la pluralité des disciplines et les modalités de la collaboration entre ces dernières; la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité doivent ainsi être comprises aussi bien comme régulation des champs du savoir que comme pratique sociale de la coopération et de la coordination. En ce sens, elles poursuivent un objectif précis: le développement d'une plate-forme cognitive et opérationnelle où les résultats des démarches propres aux sciences sociales et humaines puissent conjointement aux conclusions des recherches conduites par les sciences de la vie et de la santé, s'intégrer dans un tableau cohérent et organique.

Dans ce survol, il faut aussi penser au rôle critique dévolu à l'anthropologie et aux anthropologues. La médecine du XXI^{e} siècle, quant à elle, ne peut plus faire l'économie d'une alliance avec les sciences sociales et humaines. Celles-ci lui seront aussi nécessaires que l'avaient été l'anatomie à la fin du XVIII^{e} siècle, la biologie au XIX^{e} siècle, la biologie moléculaire, la génétique, l'épidémiologie au XX^{e} siècle.

C'est donc souvent par le biais du travail de codisciplinarité que se crée un objet nouveau, qui n'appartient *a priori* à personne. En ce sens, il faut reconnaître que ce champ s'est nourri et se nourrit encore, aussi bien des apports amenés par les représentants des sciences sociales et humaines que des besoins exprimés par les médecins et les soignants en matière de nouveaux instruments d'entendement et d'ouverture (Weiss et Stucker 1998; Weiss 2003; Sabbioni *et al.* 1999). Ce constat établi, une évidence s'impose: l'anthropologie médicale est un champ de recherche articulé en plusieurs « lignages », au service de la médecine et de la santé publique, en coordination avec elles, tout en les prenant comme objet. Ce qui appelle à créer des médiations entre les anthropologies plurielles et une médecine plurielle, voire une pluralité de médecines. Chaque connexion nouée entre ces différents pôles définit une délimitation de territoires, des articulations, des confrontations, de type de travail et de terrain. De fait, la posture et les discours anthropologiques à l'égard des savoirs et des pratiques de la médecine – médecine de premier recours, spécialisations médicales, allant de l'endocrinologie à la génétique, de la PMA à l'IVG, médecine sociale et préventive, médecine psycho-sociale, psychiatrie de liaison et autres approches psychiatriques, ou encore avec des branches autonomes mais fortement rattachées aux domaines décrits, dont la psychologie et l'ensemble des sciences infirmières – réactualisent l'ancienne question du rapport hiérarchique entre sciences de la nature et sciences de la société. C'est à cause de cette irréductible précarité et du caractère toujours second et dérivé de son approche que l'anthropologie met en cause le rêve d'une approche globale des questions de santé et de maladie. Ainsi, bien qu'il soit de plus

en plus présent au sein de la médecine et de la santé publique, le terrain anthropologique s'inscrit dans un champ de la santé, défini par la pluralité de ses contenus socioculturels, qui bénéficient aujourd'hui de l'ouverture à la codisciplinarité et à l'exploration des liens entre des expressions à la fois culturellement acquises et génétiquement inscrites, trouvant par là des perspectives d'élaboration nouvelles.

Cette coopération entre professions différentes repose principalement sur la conscience partagée de notions telles que culture et représentation, santé et maladie, concepts à partir desquels le dialogue est possible.

De fait, l'articulation entre théorie et pratique et l'ouverture à un travail de codisciplinarité se présentent comme le socle « identitaire » de cette « zone frontière » qu'est l'anthropologie médicale, caractérisée par la valorisation du pragmatisme et le métissage des références, qui peuvent sembler peu orthodoxes pour l'académisme rigoureux. Si l'anthropologie médicale trouve son sens dans les pratiques qui la génèrent, ce n'est qu'à travers les connaissances et les expériences accumulées qu'elle se légitime, aussi bien aux yeux des représentants de l'anthropologie qu'à ceux des professionnels du monde médical et soignant. Dans sa situation paradoxale, elle participe à rendre pertinent l'investissement des anthropologues dans les questions de santé.

FORMATIONS ET LIEUX DE RECHERCHE EN ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ET DE LA SANTÉ

Parallèlement à l'essor de la CIAM et aux travaux effectués, l'enseignement de la discipline s'est progressivement fait une place, aussi bien dans les facultés de sciences sociales et humaines[18] que dans les formations médicales[19], soignantes, sociales[20] et de santé publique ou encore les réseaux associatifs. Ces formations dessinent cependant une offre différenciée, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, ce ne sont pas les mêmes institutions qui en favorisent le développement : dans les universités de Suisse allemande ainsi que dans celle de Neuchâtel, c'est au sein des facultés de lettres que les instituts d'ethnologie proposent des enseignements d'ethnomédecine ou de santé et maladie. Cette ouverture relève souvent d'une offre plus conjoncturelle que structurelle et les cours sont proposés à un rythme semestriel ou annuel. Ailleurs, les initiatives proviennent des facultés de médecine. À Lausanne, par exemple, c'est l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé[21] qui, le premier, a formalisé la mise sur pied d'un séminaire d'anthropologie médicale. Avec les années, cette institution a accompagné l'essor des sciences sociales et humaines au sein de la faculté de

médecine, en contribuant à la promotion non seulement de l'histoire et de l'anthropologie, mais aussi de la philosophie de la médecine, de l'épistémologie médicale, de la sociologie des sciences et des techniques. C'est du reste dans le cadre de l'Université de Lausanne qu'une Commission pédagogique pour l'introduction des sciences humaines en médecine, formée par des professeurs des facultés de médecine, de sciences sociales et politiques et de lettres, travaille à l'introduction structurée des sciences sociales et humaines dans le cursus de formation médicale prégradué pour l'année 2004-2005. Une autre institution médicale qui favorise ouvertement la collaboration entre anthropologues et médecins, le Swiss Tropical Institute de l'Université de Bâle[22], de renommée internationale, se profile, pour sa part, pour les approches interdisciplinaires de la santé dans une perspective Nord-Sud (Obrist Van Eeuwijk et Minja 1997; Obrist van Eeuwijk 2002a, 2002b) et autour des problématiques de migration (Salis Gross 2001, 2002b). L'ancrage dans l'une ou l'autre faculté n'est cependant pas exclusif. L'Institut d'anthropologie et de sociologie de la faculté des sciences sociales et politiques a suivi le mouvement ébauché et a instauré dès l'année 2000 un enseignement en anthropologie de la santé[23]. À l'Université de Genève, l'enseignement, sous forme de séminaires, est assuré régulièrement par l'Institut universitaire d'études du développement (IUED)[24]. Si, en Suisse romande, l'offre de formation s'est régularisée au cours de ces dernières années universitaires, en Suisse allemande, l'Université de Berne et, dans une moindre mesure, celles de Bâle et de Zürich donnent également une importance accrue à ces approches dans leurs cursus de formation prégraduée[25] et postgraduée[26]. Bien que les dénominations de ces formations diffèrent – ethnomédecine en Suisse allemande, anthropologie de la santé, de la médecine et de la maladie dans les universités romandes, anthropologie médicale au sein des facultés de médecine, ou encore sociologie de la médecine, psychiatrie transculturelle, ethnopsychiatrie, ethnopsychanalyse – l'intérêt théorique et scientifique pour ces questions suffit à les valider comme objets de formation. D'autant plus si l'on considère la fragilisation des politiques de santé actuelles.

D'autres institutions participent au développement de la discipline. On peut mentionner les collaborations développées entre anthropologues et professionnels de la santé au sein des polycliniques médicales universitaire de Lausanne et de Genève, notamment dans le domaine des migrations (Rossi 2000; Hudelson 2002), dans le cadre du Forum Suisse pour l'étude des migrations et des populations (FSEMP)[27] à Neuchâtel, l'OFSP[28] à Berne, l'Institut interuniversitaire suisse de santé publique[29] à Berne, Bâle et Zürich ou encore de l'Institut suisse pour la promotion de la santé[30].

Aussi bien dans le domaine de la recherche que dans celui de la formation, l'anthropologie de la santé et de la médecine trouve sa légitimité dans l'articulation entre ses approches fondamentales et un travail de

codisciplinarité. Cette convergence, si elle est nécessaire, n'est portant pas suffisante si elle ne s'accompagne pas de la définition d'un horizon épistémologique dans un cadre éthique qui permette d'analyser en termes moraux et politiques les institutions, les savoirs et les pratiques sociales. Les tentatives accomplies jusqu'à maintenant pour garantir une rigueur scientifique et éthique à l'égard de la complexité de ces transformations vont dans le bon sens; elles visent ainsi à articuler une pluralité de savoirs et de points de vue pour comprendre la complexité sociale, concevoir des stratégies de santé structurées et conjuguer théories et pratiques en vue de planifier, réguler, évaluer les actions dans le domaine de la santé. Cela avec la volonté de promouvoir une culture humaniste de la santé.

Ce contexte est en train de se modifier rapidement. Les nouvelles politiques européennes définies sous l'égide de la « Déclaration de Bologne »[31] remanient en profondeur les stratégies de chaque université et modifient radicalement les mandats, les objectifs ainsi que les programmes de l'anthropologie de la santé. L'autonomie locale perd de son sens en faveur de l'instauration de pôles d'excellence, nécessitant une organisation plus rigoureuse et structurée ainsi que la création de réseaux inter-facultaires et inter-universitaires pour assurer la survie et l'évolution de la discipline. Ce qui était encore collaboration hier devient compétition et complémentarité obligatoires aujourd'hui.

Les restructurations sont désormais en cours. Ci-après, quelques pistes pour dessiner les probables enjeux de demain en matière de formation et de recherche. Tout d'abord, la création d'une École doctorale nationale, parrainée par la SSE, qui s'articulera autour de la thématique « Terrains mondialisés: nouvelles méthodes, nouveaux concepts, nouveaux enjeux »; les langues officielles en seront les langues nationales ainsi que l'anglais. En Suisse romande, la création par la Confédération suisse d'un centre d'excellence des nouvelles bio-technologies à l'École polytechnique fédérale de Lausanne constitue le point de départ de ces changements, ce qui a obligé à réorganiser tout le dispositif universitaire du bassin lémanique. Sous l'appellation de « Projet triangulaire »[32], des regroupements entre les Universités de Lausanne et de Genève induisent la création de programmes de maîtrise de sciences sociales en sciences et études de la santé, réunissant anthropologie de la santé, psychologie de la santé, sociologie des sciences et des techniques, sociologie des genres, sociologie du corps, sciences politiques de la santé, économie de la santé, histoire de la médecine. La transversalité et la perméabilité disciplinaires seront de mise et les projets de recherche, modulaires. En Suisse allemande, les anthropologues travaillent davantage dans un contexte de santé publique. En Suisse romande et italienne, c'est par contre l'avènement des « Medical Humanities »[33] qui intéresse les professionnels, avec l'introduction des sciences sociales et humaines dans le cursus

de formation prégraduée et postgraduée en médecine. Ces approches perçues comme un instrument d'analyse des causes et des conséquences de cette crise de la médecine moderne pourraient être définies comme une intégration de savoirs humanistes capables d'analyser les grands et les petits problèmes générés par la biomédecine moderne en même temps que de fournir des réponses et de garantir ainsi une préservation de la santé des populations mieux adaptée et un meilleur système sanitaire, tant en ce qui concerne la qualité des prestations qu'en matière de respect de la qualité de vie du citoyen et de l'environnement.

En ce sens, la modification des politiques universitaires et la création des Hautes Écoles spécialisées de la santé et du social (HES2) conduiront à orienter les réflexions anthropologiques également autour de l'évolution des organisations sociosanitaires, des nouveaux savoirs et pratiques professionnels et des enjeux qui en découlent. Étant donné qu'elle doit faire face de plus en plus intensément au vieillissement de la population, aux changements environnementaux et économiques, aux évolutions technologiques, aux migrations généralisées et aux relations interculturelles ainsi qu'à l'évolution du monde du travail, l'anthropologie helvétique aura à assumer un rôle de première importance en tant que garde-fou pour contrebalancer la fuite en avant du monde de la santé, avec les inégalités croissantes qu'il engendre et l'instrumentalisation dont il est l'objet. En portant son regard sur la maladie et les représentations qu'elle alimente et en approchant la quête de la santé, individuelle et publique, comme un phénomène de civilisation, elle s'oriente de plus en plus vers une réflexion et une collaboration constructives pour les sciences de la santé entre sciences de la vie et sciences sociales et humaines.

Notes

1. La politique de formation universitaire suisse délègue aux Cantons l'organisation et la gestion des universités. Par contre, c'est sous la responsabilité de la Confédération que sont placées les deux Écoles Polytechniques de Lausanne et de Zürich. Au cours de ces dernières années, le contexte s'est modifié sensiblement et a amené la Confédération à structurer davantage des pôles d'excellence aussi bien dans la recherche que dans l'enseignement (voir la section *Formations et lieux de recherche en anthropologie médicale et de la santé*).
2. Société suisse d'ethnologie [www.seg-sse.ch/fr], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
3. Commission interdisciplinaire d'anthopologie médicale (CIAM), Medical Anthropology of Switzerland (MAS) [www.seg-sse.ch/fr/commissions/ciam.shtml], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
4. La présidence de la Commission est assurée à tour de rôle par un(e) de ses membres. Depuis sa constitution ont assumé ce rôle B. Obrist van Euwijk, Université de Bâle (1992-1995), I. Rossi, Université de Lausanne (1995-1998), C. Salis Gross, Université de Berne (1998-2001) et dès 2001, P. Van Euwijk, Universités de Bâle et Zürich.
5. Dans les colloques régionaux ont été notamment traités les thèmes suivants: prévention du sida, vieillesse et culture, médecine et écologie, pluralisme médical ici et ailleurs, liens entre cultures, éthiques et expériences de la santé. Voir dans le site de la MAS [www.seg-sse.ch/fr/commissions/ciam.shtml], (dernière consultation, 15 janvier 2004) les rubriques « Colloques » et « Symposium ».
6. Notamment les rencontres organisées par l'Université de Bâle avec C. Helman 1993, « Building Bridges. Dialogues between Anthropology and Medicine » et A. Kleinmann 1999, « Discourse between Anthropology, Medicine and Psychiatry » ; « Cultural Perspectives in Clinical Practice: New Relationships between Anthropology and Medicine » ; « Rethinking Psychiatry. A Critique of DSM4 and ICD 10 from a Cross-cultural Perspective » ; « Social Suffering and the Transformation of Social Experience in the New World Disorder », ou encore de Berne, « Culture, Ethics, and Experience: An Anthropological Approach to Moral Theory based on the Ethnography of Social Experience » (Bern) ; « Psychosomatics and Local Biologies: How Mind, Brain and Society Interact to Create New Questions for Anthropology and Medicine ». Même préoccupation mais avec une autre approche contextuelle dans les symposiums organisés par l'Université de Lausanne en 1996, « L'anthropologie médicale appliquée », (actes publiés en 1997, (Rossi 1997c), en 1998, « Médecine et pouvoirs » (publication prévue), et en 2003, « La santé en débat. Politiques de la codisciplinarité ».
7. Deux symposiums nationaux, organisés notamment par B. Obrist et P. Van Euwijk (Université de Bâle) ont traité cette thématique, le premier en 1995, « Rapid Assessment Procedures in Health Intervention Research: Opportunities and Limitations », et le second en 2002, « Medizinethnologie im Spannungsfeld von Theorie und Praxis ».
8. À ce propos, « Migration und Gesundheit » (1994), « Gewalterfahrungen bei Immigrantinnen und Immigranten » (1997), « Médiation culturelle et communication interculturelle » (1998), « Traumatization in the Context of Migration: Mechanisms of Marginalization and Perspectives for Empowerment » (2000) et « Gender, Gesundheit und Menschenrecht » (2001), organisés par les Universités de Berne, de Lausanne et de Zürich.

9. Ces travaux ont donné lieu à la publication de plusieurs articles et, avec les années, aussi à la publication de plusieurs livres, parmi lesquels Droz (1999), Obrist Van Eeuwijk (1992) Obrist Van Eeuwijk et Z. N. Mdungi (1994), Rossi (1997a).
10. On peut citer par exemple, à Lausanne, l'Association appartenances (travail thérapeutique avec les populations migrantes et promotion de la recherche et formation dans le domaine des relations interculturelles [www.appartenances.ch] et la fondation Ling, ouvertement pluridisciplinaire et dont l'orientation est le pluralisme médical [www.ling.ch], (dernière consultation, 15 janvier 2004). En Suisse allemande les liens avec des réseaux associatifs comme la Croix-Rouge Suisse ou encore Caritas ont ouvert la collaboration interdisciplinaire autour des problématiques de migration. Dans le cadre de mouvements associatifs, le travail est aussi de proximité, axé souvent sur l'accompagnement et le soutien de groupes socialement constitués.
11. FNRS: Fonds national suisse de la recherche [www.snf.ch/], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
12. [www.aids.ch/d/index.php], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
13. Office fédéral de la santé publique [www.bag.admin.ch/f/index.htm], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
14. La situation en Suisse a été et est toujours assez critique. À titre illustratif, lire le débat « Argent propre, argent sale. La SSE et le sponsoring », *Tsansta*, 2002, 5 : 94-109, avec des intervention de S. Knecht, E. Hertz, P. Znoj et M. Zürcher.
15. Ce panorama ne se veut qu'un reflet indicatif de la situation en Suisse et n'assume pas une position d'exhaustivité. Nombreux auteurs, travaux et articles n'y figureront pas, mais ils participent aussi à la construction du savoir.
16. [www.bag.admin.ch/themen/migration/index.html?language=fr&dir2=&schriftgrad=], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
17. À titre d'exemple, B. Obrist est rattaché à l'Institut d'ethnologie et au Tropen institut de l'Université de Bâle, C. Salis Gross à l'Institut d'ethnologie de Berne et au Tropen institut de l'Université de Bâle, C. Kopp à l'Institut d'ethnologie de Berne et à l'OFSP, I. Rossi à l'Institut de sociologie et d'anthropologie ainsi qu'au département de médecine et de santé communautaire de l'Université de Lausanne.
18. Ci-dessous, les universités suisses et les instituts d'anthropologie ou sociologie qui proposent des cours en anthropologie médicale, sous différentes formes thématiques :

    Bâle [www.unibas-ethno.ch/index2.php]
    Berne [www.cx.unibe.ch/ethno/]
    Zürich [www.ethno.unizh.ch/]
    Lausanne [www-ssp.unil.ch/IAS/iaswelcomesml.html]
    Neuchâtel [www.unine.ch/ethno/welcome.html]
    Genève [www.unige.ch/iued/new/], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
19. Cette offre est particulièrement riche dans le domaine des formations continues et dans celui des formations postgraduées. Dès l'année prochaine les sciences sociales et humaines feront partie intégrante des formations prégraduées au sein de Faculté de la médecine.
20. L'ensemble des Hautes écoles spécialisées (HES Santé-Social) proposent des cours ponctuels d'anthropologie médicale ou anthropologie de la santé.
21. Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, sous la direction du professeur V. Barras : [www.hospvd.ch/public/instituts/iuhmsp/], (dernière consultation, 15 janvier 2004).

22. Swiss Tropical Institute [www.sti.ch/], (dernière consultation, 15 janvier 2004). Au sein de l'Institut, un pôle de recherche NCCR *Vulnerability, Livelihood and Health in Urban West-Africa* est coordonné par l'anthropologue Dr Brigit Obrist van Eeuwijk. Financement: Forschungsprogramm im Rahmen des NCCR «Nord-Süd», (Gesamtleitung: Geographisches Institut, Universität Bern), IP 4 *Health and Wellbeing*, Leitung: Schweizerisches Tropeninstitu. Homepage des Zentrums für Afrikastudien der Universität Basel [www.unibas-zasb.ch/deutsch/index.php], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
23. Dans le cadre des formations offertes par l'Institut d'anthropologie et de sociologie, les cours d'anthropologie de la santé «La santé aux prises avec la mondialisation» (Prof. I. Rossi) sont financés par le Programme IRIS *Santé et Société.*
24. Séminaire «Santé et développement: nouveaux enjeux, nouvelles priorités», sous la direction de F. Grange et J.-D. Rainhorn.
25. À l'Université de Berne:
    - Prof. H.-R. Wicker: Einführung in die Medizinethnologie (Vorlesung)
    - Dr C. Salis Gross: Am Rande der Existenz: Medizinethnologie in extremen Arbeitsfel dern. (Übung im Rahmen der AG Medizinethnologie)
    - Dr C. Salis Gross: Laqueurs Kulturgeschichte des Körpers (Übung im Rahmen der Arbeitsgruppe Ethnopsychoanalyse)
    - Prof. H.-R. Wicker: Vom interkulturellen zum transkulturellen Arbeiten in Institutionen (Übung)
    - Prof. H.-R. Wicker: Von kollektiver Gewalt. Eskalation und De-Eskalation (Seminar)
    - Dr C. Salis Gross: Kulturelle Repräsentationen des Todes (Übung)
    - Aktivitäten der Arbeitsgruppe Medizinethnologie
    - Aktivitäten der Arbeitsgruppe Ethnopsychoanalyse

    À l'Université de Zürich:
    - Peter van Eeuwijk: 'Medizinethnologie I: Einführung' (Vorlesung), Medizinethno logie II: Vertiefung' (Proseminar), Medizinethnologie III: Angewandte Medizi nethnologie' (Übung)

    À l'Université de Bâle
    - Brigit Obrist: Forschungsansätze der Medizinethnologie (Seminar).
26. Dans le cadre de la maîtrise interuniversitaire «Public health», le module «Migration und Public Health» est organisé sous la direction de C. Salis Gross à l'Université de Berne [www.public-health-edu.ch], (dernière consultation, 15 janvier 2004). À la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne, la formation continue postgraduée FARMED (santé et migration) est coordonnée aussi par un anthropologue, I. Rossi.
27. Forum suisse pour l'étude des migrations et des populations [www.unine.ch/fsm], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
28. Office de la santé publique [www.bag.admin.ch/f/index.htm], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
29. Institut Interuniversitaire de santé publique [www.public-health-edu.ch], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
30. Institut suisse pour la promotion de la santé [www.promotiondelasante.ch/fr/fs.aspnav=ser], (dernière consultation, 15 janvier 2004)

31. Déclaration [www.unige.ch/cre/activities/Bologna20Forum/Bologne1999bologna20 declaration.htm], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
32. [http://www.unil.ch/central/part/triangulaire.html], (dernière consultation, 15 janvier 2004).
33. Notamment le « Master international en Medical Humanities », organisé conjointement par l'Université Insubria (Varese/Italie), l'Université de Genève et la Fondazione Sasso Corbaro (Tessin/Suisse).

Références

AUGE M. et C. HERZLICH (sous la dir. de), 1983, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris, Éd. des Archives contemporaines.

DELVECCHIO M.-J, P. E. BROWIN, B. J. GOOD, A. KEINMANN, 1992, *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective.* Berkeley, University of California Press.

DOMENING D., 2001a, *Professionnelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

——, 2001b, *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

DROZ Y., 1998, «Patterns of Peasant Livelihood Strategies: Local Actors and Sustainable Resource Use»: 55-65, *Eastern and Southern African Journal of Geography (Nairobi)*, vol. 8 (En collaboration avec Erwin Künzi, Urs Wiesmann et Francis Maina).

——, 1999, *Migrations kikuyus: des pratiques sociales à l'imaginaire; ethos, réalisation de soi et millénarisme.* Neuchâtel et Paris, Institut d'ethnologie et Maison des sciences de l'Homme (Recherches et Travaux n° 14).

GONSETH M.-O. (dir.), 1994, «Les frontières du mal. Approches anthropologiques de la santé et de la maladie», *Ethnologica Helvetica*, 17/18.

GOOD B. J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge, University Press.

HELMANN C., 1992, *Culture, Health and Illness.* Londres, B&H (2e éd.).

HUDELSON P., 2002, «Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine?», *Médecine et Hygiène*, 60: 1775-1780.

KLEINMANN A., 1988, *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition.* New York, Basic Books.

——, 1995, *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine.* Berkeley, University of California Press).

KLEINMANN A. et B. GOOD (éd.), 1985, *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder.* Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.

KOPP SUTTER C., 2002, *The New Era of AIDS. HIV and Medicine in Times of Transition.* Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

LE BRETON D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité.* Paris, PUF.

LOCK M. et N. SCHEPER-HUGHES, 1990, «A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent»: 47-72, dans T. M. Johnson et C. F. Sargent (éd.), *Medical Anthropology: a Handbook of Theory and Method.* New York, Greenwood Press.

MAGGI J. et S. CATTACIN, 2003, *Needed Basic Research in «Migration and Public Health» 2002-2006 in Switzerland.* Neuchâtel, FSEMP.

MOSER C., 1997, *Die Geburt des Patienten. Ritualisierungen und Konstruktionen der Arzt-Patienten Interaktion.* Edition Soziothek, Köniz.

MOSER C., D. NYFELER et M. VERWEY, 2001, *Traumatisierung von Flüchtlingen und Asylsuchenden: Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes.* Zürich, Seismo.

OBRIST VAN EEUWIJK B., 1992, *Small but Strong. Cultural Contexts of (Mal)nutrition among the Northern Kwanga (East Sepik Province, Papua New Guinea).* Basel, Ethnologisches Seminar der Universität Basel und Museum für Völkerkunde/ Wepf. Basler Beiträge zur Ethnologie.

——, 2002a, «Gesundheit in Städten der Dritten Welt. Ein Graduiertenprogramm des Schweizerischen Tropeninstitut und des Ethnologischen Seminars der Universität Basel»: 49-54, *in Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, «Forschungspartnerschaft mit Entwicklungsländern. Eine Herausforderung für die Geistes- und Sozialwissenschaften».* Bern, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften.

——, 2002b, «Ohne Sauberkeit keine Gesundheit. Hygiene im Alltag von Dar es Salaam, Tansania», *Tsantsa,* 7: 66-76.

OBRIST VAN EEUWIJK B. et S. HIRSCH, 1992, *Ich möchte mit meiner eigenen Hilfe auskommen, aber es geht nicht. Eine medizinethnologische Studie über Krankheitserfahrungen türkischer und kurdischer Menschen in der Region Zürich.* Zürich, Schweizerisches Arbeiter/Innen Hilfswerk.

OBRIST VAN EEUWIJK B. et Z. N. MDUNGI, 1994, «To Play *upatu* for Health: Supporting Health Initiatives in Low-Income Urban Areas of Dar es Salaam, Tanzania»: 143-158, *in* B. Sottas et L. Roost Vischer (sous la dir. de), *Überleben im afrikanischen Alltag: Improvisationstechniken im ländlichen und städischen Kontexte.* Berlin, Lang Verlag.

OBRIST VAN EEUWIJK B. et H. MINJA, 1997, «Reconsidering the Concept of Household Headship: Reflections on Woman's Notions and Practices of Headship in Dar es Salaam, Tanzania»: 209-222, dans B. Sottas, T. Hanner L. Roost Vischer et A. Mayor (sous la dir. de), *Werkschau Afrika-Studien/Le Forum Suisse des Africanistes.* Münster, Lit Verlag.

OSSIPOW L., 1997, *La cuisine du corps et de l'âme: approche ethnologique du végétarisme.* Neuchâtel/Paris, Éditions de l'Institut d'Ethnologie et Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

ROSSI I., 1994, «La medicalizzazione degli stranieri tra giustificazioni e interrogazioni»: 139-14, dans *Attraverso i confini. Aspetti psichiatrici del movimento e del mutamento.* Atti del 169o Congresso della Societa svizzera di psichiatria, Lugano.

——, 1995, «Pluralisme médical: les enjeux des corps possibles», *Cahiers médico-sociaux,* 39: 25-31.

——, 1996, «Médecine, Médecines. Parallélisme ou complémentarité?», *Cahiers médico-sociaux,* 40: 17-24.

——, 1997a, *Corps et Chamanisme. Essai sur le pluralisme médical.* Paris, Armand Colin.

——, 1997b, « L'anthropologie médicale entre théorie et pratique », *Médecine Psychosomatique et Psychosociale,* 1-2/26 : 2-9.

——, 1997c, (textes réunis par), « Dossier Anthropologie médicale », *Médecine Psychosomatique et Psychosociale,* 1-2.

——, 1999, « Médiation culturelle et formation des professionnels de santé : de l'interculturalité à la co-disciplinarité », *Soziale und Präventive Medizin,* 44, 6 : 288-294.

——, 2000, « Sistemi di cura e relazioni interculturali » : 125-132, dans *Immigrazione e diritto alla salute,* Atti del congresso. Genova, Erga edizioni.

——, 2002, « Réseaux de soins, réseaux de santé. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance », *Tsantsa,* 7 : 12-21.

——, 2003, « Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration », *Médecine et Hygiène,* 2455 : 2039-2045.

ROSSI I., A. JEANNIN, F. DUBOIS-ARBER, P. GUEX et M. VANNOTTI, 1998, « The Clientele of an Anonymous HIV Test Centre and the General Population Tested : Similarities and Differences », *AIDS Care,* 10,1 : 89-103.

SABBIONI M., C. SALIS GROSS et U. SEILER, 1999, « Le traitement de la douleur chez les patients migrants : perspective interdisciplinaire » : 41-53, dans D. Roger (dir.), *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise.* Genève, Editions Médecine et Hygiène.

SALIS GROSS C., 2001, « Vorschläge für die Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion » : 29-42, dans M. Kurmann (dir.), *Flüchtlinge in der Sprechstunde. Ein Ratgeber für Hausärztinnen und Hausärzte zur Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Region Basel.* Basel, Schweizerisches Tropeninstitut.

SALIS GROSS C., 2002, « Trauma und Medikalisierung : Die Flüchtlingserfahrung in der Schweiz », *Tsantsa,* 7 : 22-30.

SALIS GROSS C., C. BLOCHIGER et C. MOSER, 1997, *Die Arz-Patienten-Interaction in der hausärzlichen Betreussng von Asylsuchenden und Flüchlingen.* Basel et Bern, Schweizeriches Tropeninstitut Basel et Bundesamt für Gesundheit.

SALIS GROSS C. et M. LONCAREVIC, 1999, *Gesundheitsstrategien in den türkisch/kurdischen und bosnischen communities : Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Haushaltbegleitung (community study).* NFP 39, Schweizerisches Tropeninstitut Basel/Institut für Ethnologie der Universität Bern.

SALIS GROSS C., D. GILGEN, D. MAUSEZAHL, E. BATTEGEAY, P. FLUBACHER, M. TANNER, G. WEISS et C. HATZ, 2002, « Klinische cultural epidemiology von Gesundheitsproblemen ambulant behandelter Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bosnien » : 507-530, *in* H-R.Wicker, H. Werner et R. Fibbi (sous la dir. de), *Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms « Migration und interkulturelle Beziehungen ».* Zürich, Seismo.

SALIS GROSS C. et M.-J. DEL VECCHIO GOOD (dir.), 2002, Dossier « Experiencing Medical Power and the State », *Tsantsa,* 7 : 5-92.

SCHEPER-HUGUES N. et M. LOCK, 1987, «The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology», *Medical anthropology quarterly* (Boston) 1, 1: 6-41.

VAN EEUWIJK P., 1999, *Diese Krankheit passt nicht zum Doktor . Medizinethnologische Untersuchungen bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien).* Basel, Wepf (Basler Beiträge zur Ethnologie 41).

——, 2000, «Health Care from the Perspectives of Minhasa Villagers, Indonesia»: 79-10, dans L. M. Wthiteford et L. Manderson (dir.), *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field.* Boulder/CO, Lynne Rienner Publishing Co.

——, 2001, *Growing Old in the City. Health Transition among the Elderly in North Sulawesi, Indonesia. An Anthropological Approach to Old-Age Research.* Poster presented at the Annual Meeting of the Commission for Research Partnerships with Developing Countries (KFPE), Bern.

——, 2002, à paraître , «Ageing and Health in Urban Indonesia», *Urban Health and Development Bulletin.*

WEISS R., 2003, *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.* Zürich, Seismo.

WEISS R. et R. STUCKER, 1998, *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins.* Rapport de recherche No 11. Neuchâtel, FSM.

WICKER H.-R. et H.-K. SCHOCH, 1988, «Refugees and Mental Health. South East Asian Refugees in Switzerland»: 153-178, dans D. Miserez (dir.), *Refugees - The Trauma of Exile.* Dordrecht, Martinus Nijhoff Publishers.

WICKER H.-R., 1989a, «Bemerkungen zu einer ethnozentrierten Sozialpolitik»: 173-184, dans Kälin et Moser (sous la dir. de), *Migrationen aus der Dritten Welt. Ursachen und Wirkungen.* Bern, Verlag Paul Haupt.

—— 1989b, «Orality in the Context of Vietnamese Personality and Culture»: 173-184, dans A. Ginrich, S. Haas et G. Paleczek (dir.), *Kinship, Social Change, and Evolution. Proceedings of a Symposium held in Honour of Walter Dostal. Wiener Beiträge zur Ethnologie und Anthropologie.* Horn-Wien, Verlag Ferdinand Berger et Söhne.

——, 1993, *Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen.* Arbeitsblätter No. 6, Institut für Ethnologie, Universität Bern.

WICKER H.-R, C. MOSER et T. GASS, 1998, *Evaluation des Rückkehrhilfe- und Wiedereingliederungsprogrammes für bosnische Staatsangehörige.* Bern, Institut für Ethnologie der Universität Bern.

WICKER H.-R., W. HAUG et R. FIBBI (sous la dir. de), 2003, *Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Migration und interkulturelle Beziehungen».* Zürich, Seismo.

TROISIÈME PARTIE

PERSPECTIVES TRANSVERSALES ET THÉMATIQUES

CHAPITRE 13

Donner un genre à l'anthropologie médicale

Carole Browner et Carolyn Sargent

L'objectif de ce chapitre consiste à découvrir les évolutions politiques et théoriques qui ont construit le programme actuel de la recherche à propos des questions de genre en anthropologie médicale aux États-Unis. À travers cette généalogie, nous tenterons d'expliquer les articulations, explicites et implicites, qui se sont établies entre les disciplines, plus précisément entre l'anthropologie et la recherche sur le genre et la santé. Notre étude porte particulièrement sur le travail de chercheurs américains – et canadiens en partie – étant donné que la majeure partie de cette recherche interdisciplinaire s'est développée dans ces pays. Bien que les anthropologues n'aient pas été les seuls, au sein des sciences sociales, à envisager de nouveaux axes de recherche destinés à dévoiler les constructions sociales de la santé et du genre, ce chapitre sera surtout consacré à la recherche anthropologique, tout en incluant cependant les travaux de certains chercheurs issus de différentes disciplines. De même que la plus grande part de ces travaux est consacrée aux femmes, notre revue traitera principalement des questions liées à la santé des femmes. Bien sûr, nous veillerons à mentionner toute recherche sur la santé et le sexe masculin, s'il y a lieu. Cela dit, cette recherche n'a vu le jour que récemment et a encore beaucoup de pain sur la planche[1].

Les féministes des années 1960 ont largement contribué à l'émergence d'une anthropologie des femmes ainsi qu'à l'élaboration de théories féministes en anthropologie, et cela, en identifiant les multiples dimensions des inégalités de genre et la façon dont elles se renforcent mutuellement, ainsi que les structures par le biais desquelles elles se reproduisent. Les puissantes protestations sociales qui ont marqué cette période ont aussi rassemblé les efforts pour révolutionner la santé des femmes et l'accès aux soins. Cette dialectique entre la santé populaire du XX^{e} siècle et les mouvements féministes reflète celle déjà établie au XIX^{e} siècle. De même, les chercheurs ont analysé les perspectives évolutionnistes et interculturelles en anthropologie, en ce qu'elles peuvent nous éclairer sur les problèmes de santé et de sexualité ainsi que sur la définition du corps féminin.

L'ANTHROPOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT ET LES RELATIONS POLITIQUES ENTOURANT LE DOMAINE DE LA REPRODUCTION

Au sein de l'anthropologie médicale, le projet féministe est motivé par la volonté de défier la domination institutionnelle masculine persistante dans le domaine de la reproduction et relatif aux patients de sexe féminin. À partir du rapport des procédés qui ont conduit à la transformation radicale du contrôle des traditions médicales par les femmes vers celui des hommes, les anthropologues médicales et féministes, ainsi que d'autres chercheuses féministes issues de disciplines différentes, ont montré que « la suppression des femmes guérisseuses par le corps médical fut un combat politique [...] reflet de l'histoire du combat entre les sexes en général » (Ehrenreich et English 1973:4).

S'ajoutant à un activisme féministe toujours présent, la prolifération d'études sur les questions de genre en anthropologie dans les années 1970 ont revitalisé la recherche sur le domaine de la reproduction. Auparavant, certains ethnologues avaient déjà produit une série d'enquêtes interculturelles très riches de détails; cependant, leurs travaux étaient restés très descriptifs et sans apports théoriques (Browner et Sargent 1996). Il a fallu une autre génération d'anthropologues pour comprendre à quel point les études sur la reproduction humaine pouvait influer sur l'ouverture d'un nouveau programme de recherche avec des retombées politiques immédiates.

Le livre de Brigitte Jordan, *Birth in Four Cultures* ([1978] 1993), a posé un regard anthropologique sur une étude comparative des systèmes d'accouchement et, par ce biais, à lui seul a réussi à hisser une discipline encore naissante au-delà du simple rapport sur les procédures isolées et individuelles d'accouchement qui caractérisait les travaux précédents. Comme Jordan l'a finement observé, « dans tout système donné, les pratiques d'accouchement paraissent soigneusement contrôlées et soumises à une routine relativement uniforme, systématique, standardisée, ritualisée et même imposée » (Jordan [1978] 1993:2). Ce travail fut rapidement suivi d'une abondante production écrite concernant les modes bioculturels d'accouchement, à la fois dans les sociétés occidentales et les sociétés non occidentales (Davis-Floyd et Sargent 1997). Cette littérature, riche de détails ethnographiques vivants, se caractérise par une analyse approfondie de l'accouchement comme point d'articulation entre les idéologies de genre, les politiques domestiques, la religion et la cosmologie, les hiérarchies occupationnelles, la médecine locale et la structure des services de santé financés par l'État. Elle rapporte également comment, au sein d'une société particulière, les procédures d'accouchement peuvent se trouver légitimées ou bien amèrement contestées (Davis-Floyd et Sargent 1997; Sargent 1989).

Les études de Browner (2000) et de Ginsburg (1998), entre autres, ont illustré le fait que les membres d'une culture donnée ne partagent pas nécessairement les mêmes buts reproductifs, notamment en ce qui concerne certaines questions, comme le choix de la période de grossesse ou la décision de poursuivre une grossesse non désirée. Même dans certaines microsociétés, les maris, parents, voisins et membres d'autres groupes sociaux peuvent éventuellement voir leurs intentions de reproduction entrer en conflit les unes avec les autres – ainsi qu'avec celles des femmes elles-mêmes. Ce corpus de recherche s'est penché en particulier sur la façon dont les décisions, y compris celles d'ordre reproductif, sont prises, contribuant du même coup au thème central de l'anthropologie féminine en étudiant comment les femmes agissent réellement, et de manière contradictoire par rapport à ce que peuvent en dire les ethnologues et les informateurs masculins. Ce travail a également contribué à ce que la diversité intra-culturelle soit reconnue dans les sociétés proto-industrielles comme dans les sociétés industrielles.

Cependant, les décisions prises en matière de reproduction révèlent d'autres mécanismes que ceux de la contestation. D'autres processus sociaux (par exemple, les relations historiques, les négociations entre plusieurs systèmes médicaux, les coutumes religieuses, les différentes conceptions du risque) façonnent également les décisions de reproduction prises aussi bien par les femmes que par les hommes, de même que d'autres aspects de leurs expériences de reproduction. La récente monographie d'Allen, par exemple, décrit comment les définitions du risque lui-même peuvent entrer en conflit – entre celles issues des politiques nationales et internationales de santé maternelle, et celles dérivées des expériences locales – et montre les conséquences que cette opposition peut avoir sur les stratégies et décisions de reproduction des femmes en Tanzanie rurale (Allen 2002).

À partir de cet effort constant d'analyse des multiples forces sociales qui façonnent les expériences de reproduction des femmes, les anthropologues de la médecine ont également porté leur attention sur les façons dont les idéologies et les pratiques de la biomédecine déterminent les options de reproduction pour les femmes. Ici encore, la synergie créée entre les chercheuses féministes et les activistes a généré une approche politique de la santé des femmes fondamentalement différente de l'approche biomédicale, laquelle fournit davantage d'options en matière de reproduction et établit une redistribution des pouvoirs entre médecins et patients (Ginsburg et Rapp 1995 ; Morgen 2002).

LA MÉDICALISATION DE LA REPRODUCTION

Un thème important dans ce corpus de recherche concerne la définition culturelle dominante de l'accouchement aux États-Unis, qui décrit la grossesse comme un état pathologique requérant l'intervention de spécialistes, ainsi que l'accouchement en hôpital. De ce fait, la médicalisation de l'accouchement, caractérisée par l'utilisation d'interventions technologiques durant la naissance telles que l'épisiotomie (une incision chirurgicale du vagin afin de faciliter la sortie du nouveau-né), l'injection de médicaments par voie intraveineuse, et la lithotomie sont devenues des procédures standardisées (Jordan 1993; Davis-Floyd 1992), et, dans de nombreux pays, les césariennes, ou naissances chirurgicales, ont atteint 30 % des accouchements, sinon plus (Sargent et Stark 1987).

Dans son analyse culturelle de la reproduction – désormais devenue un « classique » du genre – Emily Martin (1987) étend cette critique de la médicalisation aux cycles de la menstruation et de la ménopause, ainsi qu'à la naissance. À l'aide de récits de femmes concernant leurs expériences de l'accouchement, elle décrit les sensations d'aliénation et de fragmentation produites par le recours aux interventions technologiques et à l'assistance d'un spécialiste, tout en dévoilant en même temps l'ambivalence profonde qu'elles ressentent à l'égard du contrôle biomédical, et révélées dans leurs actes de résistance et d'opposition. De même, Margaret Lock et Dona Davis, entre autres, proposent une analyse interculturelle supplémentaire en étudiant la médicalisation de la ménopause (Davis 1983; Lock 1993).

Les développements de la science et des technologies de reproduction, époustouflantes et vertigineuses à la fois, continuent de changer les valeurs et les attentes associées à la conception, à la grossesse et à l'accouchement. Depuis les années 1970, de cinglantes critiques féministes ont remis en question la médicalisation excessive des procédures de reproduction chez les femmes, notamment les effets nocifs de l'utilisation systématique de produits pharmaceutiques tels que le thalidomide et le diéthylstilbestrol, ainsi que ceux des procédures médicales comme les hystérectomies et les stérilisations (Morgen 2002: 120). Dans les décennies qui ont suivi, les anthropologues, ainsi que d'autres chercheurs, ont continué à prouver la mécanisation et la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement. Au-delà des technologies de la naissance, les anthropologues ont étudié l'usage croissant des tests de diagnostic fœtal et des procédures de contrôle. Browner et Peloran (2000) ont trouvé que les techniques de contrôle et de surveillance de la grossesse sont devenues si fréquentes que beaucoup de femmes américaines insistent maintenant pour s'y soumettre, même en l'absence de toute indication médicale. Cela est particulièrement vrai pour l'échographie, et de plus en plus pour l'amniocentèse

(Browner et Preloran 2000). Ces techniques sont également utilisées de façon systématique, non seulement aux États-Unis, mais aussi dans d'autres pays (Mitchell et George 1998; Morgan 1998; Taylor 2000), et leur utilisation ne se limite pas seulement au diagnostic d'anomalies, mais elle s'étend aussi à la détermination du sexe de l'enfant, ce qui conduit souvent à l'avortement sélectif de fœtus féminins (Miller 2001). Rayna Rapp a analysé de manière éloquente certaines questions d'éthique troublantes inhérentes à l'usage du diagnostic prénatal. Avec ces procédures, écrit-elle, « les femmes sont amenées à considérer les anomalies de leur propre fœtus, prenant des décisions concrètes et symboliques sur les standards d'entrée dans la communauté humaine » (Rapp 1999: 3).

Jusqu'aux années 1990, la recherche sur la médicalisation de la reproduction s'est penchée principalement sur la conception, la grossesse et l'accouchement; par contraste, on ne tenait presque aucunement compte de la question de l'infertilité (Inhorn et van Balen 2002). Depuis, un nombre croissant d'études anthropologiques s'est intéressé à l'incidence dévastatrice de la perte de grossesse ou de l'infertilité sur les vies de ceux qui sont touchés (Becker 1997; Layne 2002); une étude provocatrice a également été publiée sur les mères porteuses (Ragone 1994). L'ouvrage de Marcia Inhorn, *Quest for Conception* (1994), présente le premier compte rendu exhaustif dédié aux expériences des femmes non occidentales à l'égard de l'infertilité, à travers le portrait de femmes égyptiennes issues de milieux pauvres et urbains, et de leur tentative de surmonter l'infertilité. Depuis, d'autres comptes rendus interculturels importants ont paru (par exemple, Inhorn et Van Blen 2002). En même temps, les anthropologues féministes ont crié méfiance quant à la disjonction entre l'importance des technologies et leur équivalence sociale et légale. L'aspect physiquement astreignant et la nature expérimentale des nouvelles procédures médicales contre l'infertilité, de même que leur faible taux de réussite, ont déclenché une perspective alarmante sur l'utilisation du corps des femmes comme site d'expérimentation. À cet égard, Margarete Sandelowski décrit de façon convaincante ce qu'elle caractérise comme « la qualité jamais atteinte » des technologies de conception (Sandelowski 1991). L'un des axes les plus récents de la recherche anthropologique sur l'infertilité concerne son incidence personnelle et interpersonnelle sur les hommes.

LE PARADIGME DU SAVOIR AUTORITAIRE

Toujours liée à ces problèmes, une importante part des écrits en anthropologie médicale illustre la résistance des femmes envers l'autorité biomédicale dans les sociétés occidentales et non occidentales. Ici encore,

Brigitte Jordan a opéré une avancée théorique notable en introduisant le concept de « savoir autoritaire ». Elle écrit que, « quel que soit le domaine en question, plusieurs systèmes de savoir existent, certains d'entre eux, par consensus, ayant plus de poids que d'autres, soit parce qu'ils procurent une meilleure explication de l'état des choses dans le monde dans le contexte en question (efficacité), ou bien parce qu'ils sont associés à une source de pouvoir plus puissante (supériorité structurelle) ou les deux, comme c'est le cas en général » (Jordan 1993: 152).

Sa conception du « savoir autoritaire » s'est avérée extrêmement utile dans l'analyse des relations de pouvoir changeantes et interculturellement mêlées aux querelles sur le contrôle de la naissance, tout en rendant visibles les tentatives cherchant à étouffer ces différences par l'imposition d'un consensus social. Les auteurs de l'ouvrage collectif *Child Birth and Authoritavive Knowledge* ont étendu l'usage du concept de Jordan à d'autres domaines de la reproduction, notamment aux pratiques individuelles de soin des femmes américaines durant leurs grossesses, ou au maintien des systèmes de savoirs autochtones devant l'exportation globale de la biomédecine (Davis-Floyd et Sargent 1997).

Cette récente attention portée, de la part des anthropologues, à la structure et à l'organisation du savoir expert et de ses ramifications sur les relations de pouvoir dans une société donnée s'est en fait construite à partir d'un intérêt de longue date concernant les guérisseurs et la gestion de la maladie. Cependant, historiquement, les anthropologues – la plupart d'entre eux des hommes – s'intéressaient davantage aux actions spectaculaires, colorées et souvent surnaturelles qu'inspiraient les spécialistes guérisseurs masculins – tels que les médiums, devins et prêtres, de même que d'autres spécialistes comme les masseurs et les herboristes – tous au contrôle d'un corpus de savoirs experts. Le livre de Carrol McClain, *Women as Healers* (1989), s'est illustré dans ce contexte en décrivant, entre autres, des femmes ayant pris la position de guérisseurs – bien que leurs pratiques soient privées et anonymes, et en analysant les raisons pour lesquelles les femmes se montrent peu disposées à assumer de telles positions publiques, tout en montrant comment les techniques féminines de guérisons sont caractérisées par des symboles féminins et maternels, ainsi que la manière dont les processus de globalisation ont transformé ces pratiques et techniques. Ce travail survole également la littérature sur les femmes occupant des positions de guérisseuses en dehors de la biomédecine.

Les sages-femmes ont également fait l'objet de recherches dans le cadre de ces études sur les femmes guérisseuses, tout d'abord à travers les comptes rendus de Lois Paul, Arthur Rubel et Sheila Cosminsky (Paul 1975; Rubel *et al.* 1971; Cosminski 1976). La critique très détaillée par Cosminsky des écrits concernant la pratique interculturelle de l'obstétrique a démontré

que la plupart des travaux effectués à l'époque ne se contentaient que de descriptions des techniques des sages-femmes. La contribution de Cosminsky fut d'examiner la variation interculturelle du rôle et du statut des sages-femmes. Certaines théories suggèrent d'ailleurs que la position sociale de ces dernières découle de la position des femmes en général au sein de la société, du statut des guérisseurs qui ne sont pas sages-femmes (McClain, 1989), de la nature des techniques et rituels qu'elles possèdent (Laderman 1983; Sargent 1989) et, finalement, des origines de leur position: sélection divine, choix personnel, héritage, ou autres (MacCormack 1982; Paul 1975). Cependant, il n'existe aucune théorie unique capable de tenir compte de toutes ces variations interculturelles concernant le statut des sages-femmes.

ÉCONOMIE POLITIQUE, SANTÉ ET GENRE

Au cours des années 1980, une orientation intellectuelle parallèle s'est développée au sein de l'anthropologie médicale, qui s'intéressait particulièrement à l'économie politique de la santé. Les chercheurs travaillant sous cette orientation ont mené des macro-analyses, à l'échelle du système économique mondial, des effets de la stratification des relations socio-économiques et politiques sur la distribution des soins et des maladies (Baer, Singer, Susser 1997). Cependant, hormis de rares exceptions (par exemple, Morsy 1978), les travaux les plus récents dans ce domaine avaient tendance ne pas tenir compte de la question du genre, et il a fallu une autre décennie avant que les chercheurs ne reconnaissent que «l'étude de l'économie politique, du genre, et de la production sociale de la santé peuvent également se chevaucher et s'enrichir des analyses résultantes» (Whiteford 1996: 243).

Les travaux de certains intellectuels tels que Ellen Lazarus, Linda Whiteford, Lesley Doyal et Soheir Morsy ont éclairé les liens entre le genre, la classe sociale et la santé. Morsy, dans son ethnographie d'un village égyptien du Delta du Nil, enquête sur la manière dont les questions de genre et de classes sociales sont invoquées à travers les épisodes de transe spirituelle, connues sous le nom de *'uzr*. Elle démontre que la fréquence des maladies de même que les moments de tension apparente au sein de la communauté sont en fait liés aux relations asymétriques de pouvoir, qui elles-mêmes dérivent d'un statut socio-économique inférieur dans l'économie nationale, et d'un écart par rapport au comportement culturellement établi pour chaque sexe. Le travail de Morsy est d'ailleurs bien en avance sur son temps puisqu'il présage l'insistance des féministes sur les différences entre les femmes selon la classe sociale, le groupe d'âge et la structure familiale auxquels elles appartiennent.

D'autres ont élargi leur analyse pour y incorporer la notion de « race » comme autre variable influente. Linda Whiteford, par exemple, présente le cas d'une femme enceinte pauvre et dépendante du crack et de la cocaïne, qui se trouve condamnée à un séjour en prison. Elle définit l'impasse dans laquelle se trouve cette femme eu égard aux constructions sociales de genre, de race et de classe et en conclut que les lois qui punissent les femmes enceintes pour dépendance à la drogue se préoccupent moins de protéger le fœtus que de punir ces femmes, de fait pauvres, enceintes, non blanches et droguées (Whiteford 1996). Ellen Lazarus, pour sa part, prend en considération les notions de choix médical, de contrôle et de classe sociale dans sa recherche menée au sein d'une clinique obstétrique aux États-Unis. Tout en concentrant son attention sur ce qu'elle appelle le niveau « intermédiaire » ou institutionnel d'analyse, elle démontre que les inégalités de pouvoir entre médecins et patients sont reflétées au sein de la société en général à travers les hiérarchies de genre, de race et de classe sociale, tandis qu'elle décrit comment les patients issus de milieux sociaux défavorisés se trouvent abandonnés par ces mêmes praticiens dont ils pensaient qu'ils pouvaient leur venir en aide (Lazarus 1994). Ces effets découlant des inégalités raciales et sociales sur la santé se reflètent encore davantage dans la distribution épidémiologique de la plupart des maladies. Aux États-Unis par exemple, l'incidence de crises cardiaques est nettement plus fréquente parmi les femmes noires que parmi les femmes blanches, et, bien que les femmes noires présentent moins de chances d'être diagnostiquées d'un cancer du sein, elles ont cependant plus de chances d'en mourir.

Lesley Doyal, dans une étude classique d'économie politique intitulée *What makes Women Sick* (Doyal 1995), offre une analyse détaillée des obstacles locaux et globaux qui empêchent les femmes de pouvoir subvenir à leurs besoins en matière de santé, notamment à cause des écarts persistants entre pays riches et pays pauvres, de la pauvreté comme facteur de risque important dans la propagation de maladies sexuellement transmissibles telles que le sida, de pratiques sexuelles à risque, de la violence institutionnalisée contre les femmes, des risques du métier, de la division sexuée du travail et du manque d'accès à des moyens fiables de régulation de la reproduction.

Les femmes travaillant à l'extérieur passent généralement moins de temps pour les tâches domestiques que ne le font les femmes au foyer. Dans les pays développés en particulier, les femmes travaillent plus longtemps que les hommes, et plus le pays en question est pauvre, plus cette inéquation s'accentue. La plupart de ces femmes passent de 10 à 16 heures par jour à préparer à manger, à accomplir des tâches ménagères et à s'occuper des enfants. Les chiffres montrent de manière forte que, peu importe leur lieu de travail, au foyer ou à l'extérieur, les femmes travaillent généralement plus longtemps que leur mari. Les conséquences de cette

« double corvée » sur la santé des femmes est encore peu explorée ; Stellman indique certaines des interactions potentielles: « Certains des risques de santé importants pour les femmes au travail accompagnent, tout en les exacerbant, les risques au foyer. Les accidents et les maux de dos présentent des problèmes communs chez les femmes au travail tout comme chez les mères d'enfants en bas âge et les femmes au foyer. Les irritations et les maladies de la peau sont également courantes parmi les employés hospitaliers, le personnel d'entretien et les travailleurs industriels, tout comme elles le sont parmi les femmes au foyer » [Notre traduction] (Stellman 1997: 82).

En ce qui concerne plus précisément les femmes pauvres, le besoin d'apporter à la fois un salaire et de s'occuper des enfants peut les conduire à accepter des emplois financièrement plus précaires mais qui leur permettent d'obtenir un emploi du temps plus flexible ou d'emmener leurs enfants avec elles. Et dès lors que les besoins du foyer s'accroissent, elles effectuent généralement des heures supplémentaires, tout en continuant d'assumer leurs tâches domestiques. Ce faisant, plutôt que d'abandonner une activité au profit d'une autre, elles préfèrent renoncer à leurs loisirs ou consacrer moins de temps au sommeil, au repos et à la relaxation. En réclamant des femmes qu'elles s'investissent fortement, outre leurs tâches ménagères, dans le monde du travail, les systèmes de production les conduisent à négliger leur propre santé ainsi que celle de leur famille. Pour certaines femmes, les contraintes que leur imposent leurs tâches multiples requièrent plus d'énergie que ne leur procure leur alimentation, ce qui aggrave davantage leurs problèmes de santé et de malnutrition.

Plusieurs études ethnographiques approfondies ont tenté d'expliquer les liens qui existaient entre le genre, l'économie politique et la santé, en analysant les variables: travail domestique et salarié des femmes, et santé. Ces travaux ont conduit à corriger des points de vue du fait du déplacement des recherches au-delà du seul domaine initial de la procréation et de ses conditions sanitaires. À cet égard, MacCormack établit une distinction utile entre les risques directs et les risques indirects qui nuisent à la santé des femmes. Les femmes subissent un risque direct lorsque leur travail les force à rester dans l'eau où, éventuellement, elles s'exposent aux parasites vecteurs de la schistosomiase, de l'onchocersiatose ou de la malaria. En Sierra Leone par exemple, la division sexuelle du travail requiert que les femmes passent beaucoup plus de temps que les hommes à travailler dans les eaux stagnantes à repiquer le riz, collecter l'eau potable, nettoyer les vêtements et pêcher (MacCormack 1996). Le transport de charges lourdes, telles que le bois de chauffage et l'eau, demande des efforts vigoureux, épuisants même, causant souvent la fatigue générale et les douleurs dans les articulations. Les rapports médicaux montrent aussi que le transport de lourdes charges peut provoquer le déchirement du col de l'utérus, l'endommagement de la colonne

vertébrale et de la zone pelvienne, ainsi que des problèmes gynécologiques ou de procréation. Il existe des risques spécifiques associés à l'utilisation de poêles et du feu de cuisine, tels que les brûlures et la pollution par la fumée. Les activités de désherbage, de repiquage et de récolte des moissons, toutes concernées dans les zones de culture, causent régulièrement des problèmes de dos et de jambes, tout comme elles exposent les femmes aux pesticides.

Les risques indirects découlent, quant à eux, de la dévalorisation des filles et des femmes, des pratiques de mariage précoce et des préférences familiales en faveur des hommes, ce qui concerne les investissements sociaux, nourriture et santé comprises. Koblinsky et ses collaborateurs ont décrit une myriade de facteurs associés à l'infrastructure sanitaire et à l'organisation des services qui restreignent l'accès des femmes aux soins, notamment la distance, le transport et les communications (Koblinsky *et al.* 1993). Et bien que dans la plupart des sociétés les femmes soient responsables de la santé de leurs familles, les difficultés logistiques se trouvent aggravées par des mécanismes de dépréciation relatifs à la morbidité des femmes et à leur manque de capacité à communiquer avec les hommes.

L'étude de Hemming sur les réfugiés vivant en Afghanistan sous le régime taliban présente ici un cas extrême. En effet, les femmes non accompagnées de parents masculins se voient interdites de quitter leur espace clos, ce qui les empêche souvent d'avoir accès aux soins médicaux (Hemming 1997). L'étude des nomades pasteurs du Tchad effectuée par Hamspshire révèle également d'autres manières par lesquelles la question de la mobilité détermine l'accès aux soins et à l'aide médicale. Comme cela est avéré partout dans le monde, la plupart des maladies sont traitées au foyer et les femmes sont chargées de pourvoir aux traitements préparés sur place, tandis que les hommes contrôlent la recherche de l'aide médicale en dehors du domicile. Cependant, les femmes bénéficiant de larges réseaux de connaissances ont un meilleur accès à l'aide médicale, du moins quand le groupe ne se trouve pas dispersé lors des migrations saisonnières; lorsque c'est le cas, les possibilités d'accès aux soins pour les femmes s'en trouvent alors fort limitées, ce qui a souvent pour résultat un allongement du délai de soin (Hampshire 1998).

GENRE ET SÉROPOSITIVITÉ OU SIDA

L'épidémie du sida a pointé la sexualité et les pratiques sexuelles comme problèmes majeurs de la santé publique. Elle a également généré une abondante littérature en anthropologie à propos des comportements de genre, des idéologies de genre et des risques d'infection par le virus du

sida. Ces recherches ont révélé la façon dont ces idéologies et ces pratiques de genre incarnaient les relations de pouvoir et donnaient du sens et de la valeur à certains comportements et à certaines relations sexuelles (Farmer *et al.* 1996). Elle a également démontré que les problèmes liés au sexe, à la sexualité et au genre sont interconnectés au cours des relations intimes, privées, et personnelles entre hommes et femmes, tout comme ils sont révélateurs des multiples façons dont les modèles culturels des relations hétérosexuelles et homosexuelles et des structures familiales sont façonnés par les rapports politiques et économiques (Sobo 1995). L'analyse approfondie de Brooke Schoepf (1998) sur les variations culturelles du risque du sida en Afrique centrale, par exemple, conclut que le virus se répand non pas à travers des pratiques sexuelles « exotiques », mais plutôt à la suite des contingences de la vie de tous les jours. De plus, ses observations confirment qu'en réalité nombre de femmes exposées au risque de contraction du virus du sida ne se prostituent pas et ne contrôlent pas le risque de transmission par voie sexuelle.

LES EXPRESSIONS DE LA SOUFFRANCE

À travers une perspective politico-économique, la recherche s'est également concentrée sur la manière dont les tensions produites par les interactions entre les responsabilités productives et reproductives exposent les femmes à un éventail de maladies qui ont été caractérisées comme « expressions de la souffrance » (Nichter 1981). Ce concept, développé par Nichter lors de sa recherche en Inde du Sud, vise à décrire la façon dont les femmes brahmanes possédant un réseau de support social minime expriment leur souffrance de manière socialement acceptable. Ces manifestations extériorisées de la souffrance se traduisent par la possession, le jeûne et d'autres symptômes culturellement significatifs, tels que des sensations de « surchauffe » ou de « bouffées de chaleur ». D'autres exemples de travaux concernant les maladies populaires et les expressions locales de la souffrance sont inclus dans le vaste champ des écrits relatifs au phénomène des « nervios » (les nerfs) en Europe, en Amérique latine et parmi les groupes latinos aux États-Unis (Low 1994; Jenkins 1996; Rebhun 1994). Les chercheurs qui ont décrit toute une gamme de symptômes associés à ces maladies – tels que les vertiges, la fatigue, les maux de tête, les douleurs dans la poitrine, les sentiments de colère, d'anxiété, de tristesse, et de désespoir – tendent à conclure que les « nerfs » représentent davantage une « expression des problèmes de la vie quotidienne » qu'un véritable problème médical.

Rebhun (1994) illustre comment la répression d'émotions fortes est liée à la maladie. Dans son étude au nord-est du Brésil, elle constate

qu'il est souvent strictement interdit d'exprimer publiquement les fortes émotions négatives qui émergent nécessairement dans la vie courante, notamment la jalousie, l'envie, la colère et la haine. Ces interdictions sont particulièrement problématiques pour les femmes, desquelles on attend toujours un état constant de compassion ou de désintéressement. Certaines femmes utilisent l'expression «avaler des grenouilles» pour faire référence à ce besoin d'exprimer leur colère et d'endurer silencieusement des traitements injustes, comme les aventures extraconjugales d'un mari. Leur angoisse s'exprime dans diverses maladies «populaires» telles que les «nerfs», «susto» (la maladie de la perte de l'âme), «la poitrine ouverte», «les bleus de sang bouillonnant» – des petits bleus sur les cuisses et les bras que l'on attribue au sang bouillonnant de colère dans les veines. Dans son analyse de la «debilidad» dans les montagnes du nord du Pérou, Oths montre que ce sont souvent les femmes plus âgées qui sont touchées, après que leurs enfants ont grandi. Elle relie ce syndrome aux tensions autour de la procréation et de la production, induites par les répressions générées par un environnement social et économique difficile (Oths 1999).

Finkler, dans sa recherche d'un concept dépassant les formulations particularisantes qui ont caractérisé les travaux sur les expressions de la souffrance, propose le concept de «lésions de vie» qui, à travers le corps, expriment les conditions négatives d'existence, telles que la malnutrition due à la pauvreté, et d'autres conditions de vie défavorables. Ajoutant à ces processus politiques et économiques, elle souligne l'importance des impératifs moraux dans les règles sociales du comportement. Elle suggère que, lorsque les relations sociales se trouvent contestées et restent irrésolues, elles génèrent des «lésions de vie». «Dans de telles circonstances, les contradictions non résolues et les indignations morales s'inscrivent sur le corps, où elles assurent une position symptomatique par un malaise général, la douleur, et la souffrance» (Finkler 1994:16).

De la même manière, aussi bien Michel Foucault que les principaux théoriciens du féminisme tels que Jana Sawicki (1991) ont attiré l'attention sur les multiples façons dont la politique et ses agendas – ainsi que ceux d'autres institutions puissantes – peuvent s'inscrire sur le corps. Dans cette perspective, les troubles féminins tels que l'anorexie et l'agoraphobie peuvent s'analyser comme des formes de résistance inconscientes. Mais tandis que les écrits relatifs aux expressions de la souffrance se concentrent sur l'expérience subjective du malade (bien que celle-ci soit liée à l'économie politique), les féministes – inspirées par Foucault – se sont également interrogées sur les subjectivités rendues manifestes par l'oppression politique et les inégalités sociales (voir également Scheper-Hughes 1992). Les symptômes physiques ne sont donc pas que des manifestations biologiques, mais également des métaphores qui reflètent et représentent une certaine

résistance politique. Un courant semblable, dérivant ses idées de la phénoménologie, utilise le concept d'« incorporation ». Low (1994), par exemple, a observé que les femmes souffrant de « nervios » portent en elles « la force communicative des métaphores de la souffrance culturellement établies, lesquelles pourvoient – à travers l'expérience physique – une expression symbolique des conflits personnels, des bouleversements communautaires, et du contrôle social » (voir Allen 2002 sur le contrôle et la discipline des mères en Tanzanie, et Van Hollen 2003:159 sur les subjectivités féminines et la procréation comme objet de surveillance par l'État en Inde du Sud).

LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES

Conséquences d'un sexisme universel, les formes de violence institutionnalisée contre les femmes, bien qu'elles soient peu reconnues, sont partout répandues. Heise définit cette violence de genre comme « n'importe quel acte de force ou de coercition mettant gravement en danger la vie, le corps, l'intégrité psychologique ou la liberté des femmes, et commis au nom de la perpétuation du pouvoir et du contrôle masculin » (Heise 1993:171). Cette violence inclut le viol, les coups et blessures, l'homicide, l'inceste, l'abus psychologique, la prostitution forcée, le trafic des femmes, le harcèlement sexuel, le jet d'acide sur les filles ou les femmes mêlées à des disputes de dot et à des conflits domestiques, les meurtres liés au problème de la dot, ou encore d'autres pratiques telles que « l'immolation de la mariée », et l'infanticide ou l'avortement des fœtus féminins.

Étant donné le niveau mondial de ces problèmes, il est surprenant que peu d'attention ait été accordée, de la part des anthropologues, à l'analyse des facteurs responsables de ces violences. Par exemple, il a été estimé qu'au moins 30 % des femmes américaines seront battues par leur partenaire à un moment ou à un autre de leur vie. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, 67 % de villageoises et 56 % de citadines ont témoigné avoir subi des abus quels qu'ils soient. Un sondage effectué à Santiago, au Chili, indique que 80 % des femmes avouent avoir subi des abus, soit par un membre masculin de la famille, soit par leur partenaire (Heise 1993).

Dans certaines régions de l'Inde, une mort sur quatre parmi les femmes âgées de 14 à 25 ans est attribuable à des « brûlures accidentelles », et ces morts se sont accrues ces 25 dernières années en conjonction avec la commercialisation des demandes de dot. Il apparaît que les homicides et les suicides sont enregistrés comme « accidents » plutôt que faits intentionnels (Heise 1993). D'autres preuves à ce sujet figurent dans une étude menée au Bengladesh au sujet de l'évolution – sur une période de 11 ans – de la

mortalité des femmes entre 15 et 44 ans. Dans cette étude, 18 % des décès féminins résultent de blessures, intentionnelles ou non, 52 % survenant durant ou immédiatement après la grossesse. Les auteurs en concluent que les causes sous-jacentes de ces morts violentes – principalement dues aux complications d'une tentative d'avortement, aux suicides, et aux homicides – sont clairement sociales, et qu'elles peuvent être perçues comme la conséquence du strict contrôle par les hommes de la vie sexuelle et reproductive des femmes (Fauveau et Blanchet 1989).

Dans certaines régions du monde, ces idéologies sexistes qui surévaluent les hommes n'ont pas seulement engendré la négligence des filles, mais aussi l'infanticide et l'avortement sélectif des fœtus féminins. Une étude anthropologique classique à ce sujet est celle de Miller dans son analyse démographique et ethnographique du sexisme, de la culture et de la morbidité en Inde du Nord (Miller 1981). Elle y montre que les énormes déséquilibres des rapports de sexe en faveur des hommes s'expliquent historiquement par une pratique éhontée de l'infanticide qui se poursuit aujourd'hui de façon plus subtile, notamment à travers l'attribution discriminatoire de nourriture et de soins médicaux. Pourtant, même si les féministes du monde entier n'ont cessé de se faire entendre contre ces pratiques discriminatoires, d'autres formes de violence sexiste ont émergé, comme l'a montré Miller dans son analyse troublante de l'avortement des fœtus féminins à travers l'Asie (Miller 2001). Plusieurs millions de fœtus féminins ont été avortés durant les deux dernières décennies du XX^{e} siècle. Cela a été rendu possible par l'utilisation répandue de technologies comme les échographies et l'amniocentèse, permettant de prédéterminer le sexe de l'enfant.

L'anthropologie médicale a également analysé les conséquences de la guerre, du viol et de l'excision sur le bien-être et la santé des femmes. Dans une série d'articles pertinents, Jenkins analyse les traumatismes et les violences politiques subies par les femmes réfugiées salvadoriennes, de même que les effets de ces épisodes sur leur santé mentale. Son objectif est d'étendre le discours anthropologique aux émotions en examinant les liens entre la construction étatique de la politique, les émotions personnelles et les conséquences sur la santé mentale des femmes réfugiées. L'une de ses analyses vise à expliquer pourquoi certaines femmes manifestent des symptômes de troubles post-traumatiques à la suite de violences politiques vécues telles que la guerre, la torture, l'emprisonnement et les agressions sexuelles, tandis que d'autres les décrivent comme des événements ordinaires. Elle émet l'hypothèse que « l'extrême et l'ordinaire peuvent tous deux se lire comme modes d'expression différents en réponse aux mêmes réactions émotionnelles sévères » (Jenkins 1996: 286). Une analyse des récits de vie de ces femmes qui font l'expérience de la violence – politique ou autre – peut être utile pour expliquer cette variation.

Tandis que Jenkis s'est concentrée sur les femmes ayant subi les traumatismes de guerre, Olujic, de son côté, établit des liens entre la violence que les femmes subissent en temps de guerre et en temps de paix en Croatie et en Boznie-Herzégovine. Elle montre comment la violence en temps de guerre s'inspire d'idéologies sexistes et de relations de pouvoir préexistantes, et elle en conclut que les viols de guerre dans cette région ne seraient pas des armes de torture aussi efficaces contre les femmes si ce n'était des associations localement établies entre l'honneur, la honte et le corps des femmes (Olujic 1998).

La fréquence ou l'absence d'agressions sexuelles contre les femmes est souvent conditionnée par de nombreux facteurs; parmi eux, le degré de tolérance de la société en question envers la violence, la socialisation des garçons et les valeurs réglant les relations entre les sexes. Dans une étude des viols collectifs au sein des fraternités américaines, Sanday montre que les valeurs et les pratiques masculines qui encouragent l'usage de la force contre les femmes sont visibles dans la culture de la fraternité, laquelle insiste sur la résilience et la force physique, tandis qu'elle minimise la bienveillance et la sensibilité dans tout rapport interpersonnel. Elle décrit en détails graphiques l'alcoolisme, les comportements sexuels coercitifs et la dégradation des femmes comme occupant tous une place centrale dans la vie sociale de nombreuses fraternités (Sanday 1990).

Il existe d'autres cadres à travers lesquels la violence masculine contre les femmes est considérée comme inévitable. L'institutionnalisation des coups et blessures portés aux femmes dans de nombreuses sociétés à travers le monde en témoigne. Un autre exemple concerne la violence masculine associée au «sexe de survie». Certaines femmes pauvres d'Afrique du Sud entretiennent des rapports sexuels avec des hommes rencontrés dans des tavernes en échange d'argent, sans pour autant qu'elles se considèrent comme prostituées. Wojcicki montre que ces femmes sont exposées à la violence dans une société qui excuse le sexe forcé et ne sanctionne pas les coups et blessures portés aux femmes. «Ce type d'environnement, où il est socialement acceptable pour un homme d'exiger d'une femme – à qui il offre à boire ainsi que d'autres cadeaux – qu'elle se soumette sexuellement, et où le port des jupes est jugé comme un appel direct au viol, contribue au sentiment d'inévitabilité qui conduit nombre de ces femmes à se livrer aux relations sexuelles de survie» (Wojcicki 2002: 278).

ACTIVISME FÉMINISTE ET SANTÉ DES FEMMES

Depuis le milieu des années 1970, l'accès aux soins des femmes s'est radicalement transformé grâce à la création, par les féministes activistes, de

groupes d'initiative personnelle, de coopératives de santé, de cliniques et d'organisations, tous préconisant le changement dans les structures et l'apport de soins aux femmes, ainsi que le changement des principes sur lesquels ils sont fondés (Morgen 2002). Leurs efforts étaient guidés par l'idée que la politique sature tous les aspects de la santé et le principe de l'accès des femmes aux soins. Les activistes féministes se sont engagées dans des luttes importantes en faveur de la contraception et de l'avortement, contre le sida, contre les grossesses des adolescentes, les césariennes forcées, le cancer du sein, le traitement par hormones de substitution, les causes environnementales du cancer et d'autres maladies chroniques, le syndrome prémenstruel, les pratiques de l'excision; toutes ont eu des conséquences de grande portée.

Les anthropologues féministes se sont engagées dans la définition des termes des débats relatifs à l'ensemble de ces questions. Martha Ward, par exemple, à travers ses analyses culturelles de la politique concernant la procréation chez les adolescentes, critique le public américain ainsi que les programmes d'éducation (Ward 1986). Pour leur part, Jordan et Irwin demandent à l'État de jouer son rôle d'arbitre ultime dans les conditions de l'accouchement, notamment en obligeant les femmes à subir une césarienne quant il y a risque de souffrance fœtale (Jordan et Irwin 1989). D'autres chercheuses comme Barroso et Correa ont démontré que certains contraceptifs injectables à action prolongée comme le Depoprovera, ainsi que les implants sous-cutanés comme Norrland, tous deux ayant des effets secondaires graves bien connus, sont plus facilement prescrits aux femmes pauvres qu'aux autres (Barroso et Correa 1995). De telles pratiques permettent à l'ordre médical ainsi qu'à l'État de contrôler la fertilité de ces femmes en leur déniant toute responsabilité en la matière (Morsy 1998). Les mouvements politiques concernant le cancer du sein et l'usage de la mammographie ont, jusqu'alors, connu peu d'influence sur les écrits anthropologiques. L'étude de Kaufert fait ici figure d'exception, puisqu'elle critique l'anthropologie médicale à aspiration féministe qui, selon elle, s'est concentrée davantage sur les expériences individuelles des femmes avec leur médecin, ignorant de ce fait les enjeux corporatifs de la médecine tels que les intérêts économiques qui régissent l'industrie de la mammographie (Kaufert 1996).

Patricia Kaufert a également été pionnière dans son analyse anthropologique du problème très contesté du traitement des femmes préménopausées par substitution hormonale qui, tout comme pour la mammographie, a été contesté par les activistes féministes et les chercheuses en tant que moyen servant lui aussi des intérêts d'ordre économique. Kaufert remarque que la nature des débats concernant les risques de la prise d'œstrogènes sont influencés par le fait que ces derniers ne sont prescrits que pour les

femmes. En relatant l'histoire de la controverse, elle montre la façon dont les développements technologiques dans le domaine de la santé des femmes se déterminent davantage par des facteurs idéologiques et sociologiques que par les intérêts et les besoins des femmes elles-mêmes (Kaufert et McKinlay 1985), ne tenant ainsi pas compte du fait que de tels traitements puissent avoir des conséquences négatives sur leur santé (Anglin 1997).

Contrastant avec ce faible intérêt porté à certains aspects de la médicalisation et de la santé des femmes, les anthropologues sont largement iintervenus dans le débat sur les pratiques de l'excision et dans l'articulation des problèmes politiques, ethniques, et médicaux engendrés par ces dernières. La recrudescence, à la fin du XX^{e} siècle, des efforts internationaux visant à éradiquer ces coutumes a contraint les chercheurs à se poser cette question centrale: « Qui a l'autorité morale de condamner cette coutume ? » (Shell-Duncan et Hernlund 2000) En précisant la démarche qui a tracé l'histoire du mouvement contre l'excision des femmes au Soudan, Gruenbaum montre comment les tentatives pour adopter des lois contre cette pratique coutumière ont failli méconnaître les liens existant entre l'excision et le mariage des filles au sein de sociétés fortement patriarcales. Elle maintient que le seul moyen efficace de changer les choses est d'entrer en dialogue avec les mouvements féministes locaux qui s'orientent vers l'amélioration des problèmes sociaux de base touchant les femmes, tels que l'indépendance économique, le manque d'éducation et les obstacles à l'emploi (Gruenbaum 2001). Par contraste, Gordon accuse les anthropologues de ne pas promouvoir une position morale universaliste contre les pratiques de l'excision, et cela, en dépit du militantisme international des mouvements pour la santé des femmes réclamant son éradication. Il dénonce également la contribution des anthropologues à dissimuler les risques médicaux en s'intéressant davantage aux significations locales de la coutume (Gordon 1991 ; Obermeyer 1999). Janice Boddy réfute les critiques de ceux qui châtient l'usage du relativisme culturel dans le débat sur l'excision, en observant que tenter de comprendre la pratique ne signifie pas forcément la légitimer. En voulant élargir le débat, elle ajoute ce qui suit : « Il est clair que la question centrale, si terriblement incarnée dans les pratiques de l'excision, est celle de savoir pourquoi les corps des femmes, virtuellement dans toutes les sociétés, se voient modifiés, estropiés, mutilés, [et] contrôlés (Boddy 1991:16), [Notre traduction].

NOUVELLES QUESTIONS

« Cela me rappelle cet incident au début du siècle lorsque, invitée à une réception officielle dans le jardin du palais du gouverneur général a Karthoum, le sheikh, apercevant pour la première fois une Européenne à

la taille de guêpe, s'informa sur la façon dont une telle chose pouvait se faire. Après qu'on l'eut éclairé sur la question, il s'exclama: "Mais ceci est barbare! Où peut-elle donc bien emmagasiner sa nourriture?"» [Notre traduction] (Boddy 1991:16-17).

Malgré de nombreux écrits sur les images du corps et les troubles de nutrition en sciences sociales, psychologiques et cliniques, les anthropologues n'ont accordé que peu d'attention à ce sujet important. L'ethnographie récente et novatrice de Mimi Nichter, intitulée *Fat Talk*, explore cependant l'image du corps et les habitudes nutritionnelles chez les adolescents américains d'origine européenne, africaine et d'Amérique latine (Nichter 2000). Dans cet ouvrage, le lecteur découvre les récits de ces jeunes filles qui expliquent ce qu'elles ressentent par rapport à leur propre corps et celui de leur mère, et qui décrivent les stratégies qu'elles utilisent afin de restreindre leur consommation de nourriture, leur usage excessif d'exercice physique, et la rhétorique du « *fat talk* » (discours de culpabilité) en l'absence d'un régime (voir aussi Becker 1994). Un sujet semblable et important qui n'a recueilli que très peu d'attention concerne l'usage et les significations de la chirurgie esthétique pour les femmes et les hommes (Kaw 1993). En dépit d'excellents travaux, il reste encore beaucoup de recherches à effectuer sur la façon dont les conceptions culturelles, les représentations du corps dans les médias ainsi que dans la mode et l'industrie du conditionnement physique façonnent l'image du corps chez les femmes comme chez les hommes.

L'expérience du handicap chez les femmes ouvre également tout un éventail de problèmes importants qui méritent plus d'attention de la part des anthropologues dans une perspective féministe. La recherche sur les comportements envers le handicap s'est principalement concentrée sur les populations les plus directement touchées, telles que les familles d'enfants handicapées ou les enseignants et autres professionnels travaillant directement avec ce groupe (Press *et al.* 1998). Une grande partie de cette recherche est influencée par la psychologie. Cependant, récemment, les militants de la cause du handicap et les chercheurs ont commencé à examiner comment ces personnes donnent du sens à certains handicaps en particulier dans des contextes généraux ou spécifiques, comment ils déterminent ce qui est de l'ordre de «l'humain» ou de la «normalité», et l'importance que ces qualités représentent dans les relations sociales ou les échanges (Landsman 1998). Les constructions de genre influencent aussi profondément la manière dont les handicapés se perçoivent eux-mêmes dans le monde (Frank 2000), mais cela reste un sujet peu étudié. Il devient urgent d'établir un programme donnant la priorité à la recherche sur les croisements entre les idéologies de genre et le handicap, en incluant la construction de la sexualité pour ceux qui souffrent de faiblesses physiques et mentales et la façon dont la division sexiste des rôles peut se trouver compromise ou dépassée dans l'établissement des relations de genre.

CONCLUSION

À travers cette analyse des orientations de recherche les plus importantes au croisement de l'anthropologie médicale, de l'anthropologie des femmes et des études de genre, nous avons tenté de montrer combien la deuxième vague de féminisme des années 1960 a été utilisée afin de définir des axes cruciaux de recherche. Or, les études de genre en anthropologie médicale ont contribué bien plus qu'à ces sous-spécialisations anthropologiques. Elles ont apporté un riche aperçu et ont participé aux élaborations théoriques au sein de l'anthropologie en général dans certains domaines comme les relations politiques de la procréation humaine, la production et la transformation des systèmes de savoir, les dilemmes sociaux produits par une dépendance omniprésente aux technologies médicales, les conséquences que le sexisme institutionnel, légitimant la violence des hommes envers les femmes, a sur ces dernières, et la façon dont les articulations classe, race, genre et santé contribuent à façonner l'expérience humaine. Nous sommes confiantes dans le fait que cette collaboration dialectique fructueuse entre l'action féministe et la recherche se poursuivra et qu'elle continuera à définir des axes de recherche, à enrichir les discours qui les entourent, et qu'elle tracera de nouvelles avenues pour un avenir plus équitable et des sociétés plus justes.

Notes

1. Il n'existe aux États-Unis aucun journal expressément consacré à cette recherche en particulier. Cela dit, certaines des principales revues féministes telles que *Feminist Studies, Signs* et *Gender and Society,* les principales revues d'anthropologie médicale telles que *Medical Anthropology Quarterly, Medical Anthropology* et *Social Science and Medicine,* ainsi que les revues d'anthropologie générale, notamment *American Anthropologist, American Ethnologist, Cultural Anthropology,* et *Ethnology,* contiennent toutes des articles concernant ces thèmes. De même, il n'existe encore aucun programme spécialisé dans l'étude de genre au sein de l'anthropologie médicale. Cependant, certaines universités, telles que l'Université de Californie à Los Angeles, San Francisco et Berkeley, New York University, Southern Methodist University, Case Western University et l'Université du Michigan, comptent parmi celles dont les équipes de recherche s'intéressent particulièrement à l'interface des domaines du genre et de la santé et en informent leurs étudiants.

Références

ALLEN D. R., 2002, *Managing Motherhood, Managing Risk: Fertility and Danger in West Central Tanzania.* Ann Arbor, University of Michigan Press.

ANGLIN M., 1997, « Working from the Inside Out: Implications of Breast Cancer Activism for the Policies and Practices of Biomedicine », *Social Science and Medicine,* 44, 9: 1403-1415.

BAER H. A., M. SINGER et I. SUSSER, 1997, *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective.* Westport, Bergin and Garvey.

BARROSO C. et S. CORREA, 1995, « Public Servants, Professionals, and Feminists: The Politics of Contraceptive Research in Brazil »: 292-307, dans F. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order.* Berkeley, University of California Press.

BECKER A. E., 1994, « Nurturing and Negligence. Working on Others' Bodies in Fiji »: 100-116, dans T. Csordas (dir.), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self.* Cambridge, Cambridge University Press.

BECKER G., 1997, *Healing the Infertile Family. Strengthening Your Relationship in the Search for Parenthood.* Berkeley, University of California Press.

BODDY J., 1991, « Body Politics: Continuing the Anti-circumcision Crusade », *Medical Anthropology Quarterly,* 5, 1: 15-16.

BROWNER C. H., 2000, « Situating Women's Reproductive Activities », *American Anthropologist,* 102, 4: 773-788.

BROWNER C. H. et H. M. PRELORAN, 2000, « *Para sacarse la espina* (To Get Rid of the Doubt). Mexican Immigrant Women's Amniocentesis Decisions »: 368-383, dans A. R. Saetnan, N. Oudshoorn, et M. Kirejczyk, (dir.), *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine.* Columbus, Ohio State University Press.

BROWNER C. H. et C. SARGENT, 1996, « Anthropology and Studies of Human Reproduction »: 219-235, dans C. Sargent et T. Johnson (dir.), *Medical Anthropology.* Westport, CT, Praeger Publishers.

COMINSKY S., 1976, « Cross-Cultural Perspectives on Midwifery »: 229-249, dans F. Grolling et H. Haley, *Medical Anthropology.* Paris, Mouton.

DAVIS D., 1983, *Blood and Nerves. An Ethnographic Focus on Menopause.* St. Johns, Memorial University of Newfoundland and Institute of Social and Economic Research..

DAVIS-FLOYD E. R., 1992, *Birth as an American Rite of Passage.* Berkeley, University of California Press.

DAVIS-FLOYD E. R. et C. F. SARGENT, 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives.* Berkeley, University of California Press.

DOYAL L., 1995, *What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health.* New Brunswick, Rutgers University Press.

EHRENREICH B. et D. ENGLISH, 1973, *Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers.* Brooklyn, The Faculty Press.

FARMER P., M. CONNERS et J. SIMMONS (dir.), 1996, *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence.* Monroe, ME, Common Courage Press

FAUVEAU V. et T. BLANCHET, 1989, « Deaths From Injuries and Induced Abortion Among Rural Bangladeshi Women », *Social Science and Medicine,* 29, 9 : 1121-1127.

FINKLER K., 1994, *Women in Pain. Gender and Morbidity in Mexico.* Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

FRANK G., 2000, *Venus on Wheels. Two Decades of Dialogue on Disability, Biography, and Being Female in America.* Berkeley, University of California Press.

GINSBURG F., 1998, *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community.* Berkeley, University of California Press.

GINSBURG F et R. RAPP (dir.), 1994, *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction.* Berkeley, University of California Press.

GORDON D., 1991, « Female Circumcision and Genital Operations in Egypt and the Sudan : A Dilemma for Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly,* 5, 1 : 3-14.

GRUENBAUM E., 2001, *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective.* Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

HAMSPHIRE K. R., 1998, *Fulani Mobility.Causes, Constraints and Consequences of Population Movements in Northern Burkina Faso.*Thèse de doctorat, University College London.

HEISE L., 1993, «Violence Against Women. The Missing Agenda» : 171-197, dans M. Koblinsky, J. Timyan et Jill Gay (dir.), *The Health of Women. A Global Perspective.* Boulder, Westview.

HEMMING I. M. W., 1997, *Gender and Islam, Purdah and Power: The Production and Management of Afghan Women's Health and Illness.*Thèse de doctorat, Département d'anthropologie, University of California, Los Angeles.

INHORN M. C., 1994, *Quest for Conception : Gender, Infertility, and Egyptian Medical Traditions.* Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

INHORN M. C. et F. Van Balen (dir.), 2002, *Infertility Around the Globe : New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies.* Berkeley, University of California Press.

JENKINS J. H., 1996, « The Impress of Extremity: Women's Experience of Trauma and Political Violence » : 278-292, dans C. Sargent et C. Brettell (dir.), *Gender and Health.* Upper Saddle River, Prentice Hall.

JORDAN B., 1993 [1978], *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States.* Prospect Heights, Waveland Press.

JORDAN B. et S. L. IRWIN, 1989, « The Ultimate Failure : Court-Ordered Cesarean Section » : 13-25, dans L. Whiteford et M. Poland (dir.), *New Approaches to Human Reproduction. Social and Ethical Dimensions.* Boulder, Westview Press.

KAUFERT P., 1996, « Women and the Debate over Mammography: An Economic, Political, and Moral History » : 167-187, dans C. Sargent and C. Brettell (dir.), *Gender and Health: An International Perspective.* Upper Saddle River, Prentice Hall.

KAUFERT P. et S. MCKINLAY, 1985, « Estrogen-replacement Therapy: the Production of Medical Knowledge and the Emergence of Policy » : 113-139, dans E. Lewin and V. Olesen (dir.), *Women, Health and Healing.* London : Tavistock.

KAW E., 1993, « Medicalization of Racial Features: Asian American Women and Cosmetic Surgery », *Medical Anthropology Quarterly,* 7, 1 : 74-89.

KOBLINSKY M., J. TIMYAN et J. GRAY (dir.), 1993, *Health of Women: A Global Perspective.* San Francisco, Westview.

LADERMAN C., 1983, *Wives and Midwives: Children and Nutrition in Rural Malaysia.* Berkeley, University of California Press.

LANDSMAN G. H., 1998, « Reconstructing Motherhood in the Age of "Perfect" Babies: Mothers of Infants and Toddlers With Disabilities », *Signs,* 24, 11 : 69-99.

LAYNE L. L., 2002, *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America.* New York, Routledge.

LAZARUS E., 1994, « What do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth », *Medical Anthropology Quarterly,* 8, 1 : 25-47.

LOCK M., 1993, *Encounters with Aging.* Berkeley, University of California Press.

LOW S., 1992, « Embodied Metaphors: Nerves as Lived Experience » : 139-163, dans Thomas Csordas (dir.), *Embodiment and Experience.* Cambridge, Cambridge University Press.

MACCORMACK, C.P., 1982, *Ethnography of Fertility and Birth.* Second Edition. Prospect Heights, Illinois, Waveland Press.

——, 1994, « Risk, Prevention, and International Health Policy » : 326-338, dans C Sargent et C. Brettell (dir.), Gender and Health. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.

MCCLAIN C. S. (dir.), 1989, *Women as Healers: Cross-Cultural Perspectives.* New Brunswick, Rutgers University Press.

MARTIN E., 1987, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction.* Boston, Beacon Press.

MILLER B. D., 1981, *The Endangered Sex: Neglect of Female Children in Rural North India.* Ithaca, Cornell University Press.

——, 2001, « Female-Selective Abortion in Asia: Patterns, Policies, and Debates », *American Anthropologist,* 103, 4: 1083-1095.

MITCHELL L. et E. GEORGES, 1998, « Baby's First Picture. The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging » : 105-125, dans R. Davis et J. Dumit, *Cyborg Babies.* New York, Routledge.

MORGAN L. M., 1997, « Ambiguities Lost: Fashioning the Fetus into a Child in Ecuador and the United States » : 58-75, dans N. Scheper-Hughes et C. Sargent, *Small Wars. The Cultural Politics of Childhood.* Berkeley, University of California Press.

MORGEN S., 2002, *Into Our Own Hands: The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990.* New Brunswick, Rutgers University Press.

MORSY S., 1978, « Sex Roles, Power, and Illness in an Egyptian Village », *American Ethnologist,* 5 : 137-50.

——, 1998, « Not Only Women : Science as Resistance in Open Door Egypt » : 77-98, dans M. Lock and P. Kaufert, *Pragmatic Women and Body Politics.* Cambridge, Cambridge University Press.

NICHTER M., 1981, « Idioms of Distress : Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress : A Case Study From South India » , *Culture, Medicine and Psychiatry,* 5 : 379-408.

NICHTER M., 2000, *Fat Talk : What Girls and Their Parents Say About Dieting.* Cambridge, Harvard University Press.

OBERMEYER C. M., 1999, « Female Genital Surgeries : The Known, the Unknown, and the Unknowable », *Medical Anthropology Quarterly,* 13, 1 : 79-106.

OLUJIC M. B., 1998, « Embodiment of Terror : Gendered Violence in Peacetime and Wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina », *Medical Anthropology Quarterly,* 12, 1 : 31-50.

OTHS K. S., 1999, « Debilidad : A Biocultural Assessment of an Embodied Andean Illness », *Medical Anthropology Quarterly,* 13, 3 : 286-315.

PAUL L. 1975, « Recruitment to a Ritual Role : The Midwife in a Maya Community », *Ethos,* 3, 3 : 449-467.

PRESS N., C. H. BROWNER, D. TRAN, C. MORTON et B. LEMASTER, 1998, « Provisional Normalcy and "Perfect Babies" : Pregnant Women's Attitudes Toward Disability in the Context of Prenatal Testing » : 46-65, dans S. Franklin and H. Ragone (dir.), *Reproducing Reproduction : Kinship, Power, and Technological Innovation.* Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

RAGONE H. 1994, *Surrogate Motherhood. Conception in the Heart.* Boulder, CO : Westview.

RAPP R., 1999, *Testing Women, Testing the Fetus : The Social Impact of Amniocentesis in America.* New York, Routledge

REBHUN L. A., 1994, « Swallowing Frogs : Anger and Illness in Northeast Brazil », *Medical Anthropology Quarterly,* 8, 4 : 360-382.

RUBEL A. J., W. T. LIU, M. TROSDAL et V. PATO, 1971, *The Traditional Birth Attendant in Metropolitan Cebu, the Philippines, in* S. Polgar (dir.), *Culture and Population : A Collection of Current Studies. Monograph 9.* Carolina Population Center, UNNC Chapel Hill.

SANDAY P .R., 1990, *Fraternity Gang Rape : Sex, Brotherhood, and Privilege on Campus.* New York, New York University Press.

SANDELOWSKI M., 1991, « Compelled to Try : The Never-Enough Quality of Contraceptive Technology », *Medical Anthropology Quarterly,* 5, 1 : 29-47.

SARGENT C., 1989, *Maternity, Medicine and Power.* Berkeley, University of California Press.

SARGENT C. et N. STARK, 1987, « Surgical Birth : Interpretations of Cesarean Delivery among Private Hospital Patients and Nursing Staff », *Social Science and Medicine*, 25, 12 : 1269-1276.

SAWICKI J, 1991, *Disciplining Foucault : Feminism, Power and the Body*. New York, Routledge.

SCHOEPF B. G., 1998, « Inscribing the Body Politic : Women and AIDS in Africa » : 98-127, dans M. Lock et P. Kaufer (dir.), *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge, Cambridge University Press.

SCHEPER-HUGHES N, 1992, *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.

SHELL-DUNCAN B. et Y. HERNLUND (dir.), 2000, *Female "Circumcision" in Africa : Culture, Controversy, and Change*. Boulder, Lynne Reinner Publishers.

SOBO E. J. 1995, *Choosing Unsafe Sex : AIDS-Risk Denial Among Disadvantaged Women*. Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

STELLMAN J., 1997, *Work is Dangerous to your Health : A Handbook of Health Hazards in the Workplace and What you Can Do About Them*, 2e éd., New York, Pantheon.

STRILLMAN J. M., 1977, *Women's Work, Women's Health : Myths and Realities*. New York, Pantheon.

TAYLOR J. S., 2000, « Of Sonograms and Baby Prams : Prenatal Diagnosis, Pregnancy, and Consumption », *Feminist Studies*, 26, 2 : 391-418.

VAN HOLLEN C., 2003, *Birth on the Threshold. Childbirth and Modernity in South India*. Berkeley, University of California Press.

WARD M., 1986, *Poor Women Powerful Men : America's Great Experiment in Family Planning*. Boulder, Westview Press.

WHITEFORD L. M., 1996, « Political Economy, Gender, and the Social Production of Health and Illness » : 242-260, dans C. Sargent and C. Brettell (dir.), *Gender and Health*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall.

WOJCICKI J. M., 2002, « She Drank His Money » : Survival Sex and the Problem of Violence in Taverns in Gauteng Province, South Africa », *Medical Anthropology Quarterly*, 16, 3 : 267-293.

CHAPITRE 14

Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie

Didier Fassin

L'anthropologie médicale constitue un espace académique et scientifique qui s'est caractérisé, au cours des deux dernières décennies, par un double mouvement, d'une part, de différenciation en de multiples domaines particuliers, de l'ethnomédecine ou de l'ethnopharmacologie aux anthropologies du corps, de la maladie, de la souffrance, et, d'autre part, d'appropriation et de reformulation des grandes questions de l'anthropologie, en rupture avec la propension initiale à construire une spécialité prétendument autonome et, de fait, volontiers médicalisée. Le paysage qu'elle dessine ainsi, en France en particulier, apparaît donc à la fois remarquablement diversifié par ses objets comme par ses terrains et de moins en moins distinct au sein de la discipline anthropologique. Le territoire qui sera décrit ici est celui de l'anthropologie de la santé. Si les problématiques à travers lesquelles il a été construit abordent des dimensions inédites de ce que l'on continue de nommer, par commodité, anthropologie médicale, elles rejoignent ou renouvellent les interrogations que formulent, de façon plus générale, les anthropologues qui traitent des questions politiques et morales. Plutôt qu'un état des lieux de ce champ naissant, on s'efforcera d'en montrer les lignes de force, en s'appuyant sur ses développements français et en traçant des liens avec d'autres lieux. On comprendra ainsi qu'au-delà de la santé, elle participe d'une anthropologie des politiques de la vie.

LA SANTÉ, ENTRE RÉALISME ET CONSTRUCTIVISME

La représentation la plus commune de la santé en fait une simple donnée de nature, dont Georges Canguilhem (1966) a conceptualisé les limites. Son inscription dans le corps, qui la rend visible à travers la maladie ou, de façon plus discutable, à travers le bien-être, semble la faire aller de soi, qu'on lui donne pour substratum matériel des organes ou des gènes.

Cette évidence se trouve encore renforcée par le développement de professions et d'institutions qui, par le double jeu de la production de savoirs et de la légitimation de pouvoirs, disposent d'une autorité forte dans la définition de ses limites. Si l'on dit que la tuberculose, le sida ou l'encéphalite spongiforme bovine sont des problèmes de santé, chacun voit à l'œuvre des bactéries, des virus et des prions qui se transmettent, des infections qui se développent et des malades qui souffrent. Si l'on parle dans les mêmes termes de la consommation de drogues ou d'alcool, de la maltraitance infantile ou des désordres post-traumatiques, nul ne remet en cause les effets physiques ou psychiques délétères de la dépendance ou de la violence. La vision de la santé qui s'impose ordinairement, au responsable sanitaire comme au patient, au décideur politique comme au citoyen, est donc fondamentalement une vision naturaliste — plus encore que biomédicale comme on le croit souvent — que les statistiques de morbidité et de mortalité viennent finalement objectiver (Dozon et Fassin 2001). Le nombre de personnes malades ou décédées atteste la vérité du problème de santé contre lequel les pouvoirs publics et souvent la société tout entière doivent lutter.

Mais les choses sont-elles si simples? Contre l'évidence commune, l'anthropologie politique propose une double grille de lecture. La première est constructiviste; elle montre comment ce qu'on appelle la santé est également le résultat du travail individuel et collectif des agents à travers des modèles et des images, au prix de conflits et de controverses, en mobilisant des alliances et en développant des stratégies. La seconde est réaliste; elle analyse comment les faits supposés de nature sont aussi le produit des structures et des agencements, des modes de différenciation et des processus d'inégalité, de l'action publique et des initiatives privées qui ont pour effet de prévenir ou d'accélérer l'usure ou la souffrance. La santé est donc à la fois un construit social, au sens de ce que les agents traduisent dans le langage de la maladie, et une production de la société, au sens de ce que l'ordre du monde inscrit dans les corps. On peut donc, d'un côté, parler de sanitarisation du social et, de l'autre, de politisation de la santé (Fassin 1998). Les deux mouvements opèrent de façon dialectique. Ce point est essentiel. En effet, la littérature des sciences sociales de la santé a souvent adopté, de façon exclusive ou largement prédominante, l'une ou l'autre des deux perspectives: soit, dans la veine de Peter Berger et Thomas Luckman (1966), en décrivant comment se construisent les objets de la santé, tels la maltraitance infantile ou le traumatisme psychique (Hacking 1995, 1999); soit, dans la ligne dont Merill Singer et Hans Baer (1995) se font les porte-parole, en insistant sur les conditions socio-économiques de la production de la maladie, pour souligner les disparités et les violences qui se manifestent dans les corps (Farmer 1992, 1999). Dans l'approche défendue ici, les deux processus se mêlent et les deux lectures s'informent.

Prenons le cas du saturnisme infantile en France. Et partons du fait suivant. En 1981, une recension de tous les cas d'intoxication au plomb parmi les enfants français retrouve 10 observations publiées au cours du quart de siècle qui a précédé. Les auteurs de ce travail, pédiatres et toxicologues de Lyon, constatent d'ailleurs que la France, au contraire des États-Unis où cette affection sévit de façon préoccupante, semble épargnée. En 1999, une expertise nationale de l'Institut de la santé et de la recherche médicale (Inserm), s'appuyant sur diverses enquêtes épidémiologiques, fait état d'une population contaminée de 85 000 enfants. Et les spécialistes de s'inquiéter de ce que la France connaisse une situation à cet égard bien plus grave que celle des États-Unis. En moins de deux décennies, on est passé de cas exceptionnels à une épidémie dont la presse généraliste se fait régulièrement l'écho et pour laquelle une loi a été votée. Faut-il penser qu'en si peu de temps le plomb se serait disséminé dans le corps des jeunes enfants au point de faire de cette pathologie naguère considérée comme rare une nouvelle priorité de la santé publique? Deux éléments sont à prendre en compte: la mobilisation des agents pour faire reconnaître le problème et la modification des contours cliniques de la maladie. L'épidémie de saturnisme est donc la conséquence de l'intervention des individus et de la transformation des indicateurs, en somme une affaire d'humains et de non-humains (Latour 1991), à cela près que ce sont toujours des femmes et des hommes qui agissent et interagissent.

Sur le premier front, principalement parisien, une jeune pédiatre reconnaît un cas de saturnisme chez une petite fille d'origine malienne et en fait le signalement au service social, procédure souvent négligée à l'époque; saisie de ce cas, une assistante sociale décide, fait exceptionnel au regard de l'habitus hospitalier, de se rendre au domicile de la famille pour constater sur place les conditions d'habitat et en revient tellement bouleversée par la dégradation des lieux qu'elle fait appel à son tour aux institutions de protection materno-infantile; l'une des médecins de ce service, en collaboration avec un toxicologue, un peu plus tard deux généralistes amis travaillant dans deux organisations non gouvernementales, l'une humanitaire, l'autre s'occupant de la santé des immigrés, et à peu près au même moment un spécialiste de santé publique d'un département universitaire — et quelques autres encore — en font, chacun à sa manière, une cause qu'ils ont à cœur de défendre. Le terme n'est pas trop fort, tant les résistances qui leur sont opposées sont grandes: pour les uns, parce que le saturnisme leur semble un phénomène marginal, pour les autres, parce qu'ils entrevoient les conséquences pratiques en matière de relogement et de réhabilitation de l'habitat. Il faudra finalement cinq ans pour que le problème soit reconnu et qu'une enquête nationale soit diligentée, huit encore pour que la législation soit modifiée afin de permettre le dépistage et le suivi des enfants, et surtout de rendre obligatoires les interventions préventives sur les bâtiments.

Sur le second front, remarquablement international, le seuil de plombémie à partir duquel on considère qu'il existe une intoxication passe en quelques années de 250 µg/l à 100 µg/l. Avec le premier chiffre, on dénombrait quelques centaines de cas que la mobilisation des agents avait conduit à découvrir. En se basant sur le second, ce sont des dizaines de milliers d'enfants dont on admet la contamination dans le rapport d'expertise. Entre ces deux valeurs, s'immisce le travail de deux équipes d'épidémiologie, l'une nord-américaine, l'autre australienne, qui ont mis en évidence, dans les années 1980, les effets toxiques du plomb à des niveaux plus faibles sur les capacités d'apprentissage et les performances scolaires. La démonstration n'a pas été simple à établir, car on imagine la multiplicité des facteurs non biologiques qui interfèrent avec les compétences cognitives, s'agissant de milieux défavorisés, afro- ou hispano-américains pour ce qui est des États-Unis. Il a fallu en passer par des enquêtes complexes recourant à des analyses multivariées et par des controverses scientifiques divisant les milieux académiques avant que le nouveau seuil ne soit admis par l'autorité la plus légitime en la matière, les Centers for Disease Control d'Atlanta, référence y compris pour la santé publique européenne.

Dire qu'il y a eu construction sociale du saturnisme infantile, ce n'est donc nullement en contester la réalité clinique ou épidémiologique. C'est rappeler deux choses. Premièrement, que, sans les agents pour faire exister cette réalité, elle serait demeurée ce qu'elle était jusqu'aux années 1980, à savoir une affection considérée comme exceptionnelle ou encore une pathologie enfouie dans le corps des enfants immigrés d'origine africaine. Deuxièmement, que la maladie décrite désormais comme épidémique n'est plus tout à fait la même réalité que celle des cas rares rapportés dans les études cliniques, ces derniers correspondant souvent à des manifestations neurologiques graves accompagnées de coma et de convulsions et liées à des plombémies très élevées, la première n'ayant généralement pas d'expression clinique décelable et se traduisant essentiellement en matière de risque statistique de diminution du quotient intellectuel. Les deux dimensions sont éminemment politiques: d'un côté, on met en exergue le rôle des agents sociaux pour faire reconnaître un problème de santé; de l'autre, on souligne l'importance des instruments techniques dans l'appréhension des phénomènes sanitaires. Mais à ce stade une question demeure: d'où vient l'intoxication au plomb? ou encore: comment l'expliquer? Question posée avec d'autant plus d'insistance qu'en France, 99 % des enfants atteints vivent dans des familles africaines. Analyser la production sociale du saturnisme, c'est rendre compte de ce chiffre.

Au début des années 1970, le gouvernement français annonce sa volonté de mettre un terme à l'immigration dite de travail. Jusqu'à cette époque, la régulation des flux migratoires s'était faite essentiellement par

rapport aux besoins de l'économie et la possession d'un contrat avec un employeur suffisait généralement à l'obtention d'un titre de séjour. La crise du pétrole et les restructurations de l'industrie bouleversent le marché du travail. Les immigrés, surtout lorsqu'ils sont peu qualifiés, deviennent de moins en moins nécessaires, sauf dans quelques secteurs particuliers, comme les travaux publics, l'agriculture, la restauration. Cette nouvelle politique laisse toutefois ouverte l'immigration dite de peuplement, dans le cadre du regroupement familial qui permet au conjoint et aux enfants de rejoindre la personne déjà installée. Au milieu des années 1980, cette procédure subit à son tour d'importantes restrictions, de même que la plupart des autres voies d'entrée légale sur le territoire français. Dans le même temps, les titres de séjour commencent à être moins systématiquement renouvelés pour les chômeurs, les travailleurs de certains secteurs protégés, les étudiants qui échouent à leurs examens. Dorénavant, par le double effet des arrivées illégales et des renouvellements interrompus, les étrangers en situation irrégulière voient leurs effectifs s'accroître. Parmi eux, les Africains, originaires surtout d'Afrique de l'Ouest, sont alors les plus nombreux ou tout au moins ceux pour lesquels les mécanismes d'invisibilisation sont les moins efficaces.

Or, au cours de la même période, les mêmes causes économiques conduisent, pour l'ensemble de la population résidant en France, à un accroissement du nombre des demandeurs d'emploi et, plus généralement, à une diminution de la mobilité sociale et spatiale. Dans un contexte de relative pénurie de logements, l'habitat à loyer modéré devient alors de moins en moins accessible aux étrangers, en raison notamment de politiques occultes de quota. Les immigrés les plus nouvellement venus doivent désormais se contenter des appartements privés les plus dévalorisés sur le marché, les plus vétustes et les plus insalubres, et ce, d'autant plus qu'ils sont, pour certains, en situation irrégulière, autrement dit tenus d'accepter ce qu'on leur propose. C'est précisément dans cet habitat que l'on trouve encore les anciennes peintures au plomb, interdites depuis 1948. Et c'est là que les enfants d'origine africaine se contaminent.

L'histoire des politiques françaises de l'immigration et de l'habitat, telle qu'elle vient d'être brièvement évoquée, offre une interprétation consistante des raisons de l'incidence élevée du saturnisme parmi les enfants vivant dans les familles immigrées pauvres. Elle révèle comment une contamination liée à l'environnement local est le produit des inégalités sociales et particulièrement de celles qui touchent les étrangers les plus précaires économiquement et juridiquement. Pourtant, telle n'est pas l'explication qui a prévalu dans les années 1980 en France. Pour rendre compte de l'intoxication préférentielle dans les foyers africains, on a supposé l'existence de pratiques culturelles particulières à ces familles. Après avoir évoqué la

responsabilité des encres des marabouts musulmans et des produits de maquillage des femmes, on s'est finalement rabattu sur une interprétation qui, tout en reconnaissant le rôle des peintures anciennes, mettait en cause une appétence supposée pour les matières minérales, la géophagie, que les mères ouest-africaines auraient transmises à leur progéniture. Contre cette lecture culturaliste, les activistes du saturnisme ont dû se mobiliser pour faire valoir leur analyse matérialiste qui ne s'est que progressivement imposée au cours des années 1990. C'est dire que la construction sociale du saturnisme (par les agents qui, au terme de luttes, en font exister non seulement la réalité, mais aussi l'étiologie) et sa production par la société (en tant que résultat de mécanismes économiques et de choix politiques) doivent être pensées ensemble.

Exemplaire, le cas de l'intoxication au plomb n'est évidemment pas unique. On pourrait, à propos du délire de la faim au Brésil (Scheper-Hughes 1992), du stress post-traumatique aux États-Unis (Young 1995) ou de la psychopathologie africaine (McCulloch 1995), montrer cette double mécanique de construction et de production, de modèles cognitifs et de logiques politiques que la société tend pourtant à effacer, en faisant des catégories nosographiques un simple reflet de la nature des choses et en éludant les processus sociaux qui les inscrivent dans les corps. Mais, au-delà de cette lecture constructiviste et réaliste des phénomènes de santé, dont les constats font écho à nombre de travaux de l'anthropologie médicale dite critique, l'épidémie de saturnisme a peut-être quelque chose de plus à nous apprendre sur les fondements anthropologiques des sociétés contemporaines.

Lorsque l'assistante sociale découvre les familles africaines vivant dans des taudis au cœur de Paris, le saturnisme lui apparaît soudain presque accessoire au regard de l'état de délabrement de leur logement dont les planchers s'affaissent et les escaliers branlent. Pourtant, c'est bien en œuvrant contre cette affection et en plaidant pour la santé des enfants malades, qu'elle-même et quelques autres vont parvenir à imposer aux édiles parisiens de faire quelque chose pour ces familles. Et lorsqu'un peu plus tard un membre d'une grande organisation humanitaire, devenue entretemps fonctionnaire du ministère de la Santé chargée des populations défavorisées, décide de travailler à la présentation d'un texte législatif, elle met à son tour en avant l'icône pathétique des enfants victimes d'intoxication au plomb. Les deux ministres qu'elle parviendra successivement à convaincre de l'importance de sa cause sont du reste deux anciens fondateurs de Médecins sans frontières déjà acquis à cette logique. Autrement dit, la réaction politique locale et nationale que l'indignité des conditions d'habitat des étrangers n'avait pu susciter, c'est l'invocation de la détérioration des corps qui a permis de l'obtenir. La légitimité de la maladie a eu raison de l'illégitimité de la population. Ce ressort moral qui va chercher dans la vie

physique ce que l'existence sociale ne suffit pas à justifier, en l'occurrence le relogement des familles immigrées, opère aujourd'hui dans de nombreux registres de l'action publique.

ÉCONOMIE MORALE ET RAISON HUMANITAIRE

Dans un texte souvent cité, Michel Foucault (1976) a proposé une théorie du biopouvoir qui va permettre d'éclairer le propos. Pendant des siècles, écrit-il, la politique s'est organisée autour du pouvoir souverain, qui est un « droit de mort » sur les sujets. À partir du XVII^e^ siècle, par une inversion progressive des principes et des valeurs du gouvernement, c'est la gestion des vivants qui devient l'objet central de la politique, sous la forme désormais d'un « pouvoir sur la vie ». Ce biopouvoir concerne à la fois la discipline des corps, telle qu'elle s'exerce à travers une série d'institutions, de l'école à l'armée et à la prison en passant par l'hôpital, et le contrôle des populations, tel qu'il se manifeste dans l'invention des outils de la démographie, de la sociologie, de la psychologie, et dans la régulation des naissances, des maladies, des flux migratoires. En première analyse, la santé publique semble donc parfaitement s'inscrire dans ce cadre, puisque, d'une part, elle prétend imposer des normes individuelles de conduites saines et, d'autre part, elle organise la connaissance épidémiologique et l'administration sanitaire des collectivités humaines. L'exemple du saturnisme invite pourtant à une autre lecture.

Certes, il s'est bien agi d'intervenir sur des corps et dans des populations pour dénombrer et prévenir les cas d'intoxication au plomb parmi les enfants. Mais 20 ans plus tard, alors que l'on dispose de tous les éléments de description, d'analyse et de mesure, alors que des associations se sont mobilisées et qu'une loi a été votée, moins d'un pour cent des familles dont on estime qu'elles sont contaminées ont bénéficié d'un relogement ou d'une réhabilitation de leur habitat. Biopouvoir bien fragile, donc, au regard des enjeux à la fois économiques liés au coût de ces mesures et politiques en rapport avec la montée de la xénophobie. Et pourtant, un consensus s'était établi autour des victimes du saturnisme de manière suffisamment large pour que deux ministres appartenant à deux majorités parlementaires opposées qui se sont succédé au gouvernement en défendent tour à tour l'inscription dans la législation. Plutôt que de parler de pouvoir sur la vie, qui supposerait une action publique efficace, il faut donc parler de pouvoir de la vie, en entendant sous cette expression la reconnaissance que la société accorde à la question du corps souffrant ou malade. On a donc moins affaire à un biopouvoir qu'à une biolégitimité (Fassin 2000). À travers ce mot, il s'agit d'énoncer un ordre des valeurs — et non une hiérarchie des pouvoirs — qui

existe dans le monde contemporain et dont les traductions concrètes sont innombrables, tant dans les espaces locaux de la santé publique que sur les scènes mondiales de l'action humanitaire. Cet ordre, deux philosophes peuvent aider à en tracer la généalogie et en appréhender la signification. D'une part, Hannah Arendt (1967) le fait naître, dans le mouvement des Lumières, sous la Révolution française qui a fait de la vie « le bien suprême » et de la « pitié » le ressort premier de l'action ; selon elle, s'impose alors une vérité du corps qui relève de la nécessité et du besoin plutôt que de la liberté et de la dignité et qui annonce la suprématie des droits de l'homme sur les droits du citoyen. D'autre part, Giorgio Agamben (1997) distingue, à partir d'une relecture d'Aristote, les deux sens que recouvrent les mots grecs signifiant la vie, *zoé*, la vie nue, l'existence physique, « simple fait de vivre », et *bios*, la vie qualifiée, l'existence politique, « façon de vivre propre à un groupe » ; cette tension entre les deux formes de vie, et plus particulièrement la manière dont la vie biologique sert en permanence à justifier, voire à fonder la vie en société, est ce qui caractérise, pour lui, les politiques contemporaines.

L'exemple de la gestion de l'immigration éclairera cette discussion théorique. À la suite des grandes mutations économiques et sociales qui ont induit, à partir des années 1970, des politiques de plus en plus restrictives en matière d'entrée et de séjour des étrangers, l'ensemble des voies d'accès légal au territoire français s'est progressivement refermé. Dans le même temps, une mobilisation partisane s'est opérée, d'abord avec le Parti communiste puis avec le Front national, autour de ce qui est alors devenu « la question immigrée », autrement dit une manière de construire la présence étrangère comme problématique par rapport à l'emploi, à l'insécurité et même au sida. Cette double évolution, politique et idéologique, a eu pour effet de générer des représentations suspicieuses à l'encontre de l'autre et de justifier des pratiques de plus en plus inhospitalières à son égard. Avec l'édification de l'espace dit de Schengen au cours des années 1990, la suspicion et l'inhospitalité se sont étendues à l'Union européenne au détriment des « extra-communautaires », c'est-à-dire, pour l'essentiel, des ressortissants de pays du tiers-monde. Dans ce contexte, deux phénomènes remarquables se sont produits.

Premier phénomène: l'asile politique a connu une perte de légitimité considérable. Alors qu'au début des années 1980 il bénéficiait encore d'un crédit symbolique qui se traduisait par un niveau élevé d'avis favorables donnés aux demandeurs d'asile (environ 80 % étaient reconnus comme réfugiés), il a fait l'objet d'un processus de disqualification croissant au cours de la décennie suivante (aboutissant à une proportion de reconnaissance de 12 % par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides, qui s'élève à 18 % après intervention de la Commission des recours à laquelle les déboutés peuvent s'adresser). En 10 ans, le nombre de réfugiés politiques a

été divisé par six, atteignant le chiffre étonnamment faible de 2 000 reconnaissances nouvelles par an (en ne comptant pas les enfants qui, lorsqu'ils atteignent la majorité, bénéficient du même statut que leurs parents). Parallèlement, une série de mesures supposées dissuasives à l'encontre des éventuels candidats futurs a eu pour effet de précariser et d'affaiblir un peu plus la condition de réfugié: en 1989, perte des aides au logement qui les oriente vers les dispositifs d'urgence et, en 1991, interdiction de travailler qui les rend dépendants de la charité publique. Loin des déclarations généreuses qui avaient entouré la signature de la Convention de Genève en 1951, la France et l'Europe considèrent de plus en plus les demandeurs d'asile comme des étrangers indésirables dont la plupart sont du reste, compte tenu du taux très faible d'accords, destinés à devenir des clandestins.

Second phénomène: la raison humanitaire s'est désormais imposée comme un nouveau droit. Elle concerne essentiellement les étrangers malades, pour autant qu'ils puissent faire valoir que leur affection est suffisamment grave et qu'ils ne sont pas en mesure d'être correctement soignés dans leur pays (deux critères dont l'appréciation est, on le devine, éminemment subjective). Le nouveau dispositif s'est mis en place sous la double pression, d'une part, de l'accroissement des étrangers malades du sida dans une période où les antirétroviraux n'étaient pas disponibles dans le tiers-monde et, d'autre part, de la mobilisation des associations de défense du droit à la santé des immigrés regroupées dans un collectif. L'institutionnalisation de ce droit s'est produite en trois temps. Au début des années 1990, les préfets ont commencé à user de façon de plus en plus fréquente de leur pouvoir discrétionnaire de régularisation des étrangers sans titre de séjour pour des dossiers de malades. Peu après, une législation sur l'immigration qui avait pour objectif général de rendre plus difficile l'accès au territoire français a inclus une clause spéciale indiquant que les malades ne pouvaient plus être reconduits à la frontière et devenaient par conséquent non régularisables, non expulsables. En 1997, une nouvelle loi fit un pas de plus en instituant le droit au séjour et au travail pour les malades après expertise démontrant l'adéquation de leur situation médicale aux deux critères de gravité de l'affection et d'inaccessibilité des traitements. Au cours de la décennie, le nombre des régularisations effectuées au titre de ce que l'on a longtemps appelé, dans l'administration, la « raison humanitaire », a ainsi été multiplié par sept, concernant désormais 2 000 personnes chaque année. De toutes les voies existantes pour l'obtention d'un statut légal, c'est celle qui a, et de loin, progressé le plus vite, dans une période où les autres sources de reconnaissance se tarissaient.

Perte de légitimité de l'asile politique, d'un côté, regain de légitimité du corps souffrant, de l'autre. Deux manières de définir une politique des vivants. On est d'autant plus fondé à établir ce parallèle entre les deux

phénomènes non seulement qu'ils se développent au cours de la même période, mais qu'ils opèrent de manière interactive. Ainsi, certains déboutés de l'asile tentent de faire valoir une pathologie, souvent encouragés en cela par des avocats, des associations ou même des agents préfectoraux bien intentionnés. C'est donc à un véritable déplacement de légitimité que l'on a affaire: des droits du citoyen du monde (menacé dans son pays) aux droits de l'être humain (éprouvé par la maladie), si l'on pense dans les catégories d'Hannah Arendt; de la vie politique (*bios*) à la vie biologique (*zoê*), si l'on s'exprime comme Giorgio Agamben. Aujourd'hui, la société française est moins encline à reconnaître l'existence mise en danger de la victime d'un régime autoritaire ou de violences guerrières et plus sensible à la maladie ou à la souffrance de la personne atteinte d'une affection grave. Cette forme de reconnaissance est aussi souvent celle qui est à l'œuvre, sur le plan international, dans la gestion humanitaire des déplacés et des réfugiés (Agier 2002). De façon plus anecdotique, mais non moins significative, on sait que c'est l'état de santé qui a été invoqué pour éviter au général Pinochet un procès en Espagne pour crime contre l'humanité et pour justifier la mise en liberté du préfet Papon emprisonné sous ce même chef d'accusation; dans les deux cas, le terme «humanitaire» a été employé par les avocats défenseurs des criminels.

Parler d'économie morale pour traiter des politiques des vivants, c'est donc considérer les valeurs qui sous-tendent les choix faits par les sociétés contemporaines sur les questions qui mettent en jeu l'existence physique, mais aussi sociale des individus. Elle offre un contrepoint nécessaire à l'économie politique dont l'analyse des rapports de production éclaire sous un autre angle le sens des décisions prises en matière de vies humaines. Quand il s'agit des immigrés, l'économie politique permet de comprendre comment leur force de travail de centrale qu'elle était dans le processus de modernisation européenne de l'après-guerre est devenue marginale sous l'effet des restructurations économiques des trois dernières décennies; cependant que l'économie morale donne à lire cette inversion qui s'est produite parallèlement lorsque leur corps valide est devenu illégitime et leur corps souffrant a fondé une nouvelle reconnaissance, lorsque leur existence n'a plus été justifiée par leur contribution à la richesse collective, mais par l'institution d'un protocole compassionnel. Le malade auquel on accorde un titre de séjour simplement parce qu'il est malade acquiert ce qu'Adriana Petryna (2002), qui a travaillé sur les rescapés de Tchernobyl, appelle une «citoyenneté biologique» et découvre une forme inédite et radicale de ce qu'à propos du programme du génome humain Paul Rabinow (1996) qualifie de «biosocialité». La menace qui pèse sur sa vie physique devient sa raison politique de vivre.

L'opposition tranchée entre les deux formes de vie ne rend pourtant pas totalement compte de la complexité des logiques à l'œuvre. En fait, mieux vaudrait parler ici de configurations et de tensions, mettant en œuvre à travers les enjeux de valeurs des jeux d'acteurs, autrement dit faisant place aux subjectivités et aux stratégies dans la confrontation aux normes et aux pouvoirs. Lorsque le demandeur d'asile débouté reconforme sa sollicitation d'un titre de séjour en invoquant une pathologie, voire les troubles psychologiques liés aux circonstances qui ont présidé à son exil, lorsqu'il construit donc sa justification non plus en tant que militant pourchassé ou victime d'un ordre violent mais en tant qu'être souffrant ou victime d'un traumatisme psychique, on peut raisonnablement penser que cette mutation de la représentation de soi qu'il donne aux autres et à lui-même n'est pas sans effet sinon sur son statut de sujet psychologique, ce que l'anthropologie n'est guère à même de saisir, du moins sur son statut de sujet politique, appelant la compassion (pour sa condition clinique) plutôt que revendiquant un droit (à l'asile politique). Pour autant, les enquêtes montrent que les individus ne sont pas des êtres passifs dans ce processus, qu'ils déploient des tactiques et parfois des résistances et, la fin justifiant les moyens, reconstruisent, une fois le précieux titre de séjour obtenu, une existence sociale en dehors de la clandestinité et parfois même de la précarité. En d'autres termes, si leur reconnaissance à travers la vie biologique a été un passage obligé de leur trajectoire, ils la prolongent dans le registre de la vie politique et tout simplement comme acteurs dans la cité. Ils montrent ainsi que les vies concrètes échappent en partie à la normalisation.

HISTOIRE SOCIALE ET INÉGALITÉ INCORPORÉE

Toutefois la vie ne se résume pas à cette seule distinction entre un phénomène biologique et une existence politique. Si ce qui fait l'homme, c'est le langage, et si le langage est aussi ce qui résiste le plus au déchiffrement du sens (Wittgenstein 1961), alors la vie est aussi la mémoire que l'on en a et le récit que l'on en fait. Les politiques de la vie ne sont donc pas seulement des politiques des vivants, elles sont aussi des politiques du vécu. Mémoire et récit procèdent de deux logiques évidemment distinctes qui ont cependant en commun d'inscrire un sens de ce qui a été vécu à la fois dans des corps et dans des mots. L'un et l'autre sont à la fois individuels, dans l'expérience biographique singulière, et collectifs, dans l'expérience historique partagée. De ce point de vue, la vie de l'immigré ne se manifeste pas seulement dans les phrases qu'il prononce sur son itinéraire personnel, elle l'est aussi dans les traces qui affleurent d'un passé où puisent ses racines et dans les signes d'un présent qu'il construit avec la société où il est désormais.

On qualifiera d'incorporation la façon dont les structures et les normes de la société, les épreuves et les marques du temps s'inscrivent dans les corps. Dans le domaine des sciences sociales, Marcel Mauss (1980), analysant les techniques du corps, et, plus près de nous, Pierre Bourdieu (1979), proposant sa théorie de l'habitus, ont donné des modèles permettant de rendre compte de l'empreinte du social dans les manières de faire et d'être. Pour penser cette empreinte, deux concepts éclairent de façon complémentaire le rapport à la société et au temps. On peut parler, d'une part, de condition sociale pour désigner la façon dont les faits structurels s'impriment dans les corps et, d'autre part, d'expérience historique pour qualifier la façon dont ils sont vécus, interprétés et racontés. La première correspond plutôt à la dimension objective de l'incorporation, la seconde à sa dimension intersubjective. Toutes deux sont simultanément individuelles et collectives. Sans qu'elle recoure nécessairement à ces catégories, l'anthropologie médicale a souvent eu tendance à privilégier implicitement l'une ou l'autre. Pour les approches dites critiques, la question des violences structurelles prévaut, mais souvent au détriment du sens que les faits ont pour les agents (Kim *et al.* 2000; Scheper-Hughes 2002). Pour les lectures phénoménologiques, le récit traduit l'expérience mais laisse échapper la matérialité des existences (Kleinman 1988; Good 1994). Il importe de les penser ensemble, notamment dans une perspective de compréhension des mécanismes des inégalités.

L'épidémie de sida en Afrique du Sud est à cet égard tragiquement exemplaire. Telle qu'elle se construit et s'énonce, la trame narrative de l'épidémie mêle plusieurs lignes de récit. La première est épidémiologique. En une décennie, le taux de séroprévalence est passé de moins de 1 à plus de 25 % de la population adulte et le sida est devenu la première cause de mortalité des hommes et des femmes entre 15 et 49 ans. Les projections démographiques sont plus inquiétantes encore en montrant qu'entre 1990 et 2010, l'espérance de vie pourrait baisser de 20 ans. La seconde est historique. Elle met en relation deux séries d'événements, la fin du régime honni de l'apartheid et la progression inexorable du sida, comme si la deuxième découlait au moins partiellement de la première, ce que certains suggèrent, ou comme si l'une et l'autre participait de la même affliction éternelle du continent africain. La troisième est politique. Plusieurs controverses se sont succédé au cours des dernières années autour notamment de l'étiologie virale du sida et de la toxicité des antirétroviraux, divisant l'alliance tripartite au pouvoir, opposant le premier gouvernement démocratique à ses anciens alliés d'hier dans la société civile, faisant de l'épidémie la menace la plus grave pour l'unité nationale à peine ébauchée. La quatrième est biographique. Les récits de vie que recueillent chercheurs et journalistes, les fragments d'histoire que l'on raconte dans les associations ou lors des enterrements,

les enregistrements et les souvenirs laissés dans des *memory boxes* comme seuls legs à ses enfants et à ses proches, autant de formes par lesquels on s'efforce de faire exister ce qui a été, est encore, et bientôt ne sera plus. Mais comment rendre compte de cette trame sans en dénouer chacun des fils ? Pour conserver à la matière narrative son épaisseur et sa vérité, on peut l'appréhender en tant qu'elle dit une condition et une expérience.

La condition sociale du sida lie les récits épidémiologique et historique, tout en venant nourrir les deux autres. Pour interpréter cette progression inédite de l'infection, il faut en effet la saisir à la lumière de l'histoire qui est aussi une histoire de l'inégalité la plus profonde, celle sans issue qui trouve sa justification dans des différences de nature humaine pour justifier à son tour les solutions les plus inhumaines. L'apartheid, qui est devenu la biopolitique officielle de l'Afrique du Sud à partir de 1948, prolonge en les radicalisant des politiques de colonisation, de domination, d'exploitation et de ségrégation dont la dimension raciale et raciste a toujours été présente. La rapidité de l'évolution du sida et les disparités de sa distribution résultent de phénomènes complexes où se mêlent inégalités, violences et migrations. Chacun de ces facteurs est un produit de l'héritage du régime antérieur et s'exacerbe paradoxalement au moment de sa disparition : les inégalités socio-économiques et socioraciales devenues bien plus apparentes avec la fin de la division officielle de la société suivant la ligne de la couleur ; les violences ordinaires et sexuelles induites par un dispositif de terreur et d'exclusion mais libérées ou rendues visibles par la levée brutale des dispositifs de contrainte extrême ; les déplacements de populations directement provoqués par les guerres menées par le pouvoir précédent ou accélérés par la liberté de circuler et la levée des sanctions internationales après 1994. Les niveaux de contamination particulièrement élevés parmi les jeunes hommes et femmes des *townships*, des cités minières et des anciens *homelands* attestent la dynamique de cette incorporation de l'ordre social à travers l'extension du sida. Ainsi, bien plus que dans les spécificités comportementales ou culturelles hâtivement qualifiées de « promiscuité » par lesquelles on a voulu rendre compte de l'épidémiologie de l'infection, c'est dans la manière dont chaque histoire individuelle est marquée par l'histoire collective, dont les rapports entre les individus, entre les hommes et les femmes, entre les citoyens et le pouvoir conservent les traces de ce passé récent qu'il faut chercher l'interprétation des faits et, par conséquent, les pistes pour en corriger le cours.

L'expérience historique du sida établit une correspondance entre les récits politique et biographique, mais sa dureté résulte du choc des deux autres. Plutôt que de parler de déni de la maladie, comme on le fait aussi bien à propos des choix du gouvernement que des attitudes de la population, il faudrait analyser comment cette conjonction entre la fin de l'apartheid et le

début de l'épidémie apparaît à beaucoup comme intolérable et impensable. La prolifération des récits de contestation des vérités savantes ou officielles relève de cette logique d'incrédulité ou d'incompréhension. Mais là encore, la présence du passé saurait d'autant moins être sous-estimée que les événements les plus douloureux sont aussi les plus récents. Si les premières mesures de ségrégation raciale ont été prises au nom de la santé publique, lors de la peste de 1900 puis de la grippe de 1917, si la tuberculose est à la fois le produit de l'exploitation de la main-d'œuvre dans les mines et la raison invoquée pour renouveler la force de travail, le sida lui-même a donné lieu, sous le régime précédent, de la part de la médecine, à des discours et des pratiques discriminatoires et stigmatisantes à l'égard des populations noires. Suspicion à l'égard de la science biomédicale et souvenirs des violences commises au nom de la raison sanitaire, constructions imaginaires de complots et productions avérées de projets génocidaires, l'héritage historique mêle ainsi les niveaux de réalité aussi bien dans les déclarations du président sur le virus ou les antirétroviraux que dans les propos recueillis sur les terrains d'enquête et faisant état d'une volonté des pouvoirs publics actuels de se débarrasser d'une population inutile de pauvres et de malades. Pour ceux qui les tiennent, ces récits disent une vérité plus profonde encore que celle des chiffres de l'infection et des messages de prévention.

Le corps, en tant qu'il matérialise en chacun de nous l'empreinte de la société et le travail du temps, porte ainsi témoignage, à travers la maladie comme donnée physique et matérielle mais aussi comme récit individuel et collectif. À cet égard, l'anthropologie de la violence, telle qu'elle s'est développée dans des perspectives diverses en Colombie (Taussig 1987), en Irlande (Feldman 1991), en Inde (Das 1995) ou au Sri Lanka (Daniel 1996), fait assurément écho aux préoccupations à la fois épistémologiques et éthiques de toute anthropologie qui s'efforce d'appréhender la vie comme fait objectif et production subjective.

* * *

Une anthropologie des politiques de la vie excède ainsi de beaucoup l'horizon théorique et empirique de l'anthropologie médicale classique. Comme je l'ai montré en m'y référant à maintes reprises, elle rejoint en de nombreux points ce qu'outre-Atlantique on appelle souvent l'anthropologie médicale critique, dont elle partage un certain regard sur l'autorité des savoirs et les usages du pouvoir, sur les violences structurelles et les inégalités sociales. Peut-être se singularise-t-elle cependant par trois ordres d'inflexion. Premièrement, si le corps, la maladie, la santé lui fournissent une matière à penser, elle s'attache à en analyser les modes de construction et

de production et, ainsi, à analyser la manière dont ils éclairent la compréhension des mondes sociaux. Deuxièmement, à la recherche de la signification de la place croissante occupée par ces problèmes dans les sociétés contemporaines, elle développe une critique des nouvelles formes de légitimité sanitaire ou humanitaire qui en découlent et semblent ainsi s'imposer presque naturellement aux dépens d'autres configurations possibles. Troisièmement, attentive à la fois aux conditions objectives et aux expériences subjectives de mise à l'épreuve des existences, elle s'efforce de mettre en tension la lecture des faits par l'anthropologue et la vision qu'en ont celles et ceux qui les vivent, afin d'éviter les analyses en surplomb ou, à l'inverse, l'absence de distance. Inflexions qu'il faut toutefois d'autant moins durcir qu'elles s'inscrivent bien sûr de façon variable par rapport aux différents auteurs et à leurs œuvres. L'étude des politiques de la vie ouvre des espaces propices au dialogue des anthropologues non seulement entre eux, tel qu'on l'a engagé ici, mais aussi avec les hommes et les femmes dont ils disent les histoires.

Références

AGAMBEN G., 1997 [1995], *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue.* Paris, Seuil.

AGIER M., 2002, *Au bord du monde, les réfugiés.* Paris, Flammarion.

ARENDT H., 1967 [1963], *Essai sur la révolution.* Paris, Gallimard.

AUGE M. et C. HERZLICH, 1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris, Éditions des archives contemporaines.

BERGER P. et T. LUCKMAN, 1966, *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge.* New York, Anchor Books.

BOURDIEU P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement.* Paris, Minuit.

BROSSAT A., 2003, *La démocratie immunitaire.* Paris, La Dispute.

CANGUILHEM G., 1966, *Le normal et le pathologique.* Paris, Presses universitaires de France.

DANIEL V., 1996, *Charred lullabies. Chapters in an Anthropology of Violence.* Princeton, Princeton University Press.

DAS V., 1995, *Critical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India.* Oxford, Oxford University Press.

DOZON J. P. et D. FASSIN (dir.), 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.* Paris, Balland.

FARMER P., 1992, *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame.* Berkeley, University of California Press.

——, 1999, *Infections and Inequalities. The Modern Plagues.* Berkeley, University of California Press.

FASSIN D., 1998, «Politique des corps et gouvernement des villes»: 7-46, dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales.* Paris, La Découverte.

——, 2000, «Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé», dans *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1: 95-116.

FELDMAN A., 1991, *Formations of Violence. The Narrative of The Body and Political Terror in Northern Ireland.* Chicago, University of Chicago Press.

FOUCAULT M., 1976, *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité.* Tome 1, Paris, Gallimard

GOOD B., 1994, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective.* Cambridge, Cambridge University Press.

HACKING I., 1995, *Rewriting The Soul. Multiple Personality and The Sciences of Memory.* Princeton, Princeton University Press.

——, 1999, *The Social Construction of What?* Cambridge, Harvard University Press.

JAFFRE Y. et J. P. OLIVIER DE SARDAN, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala.

KIM J. Y., J. MILLEN, A. IRWIN et J. GERSHMAN (dir.), 2000, *Dying For Growth. Global Inequality and The Health of The Poor.* Monroe, Common Courage Press.

KLEINMAN A., 1988, *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition.* Basic Books.

LANZARINI C., 2000, *Survivre dans le monde sous-prolétaire.* Paris, Presses universitaires de France.

LATOUR B., 1991, *Nous n'avons jamais été modernes. Essais d'anthropologie symétrique.* Paris, La Découverte.

LEMARCIS F., 2004, « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township » : 235-272, dans D. Fassin (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida.* Paris, Karthala.

LOCK M., 2002, *Twice Dead. Organ Ttransplants and The Reinvention of Death.* Berkeley, University of California Press.

MAUSS M., 1980 [1934], « Les techniques du corps » : 363-386, dans *Sociologie et anthropologie.* Paris, Presses universitaires de France.

MCCULLOCH J., 1995, *Colonial Psychiatry and the African Mind.* Cambridge, Cambridge University Press.

MEMMI D., 2003, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort.* Paris, La Découverte.

PETRINA A., 2002, *Life Exposed. Biological Citizens After Chernobyl.* Princeton, Princeton University Press.

RABINOW P., 1996, *Essays on The Anthropology of Reason.* Princeton, Princeton University Press.

——, 1999, *French DNA. Trouble in Purgatory.* Chicago, University of Chicago Press.

RAPP R., 2000, *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America.* New York, Routledge.

SCHEPER-HUGHES N., 1992, *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil.* Berkeley, University of California Press.

——, 2002, « Bodies for sale - Whole or in Part » : 1-8, dans N. Scheper-Hughes et L. Wacquant (dir.), *Commodifying Bodies.* Londres, Sage Publications.

SINGER M. et H. BAER, 1995, *Critical Medical Anthropology.* Amityville NY, Baywood.

TAUSSIG M., 1987, *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man. A Study in Terror and Healing.* Chicago, University of Chicago Press.

VIDAL L., 1996, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique.* Paris, Anthropos.

WAHNICH S., 2003, *La liberté ou la mort. Essai sur la terreur et le terrorisme.* Paris, La Fabrique.

WITTGENSTEIN L., 1961 [1945], *Investigations philosophiques.* Paris, Gallimard.

YOUNG A., 1995, *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder.* Princeton, Princeton University Press.

CHAPITRE 15

Traverser les frontières : l'anthropologie médicale en Afrique du Sud et le VIH-sida

Eleanor M. Preston-Whyte

PROLOGUE

L'anthropologie médicale prend plusieurs formes. Dans certains cas, les anthropologues abordent ce domaine avec l'intention d'étudier le comportement et les pratiques relativement à la recherche de soins. Dans d'autres cas, cet intérêt de départ se transforme sur le terrain et en vient à refléter les préoccupations des participants à la recherche. Dans le cas du VIH-sida, par exemple, ces préoccupations peuvent être déclenchées par la détérioration d'un problème de santé et une hausse proportionnelle de l'apparition de la maladie, du risque d'infection ou de décès prématuré. Cette situation fut vécue par de nombreux anthropologues sud-africains, dont le journal de terrain relate de plus en plus les réalités et les perceptions locales de cette épidémie. Un ami ou un membre de leur famille est peut-être séropositif. Ou peut-être craignent-ils eux-mêmes d'être infectés? En Afrique du Sud, 5,3 millions (et plus) de personnes, sur une population de 45 millions, sont atteintes du VIH, et on estime que 600 personnes par jour meurent de cette maladie[1]. De nombreux anthropologues se sentent donc poussés à s'engager sur le terrain de cette épidémie, tant en écrivant sur ses conséquences, comme le reflètent leurs travaux d'ethnographie (Leclerc-Madlala 2002a, 2002b, 2002c; Preston-Whyte 2003), qu'en évaluant, commentant et pénétrant le champ de l'intervention (James 2002; Preston-Whyte et Dalrymple 1996; Scorgie 2002; Stadler 2003a, 2003b). À l'instar d'autres scientifiques sociaux (Campbell 2003; Williams et Campbell 1996), ils sont, dans certains cas, à la recherche de partenariats et de projets en collaboration avec leurs collègues médecins afin de rapprocher la théorie et la pratique de ces deux disciplines, et ce, au bénéfice du pays, d'une part, et à celui de l'humanité en général, d'autre part, puisque le sida est en voie de devenir une menace mondiale. Cette démarche implique de franchir et de tenter de triompher des frontières qui se dressent entre, d'un côté, les

perspectives et les méthodologies d'une discipline et, de l'autre, les hypothèses souvent profondément ancrées et chéries. Comme dans toute entreprise visant une frontière, il y a des moments où cette dernière est perméable, mais il y en a d'autres où elle se transforme en mesure de haute protection autour d'un territoire inaccessible. Le présent article ne cherche pas à minimiser les difficultés des initiatives de collaboration entre l'anthropologie et la médecine, mais bien à esquisser les différentes facettes de plus de 50 ans d'expérience anthropologique de travail en terrain médical. La dernière section décrit une expérience médicale au cours de laquelle les perspectives anthropologiques ont influé sur la planification de la marche à suivre lors des premières années d'un projet, et où elles ont mené à la création de principes innovateurs en matière de pratique qui devaient avoir une influence sur les soins de santé, tant sur la scène locale que sur la scène internationale.

TOUR D'HORIZON

Trois thèmes principaux s'insèrent en fil d'Ariane dans cet article. Le premier est la nature holistique du projet anthropologique et sa principale méthode de recherche, soit l'ethnographie; le deuxième met en lumière la pléthore de croyances, quoiqu'elles soient toutes largement similaires sur le plan conceptuel, qui ont cours dans la majeure partie de l'Afrique du Sud concernant la santé et la guérison ainsi que l'influence du monde des esprits sur tous les aspects de l'existence humaine (Hammond-Tooke 1974 : 318-359). Par ailleurs, on traite aussi des états de pollution, que celle-ci soit rituelle, non rituelle, ou ethno-pathologique (Jewkes et Wood 1999; Leclerc-Madlala 2000; Ngubane 1977). Dans la catégorie des influences spirituelles, soulignons les doctrines chrétiennes, musulmanes et hindouistes[2], ainsi que les croyances traditionnelles africaines dans les ancêtres et autres êtres spirituels, ainsi qu'un nombre grandissant d'autres systèmes de croyances mises en place par les pratiques religieuses occidentales, africaines et orientales. La crainte du pouvoir inné des sorcières et de l'usage de la sorcellerie par des voisins jaloux et vengeurs cherchant à faire du mal aux autres existe aussi en abondance – par réaction à l'inexplicable malchance, aux situations débilitantes ou à la mort – (Ashforth 2002; Evans-Pritchard 1937; Hammond-Tooke 1989; Ngubane 1977; Niehaus 1997). Un troisième thème est la nature omniprésente de la continuité et du changement dans les croyances et les pratiques associées à la santé et à la spiritualité en Afrique. Bien que tous ces éléments aient été amplement démontrés dans les études ethnographiques datant du milieu et de la fin du XIX^{e} siècle[3], et dans les études sur la «ré-invention» et la réinterprétation des formes

culturelles (Hobsbawm et Ranger 1984; Boonzaier et Sharp 1988), au cours des 30 dernières années, le VIH-sida conféra un nouveau sens à ces observations. Un article comme celui-ci, rédigé au plus fort de l'épidémie de sida en Afrique du Sud, ne peut que refléter non seulement le rôle passé, mais aussi le rôle actuel que cette fusion et cette réincorporation de la croyance et de la pratique peuvent jouer dans la compréhension locale des causes et de la trajectoire du VIH-sida relativement à la morbidité et à la mort, ainsi que dans le comportement de protection et de recherche de soins dans ces contextes.

Dans un certain sens, l'épidémie de sida, aussi tragique soit-elle, procure un terrain fertile à l'épanouissement de l'anthropologie médicale en Afrique du Sud. Bien que gêné par l'hésitation et les ambiguïtés de la réaction des dirigeants politiques du pays à l'égard du sida (Posel 2003; Van der Vliet 2004), il existe un consensus de plus en plus grand parmi les scientifiques et les profanes selon lequel, en l'absence de vaccin contre le virus du VIH, le défi consiste à comprendre et à permettre le changement dans le comportement social relativement à la protection contre le VIH et aux soins des personnes atteintes du sida. L'anthropologie, et son sens développé des possibilités de l'ethnographie (ainsi que ses talents éprouvés dans l'application de cette méthode), joue un important rôle de gardien, au sein des sciences sociales, de l'étude de la « culture » et des structures sociales et communautaires, et se trouve en position idéale pour contribuer à cette problématique de manière substantielle et théorique (Parker et Ehrhardt 2001). Ce fait est reconnu par de nombreuses autres disciplines en sciences sociales, ainsi que par les chercheurs médicaux qui expérimentent diverses techniques ethnographiques (souvent abrégées). Cette tendance élargit les possibilités de la recherche interdisciplinaire et multidisciplinaire dans le champ des sciences sociales en réponse à une préoccupation commune concernant les répercussions du VIH-sida sur les individus et leurs familles, et aussi sur la vaste scène de la gouvernance de la communauté et de la société (Barnett et Whiteside 2002; de Waal 2003).

RÉFLEXION SUR LE PASSÉ ET LE PRÉSENT : CHANGEMENT ET CONTINUITÉ IDÉOLOGIQUES EN AFRIQUE

Au cours des siècles, l'Afrique fut le théâtre d'importants mouvements migratoires, ainsi que le lieu de colonies d'échange et de peuplement. Ce dernier type de phénomène s'accéléra à l'époque du colonialisme et du missionnariat et catapulta des sections relativement isolées du continent dans un maelström de multiples possibilités en ce qui a trait à la recherche de soins de santé. Comme on le fit souvent remarquer, le christianisme et les

missions, qui se sont répandues dans presque tout le continent, ont amené non seulement une nouvelle religion, mais aussi l'omniprésent flacon de médicaments et, plus tard, l'éducation, tous deux renforcés, et activement encouragés, par les dogmes de la science médicale occidentale et par une métaphysique séculaire du monde. Dans certaines parties d'Afrique, l'Islam proposa toutefois un autre cours à l'existence. L'afflux général de colonies de peuplement et la propagation ultérieure de l'éducation institutionnelle au cours du XIX[e] siècle ont continué à ouvrir de nouvelles possibilités, tant sur le plan du cadre explicatif que sur celui des installations destinées à la spiritualité et à la prestation de soins de santé. Actuellement, la révolution informatique et le Web permettent aux secteurs les plus reculés et isolés du continent d'entrer en contact avec le monde entier et avec son foisonnement de cultes de guérison, dont un bon nombre dépendent d'une autorité spirituelle charismatique. L'objectif de cet article n'est pas d'examiner ces éléments en détail, mais de souligner que, tout comme par le passé, les principaux travaux effectués aujourd'hui en anthropologie de la religion intéressent l'anthropologie médicale et tous ceux et celles qui ont un certain intérêt pour les pratiques médicales et les croyances. Les travaux de Jean Comaroff (1985) et de Kiernan (1990) se singularisent sur ce point et, dans le sillage du travail de pionnier de Sundkler (1961), portent en particulier sur la vague d'églises séparatistes africaines qui amalgament les croyances chrétiennes « traditionnelles » et actuelles. Les bases de la pratique étant jetées par les croyances, il n'est pas étonnant que les remèdes autochtones affichent une telle prospérité aux côtés des croyances locales dans la causalité et dans le pouvoir des ancêtres et des sorciers. Les fondements de cette continuité furent mis en place au cours des phases historiques et politiques qui ont marqué la moitié et la fin du XX[e] siècle en Afrique du Sud.

Parallèlement au christianisme et à l'éducation, l'une des forces majeures qui incita les hommes, et plus tard les femmes, à entrer en contact avec les nouvelles idées fut le mouvement de migration d'importantes sections de la population rurale paysanne à la recherche d'un emploi vers les zones urbaines en pleine expansion. Mis en place à l'origine par suite de l'instauration des impôts, le travail des migrants s'institutionnalisa et créa des habitudes migratoires régulières qui entraînèrent les populations noires à osciller tous les ans entre leur résidence rurale et leur lieu de travail (Wilson 1972). En rétrospective, cette situation n'a en rien favorisé le développement des zones rurales qui ont rapidement dégénéré en quasi-dortoirs, tandis que les richesses s'accumulaient dans les villes dominées par les Blancs. Privées d'ouvriers physiquement aptes et de capital humain, la plupart des zones rurales sombrèrent dans la pauvreté et le sous-développement grandissants, ce qui mit en place, en retour, les paramètres du déclin de l'état nutritionnel et des conditions de santé de la majorité des Noirs sud-africains. Cette situation n'a pas manqué de faire couler l'encre chez

les anthropologues. Leurs monographies, rédigées à partir des années 1930, s'ajoutèrent en effet aux rapports de leurs collègues médecins et à ceux des commissions nationales concernant la détérioration de la situation dans les zones rurales et urbaines[4]. Ces signaux d'alarme ont largement été ignorés ou, parce qu'ils critiquaient implicitement les gouvernements en place à l'époque, furent considérés comme l'œuvre de « fauteurs de trouble » et de « Blancs libéraux ». Cette condamnation connut son apogée lors de l'arrivée au pouvoir du gouvernement nationaliste, à la fin des années 1940, et de l'imposition de la politique de l'apartheid ou de « développement séparé ». Fondée sur une stricte ségrégation raciale dans les zones rurales et urbaines, cette politique imposa non seulement la ségrégation résidentielle, mais l'utilisation d'infrastructures publiques différentes. Les infrastructures fournies aux Noirs dans les régions rurales et urbaines n'arrivaient pas à la cheville de celles mises à la disposition des Blancs, tant sur le plan de la gamme des services offerts que sur le plan de la qualité de ceux-ci. La situation précaire des populations noires fut bien sûr exacerbée par la différence dans les services qui leur étaient offerts, mais aussi par l'accroissement rapide et général de leur nombre, et ce, tant dans les zones urbaines que rurales. Le legs de ces tendances divergentes se fait toujours sentir aujourd'hui et sera omniprésent pendant des dizaines d'années encore.

ANTHROPOLOGIE MÉDICALE EN AFRIQUE DU SUD : ORIGINES ET TENDANCES THÉORIQUES

Pour décrire l'anthropologie médicale en Afrique du Sud, tout comme dans d'autres régions colonisées, on peut remonter jusqu'aux journaux et aux monographies des voyageurs et des administrateurs et, plus particulièrement, des missionnaires venus de la métropole. Dans le champ de l'ethnomédecine, de la religion et des croyances, quelques noms importants viennent à l'esprit, notamment Bryant (1909), Callaway (1868-70), Casalis (1861), Junod (1927), James Stuart (Webb et Wright 1976), McCord et Douglas (1946) ainsi que les théologiens missionnaires, plus tard devenus anthropologues, comme Berglund (1976), Pauw (1960) et Sundkler (1961). Les travaux rédigés après 1940 se distinguent par la qualité de l'observation et par le fait qu'ils font référence à la théorie sociologique européenne, alors en pleine expansion, et en particulier à la théorie anthropologique britannique. Cela est aussi vrai de la contribution directe de leurs auteurs au développement correspondant de l'anthropologie de l'Afrique du Sud, notamment l'anthropologie médicale de cette période (West 1979 ; Pauw 1980).

Divisé par les limites qu'imposèrent les critères de race, de classe et d'éducation, du moins jusqu'au milieu des années 1980, le monde universitaire sud-africain fut largement réservé aux Blancs. Les anthropologues se partageaient en deux camps, selon leur appartenance idéologique et linguistique. Les anthropologues qui parlaient anglais ou afrikaans enseignèrent, de façon générale, dans des universités différentes et avaient très peu à voir les uns avec les autres, ni sur le plan intellectuel ni sur celui de l'interaction sociale ou éducative. Les premiers adoptèrent, comme maîtres à penser, Durkheim, Radcliffe-Brown et Malinowski, de même que les pionniers de l'anthropologie européenne, Boas et Kroeber. Les seconds se tournèrent vers des traditions européennes radicalement différentes, en particulier les traditions historiques allemandes. Les étudiants des universités anglophones furent formés dans la tradition malinowskienne de l'ethnographie holistique de terrain fondée sur l'observation participante, bien que bon nombre d'entre eux en vinrent à concentrer leur analyse de la structure sociale sur l'exclusion virtuelle de la culture dans le sens le plus inclusif du terme. Par contre, le domaine de l'anthropologie afrikaner fut la « culture » ou les « cultures » conceptualisées comme des ensembles singuliers de coutumes durables, qui établissaient une distinction entre les groupes sociaux et linguistiques respectifs. La majeure partie de ces travaux, mais pas tous, abondèrent dans le sens des justifications intellectuelles de l'apartheid, et pour cette raison, et puisque la notion de sociétés figées fut démentie par l'accélération des changements sociaux, ils perdirent de leur crédibilité au sein d'un milieu politique et intellectuel en mouvance qui mena à l'abolition du développement séparé. L'influence des anthropologues afrikaners fut limitée, puisque la majorité d'entre eux ne cherchèrent pas de contacts internationaux ou ne publièrent pas à grande échelle en anglais.

Les membres de ces deux écoles d'anthropologie d'Afrique du Sud reconnurent l'importance éventuelle de la recherche appliquée, bien qu'en aucune façon ceux qui travaillèrent en anthropologie médicale ne collaborèrent ou n'influencèrent les tendances durables ni de l'anthropologie ni de la scène médicale. Découlant des années 1940, apparut toutefois la recherche portant directement sur les travaux anthropologiques actuels liés à la continuité des croyances dans le pouvoir de la magie et de la sorcellerie. Un important exemple de ces travaux ressort de l'étude entreprise par Ashton (1943) pour le gouvernement du territoire Bechuana land d'alors, au moment le plus fort d'une flambée de « meurtres par drogues » dans ce pays. Selon les policiers et leurs informateurs, ainsi que les explications locales très répandues, le mobile de ces meurtres était l'utilisation de certaines parties du corps dans la fabrication de drogues destinées à être administrées à des rivaux pour obtenir plus d'influence politique ou accéder à des ressources critiques. Dans l'analyse d'Ashton, l'augmentation de la demande

pour ces drogues est liée aux tensions sous-jacentes et aux insécurités générées, mais non adéquatement encadrées, par le régime colonial et, plus particulièrement, à l'incertitude quant aux instances politiques et aux rivalités que ces dernières suscitent. Ses constatations sont reprises dans les analyses anthropologiques actuelles concernant les flambées répétées de meurtres similaires en Afrique du Sud (Niehaus 2002). Dans la même veine, Xaba (2002) expose un grand nombre de cas saisissants concernant l'utilisation courante de la médecine autochtone (drogues autochtones) au KwaZulu-Natal et une concurrence de plus en plus forte pour des emplois qui se font rares, ainsi qu'une perception grandissante de la nécessité de protéger la propriété et les individus face à la violence entre partis politiques rivaux après 1985, de même que l'incapacité ou le manque de volonté des forces policières à assurer une protection adéquate contre ce phénomène.

Examinant d'autres travaux réalisés par des anthropologues professionnels du domaine médical depuis les années 1940, il est possible de souligner la présence d'un certain intérêt ou résultat respectable à plusieurs égards, même s'il est minime. Des panels sont régulièrement consacrés aux questions médicales dans les réunions annuelles de l'Association for Anthropology in Southern Africa (AASA). Avant l'apparition du VIH-sida, relativement peu de publications parurent toutefois et, de ce nombre, quelques-unes furent publiées par des revues internationales. Cela reflète les effets du boycott universitaire qui survint durant l'apartheid et les effets démoralisateurs qu'il eut sur les motivations locales à s'engager dans les exigences de la publication internationale. Cela ne veut pas dire que les anthropologues locaux ne lisaient pas la littérature internationale. Dans l'ensemble, toutefois, les publications locales généralement disponibles relativement à cette période n'affichent pas une tendance très théorique et les auteurs se fondent sur les modèles conceptuels internationaux pour cadrer leurs présentations de l'ethnographie locale, au lieu de générer de nouvelles théories. Ce qui suit n'est en aucune façon une représentation exhaustive de l'ensemble du travail réalisé dans le domaine. Il s'agit plutôt d'une tentative visant à souligner un certain nombre de thèmes importants et de tendances théoriques ou méthodologiques servant actuellement à alimenter les discussions locales et mondiales sur le VIH-sida.

Les cadres conceptuels empruntés à l'anthropologie principale par les anthropologues médicaux en Afrique du Sud proviennent largement d'un recoupement de sujets entre la santé et la religion, ainsi que des critiques politiques sur l'inégalité des relations de pouvoir propres aux structures coloniales et d'apartheid. Le genre est actuellement l'une des approches d'analyse dominantes par le biais de laquelle l'ethnographie de l'Afrique du Sud est analysée et réfractée, ce qui caractérise aussi le travail mené dans le champ de la médecine ainsi que des croyances et des pratiques liées

à la santé. La majeure partie de ce travail fut influencée par des anthropologues non sud-africains, ou sud-africains[5] vivant à l'étranger, notamment Jean Comaroff (1985), Frankenburg (1992) et Kleinman (1995). À partir des années 1960, les anthropologues des universités anglophones furent influencés par les tendances théoriques britannique et américaines. Le transactionalisme de l'école de Manchester et la définition de la culture en tant que système idéationnel, épousée par les anthropologues américains, se sont révélés utiles dans l'analyse de la complexité de la scène locale. Cela s'observe nettement dans le travail de Kiernan (1990) et, en ce qui a trait particulièrement au domaine du VIH-sida, dans celui de Preston-Whyte (1995, 1999, 2003). Le premier adopta la rubrique de sélection situationnelle de Gluckman (1960) pour expliquer l'expérience des femmes, et leur réaction aux injonctions médicales visant à éviter tout comportement sexuel à risque élevé (Preston-Whyte 1995, 1999). Ce qu'il y a de pertinent ici, ce sont les dilemmes auxquels font face les femmes noires entre leur protection contre l'infection par l'usage de condoms ou par l'abstinence sexuelle, et les pressions de la communauté pour qu'elles tombent enceintes ou, dans le cas des mères atteintes du VIH, pour qu'elles allaitent leurs enfants malgré le risque élevé de transmission du virus par le lait maternel (Preston-Whyte 2003). D'autres scientifiques sociaux commencèrent à emprunter les outils de l'anthropologie et à les adapter à leurs besoins. Avant de regarder en détail de nombreux exemples de travaux menés par des anthropologues ou d'autres scientifiques sociaux qui font usage de leurs techniques, il est important de commenter quelques-uns des problèmes éprouvés par les anthropologues qui cherchent à collaborer de près avec leurs collègues médecins.

FRANCHIR LES FRONTIÈRES QUI SÉPARENT LES TRADITIONS INTELLECTUELLES

Aucune des théories décrites précédemment n'a influencé explicitement l'anthropologie locale réalisée en association avec des collègues médecins. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les anthropologues et d'autres scientifiques sociaux ont de la difficulté à traduire, à l'intention de leurs collègues médecins qui ne sont pas formés dans le style discursif des débats, critique et méthodologique, des sciences sociales (et y sont souvent antipathiques), la théorie sociale et politique ainsi que l'entière complexité de la vie et du comportement social. Fondamentalement engagés dans une tradition scientifique positiviste à toute épreuve et dans les hypothèses, acceptées telles quelles, de la supériorité innée des données quantitatives par rapport aux preuves qualitatives, la tendance des collègues médecins est

de tenter d'imposer leurs critères de validité « scientifique » à leurs collègues anthropologues. Une autre question qui pose problème est l'objectif médical immédiat qui exige d'élaborer rapidement des interventions pratiques et ciblées pour faire échec aux crises de santé. La nécessité d'une intervention rapide n'est pas contestée en principe, mais les anthropologues sud-africains, tout comme leurs collègues ailleurs dans le monde, soutiennent que la recherche de réponses à des problématiques de recherche ne peut pas être précipitée, et ils hésitent à s'engager dans une recherche « rapide et directe » pour en arriver à peine à obtenir des résultats superficiels qui peuvent, en bout de ligne, induire en erreur au lieu de permettre une intervention adéquate. Cela s'est produit au début de l'épidémie de sida qui suscita un empressement à concevoir et à mener des sondages rapides sur la connaissance, les attitudes et le comportement. Ces recherches furent dominées par l'approche médicale et axées sur la communauté et les patients en excluant presque toute étude ethnographique plus exhaustive concernant les véritables comportements et la création de mythes contemporains entourant cette épidémie. C'est pourtant cette dernière approche qui fournit les explications les plus convaincantes concernant les pratiques restées autrement apparemment inexplicables et largement condamnées, notamment le viol des enfants et des bébés (Leclerc-Madlala 2002a, voir ci-après).

La majeure partie de la recherche appliquée est actuellement déchirée entre la situation d'urgence et la nécessité d'une recherche en profondeur et de qualité. Dans le cas de l'anthropologie médicale menée en collaboration avec le pouvoir médical lui-même, on ne peut arriver à une négociation satisfaisante qu'en faisant preuve de tolérance envers le point de vue de toutes les parties concernées. Cela dépend aussi du développement de la relation de partenariat à égalité entre la médecine et l'anthropologie, qui n'est ni facile ni automatique. Comme nous l'avons déjà souligné, les collaborateurs médicaux supposent souvent qu'ils prendront les rênes, tant dans la conception de la recherche que dans la rédaction des résultats en vue de leur publication. Même à cette dernière étape, de nombreuses revues médicales imposent une limite stricte au nombre de pages, se réservant ainsi la possibilité de supprimer tout détail qualitatif pouvant être inclus dans la plupart des publications.

Il y a encore une autre sphère de difficultés pour les anthropologues qui cherchent à travailler dans le domaine médical, en particulier si cela suppose de la recherche en établissement, tel que des hôpitaux ou des cliniques. Les normes éthiques internationales et nationales exigent que toute la recherche médicale sur des « sujets humains » soit scrutée par des comités d'examen déontologique médicaux. Les anthropologues ne s'opposent pas en principe aux mécanismes d'examen déontologique, mais ils sont d'avis que ce genre de comité est invariablement dominé par les déontologues médicaux qui, bien qu'ils soient maintenant habitués à approuver un certain

nombre de « groupes de discussion », ne connaissent pas la valeur des méthodes ethnographiques et de l'observation participante, ou qui éprouvent peu de sympathie envers ces dernières. Ce manque de compréhension est amplement démontré par les multiples exigences concernant les « échantillons représentatifs » et l'utilisation de « groupes témoins » pour valider la recherche. Bien que le recours à un style ethnographique d'entrevue exhaustive et que la reconnaissance de la validité scientifique de dossiers de cas détaillés, et si possible longitudinal, dans le but d'éclairer les résultats, gagnent de plus en plus l'acceptation de certains cercles médicaux, le recours à l'ethnographie comme seul outil de recherche demeure moins largement apprécié, jusqu'à maintenant. Les modèles de recherche pour ce genre d'études éprouvent encore de la difficulté à se tailler une place au sein des procédures d'examen déontologique médical. Ce n'est toutefois pas uniquement dans les cercles médicaux que les études à prédominance ethnographique font sourciller les examinateurs. En effet, les bastions de la quantification et de la recherche-sondage des sciences sociales sont toujours protégés par de puissants secteurs universitaires. De même, la majorité des profanes préfèrent toujours la justification des chiffres à ce qui est considéré comme la plus nébuleuse qualité de l'expérience « vécue ».

Ces problèmes représentent la corde raide sur laquelle de nombreux anthropologues doivent marcher, tant dans la recherche de financement que dans la présentation des résultats dont ils souhaitent qu'ils auront une incidence en dehors de leur discipline. Un exemple récent de l'utilisation de l'entrevue qualitative dans le moule ethnographique, combinée à la lecture détaillée d'extraits pertinents de littérature anthropologique, donne la saveur d'un bon travail de collaboration dans le domaine médical. Par contraste, nous présenterons les observations tirées d'une ethnographie détaillée du même sujet ou d'un sujet très proche et qui n'est toutefois pas le fruit de collaborations multidisciplinaires, mais qui représente le recours à des études ethnographiques en cours sur la sphère plus vaste de la vie sociale en vue de répondre à des questions d'ordre médical.

EMPRUNTER DES OUTILS DE RECHERCHE ET JETER DES PONTS : « UTÉRUS MALPROPRES » ET « CORPS MALPROPRES »

L'objectif d'une récente étude menée par le Conseil de recherches médicales d'Afrique du Sud (CRM) consistait à comprendre comment les patients conçoivent les malaises du système reproducteur afin de faciliter le diagnostic et le traitement et d'éclairer la conception des messages relatifs à la santé ainsi que l'élaboration de politiques en matière de santé génésique. Une série d'entrevues qualitatives non directives fut entreprise auprès des

patientes de différentes cliniques parmi trois groupes linguistiques d'Afrique du Sud, et les résultats furent présentés en temps opportun par l'équipe de recherche formée de professionnels des sciences médicales et sociales. Par la suite, les données tirées des entrevues plutôt non directives sur la compréhension des femmes relativement aux malaises du système reproducteur et aux infections vaginales, de même que leurs explications sur l'expérience de ce que les auteurs ont appelé le « mal-aise » connexe, furent présentées à titre de contribution aux discours actuels à l'échelle locale et internationale sur la pollution rituelle par Jewkes et Wood (1999).

S'appuyant largement sur le travail ethnographique précédemment mené dans la région, de même que sur leurs propres constatations, ces auteurs soutinrent l'existence d'une catégorie supplémentaire de « pollution non rituelle » dans la catégorisation admise élaborée par les anthropologues qui avaient abordé le sujet comme s'il s'agissait simplement d'un système de croyances. Dans l'explication de leurs symptômes, les informatrices faisaient constamment référence aux « utérus malpropres » comme étant la cause de ce qu'elles vivaient. Elles croyaient que cet état résultait de nombreuses fonctions reproductives régulières comme les menstruations, les accouchements normaux et les fausses couches ainsi que des événements anormaux comme les avortements ou les comportements sujets à caution sociale comme le fait d'avoir plusieurs amants et l'utilisation de contraceptifs injectables. Les informatrices zulus et xhosas mentionnèrent que la sorcellerie était une cause fréquente d'« utérus malpropres » et déclarèrent que ce type de malaises pouvait être contracté simplement en entrant en contact avec une drogue dangereuse destinée à quelqu'un d'autre.

S'appuyant sur des travaux ethnographiques précédents, Jewkes et Wood (1999) soulignent que la pollution est habituellement décrite presque exclusivement par les anthropologues comme un résultat ou un attribut, de la première série d'expériences mentionnées par leurs informatrices – soit celles résultant généralement des modifications des conditions tournant autour de la naissance et de la mort (Ngubane 1977) – et qu'elle est traitée dans le cadre du domaine du rituel et de la religion. Au contraire, leurs données laissent croire que les « utérus malpropres » font partie d'une catégorie conceptuelle qui va au-delà du rituel. Les « utérus malpropres » sont en liens étroits avec des symptômes comme l'« eau sale » et le « vent sale » qui sont utilisés en relation avec le mal-aise, et non pas les fonctions féminines naturelles, ou encore uniquement avec la pollution rituelle. Les auteurs soutiennent que cet ensemble est mieux compris quand il est représenté comme ce qu'ils appellent une catégorie ethno-pathologique. Vue sous cet angle, leur recherche présente de nombreuses retombées pour la pratique de santé publique et suggère que l'utilisation de ces catégories émiques, si elles sont vérifiées adéquatement, pourrait contribuer à la réussite de l'élaboration et de la transmission de messages de prévention en matière de santé.

RÉPONSES ET EXTRAPOLATIONS ETHNOGRAPHIQUES : « FEMMES DANGEREUSES » ET « MYTHE DE LA VIERGE PURIFICATRICE »

Leclerc-Madlala (2001) se montre d'accord avec l'analyse présentée précédemment sur les « utérus malpropres » en tant que concept ethno-médical général. Son travail expose toutefois clairement comment les résultats d'une étude ethnographique holistique à long terme menée dans une région, ne se contente pas de cibler différents groupes linguistiques, mais ajoute profondeur et perspective à la compréhension des explications, de l'expérience et du traitement quotidiens de la maladie. De plus, elle fait remarquer la manière dont les explications relatives au sida se greffent aux catégories existantes de maladies et de gestion des soins. Ainsi, les individus du groupe linguistique Zulu, de Durban, visualisent le corps comme un « tout » dans lequel les organes sont interconnectés par la circulation sanguine. Donc, la saleté qui se trouve dans un organe – pas nécessairement dans l'utérus, mais pouvant se trouver par exemple dans l'estomac ou les poumons qui sont alors aussi qualifiés de « malpropres » – se mélange au sang et est dans tout le système transporté par la circulation, occasionnant ainsi des signes de maladie ailleurs. Les traitements traditionnels visent à nettoyer l'ensemble du corps, et non pas seulement un seul organe. Les interprétations du VIH-sida s'appuient sur ces concepts ethno-médicaux. Le corps des femmes, et en particulier leur vagin, humidifié par les sécrétions vaginales, est perçu comme une excellente cachette où la « saleté porteuse de maladie » peut se loger, se « coincer » et croître. Le VIH est considéré comme une forme de saleté très forte et persistante, ce qui concorde avec les rapports biomédicaux concernant sa longue période de latence. De même, sa transmission par le biais des relations sexuelles ou par contact avec le sang et les plaies ouvertes cadre bien avec les notions de circulation sanguine dans l'ensemble du corps. Les menstruations sont conceptualisées comme un mécanisme de nettoyage régulier et naturel du corps, et les femmes sont considérées, durant cette période, comme « sales » et dangereuses pour les hommes. Le virus du VIH est d'une telle force qu'il résiste en partie à cette éjection régulière ; il « reste » dans le vagin et infecte les partenaires sexuels. Leclerc-Madlala soutient que les femmes, et non pas les hommes, sont donc considérées comme les porteuses du VIH ; elles sont responsables du danger que le virus présente pour les hommes. Par ailleurs, les femmes et leur vagin sont source de vie par le biais de la conception et de la naissance. Selon Leclerc-Madlala, ces notions négatives associées au vagin et aux sécrétions vaginales reflètent les craintes et les insécurités masculines à l'égard du pouvoir inhérent conféré aux femmes par la fertilité et qui forme un contraste étonnant avec leur manque de pouvoir social et l'inégalité sociale dont elles sont victimes par rapport aux hommes dans la société (2002a). Le VIH

ajoute une autre couche au danger que les femmes représentent pour les hommes, alors qu'elles incarnent en même temps le plaisir et la continuité de la vie et de la patrilinéarité. Les femmes qui ont de multiples partenaires sexuels sont susceptibles d'absorber de nombreuses formes de saletés, dont certaines sont transmises par d'autres femmes avec lesquelles leurs partenaires ont eu des relations sexuelles.

À la lumière de ces éléments, Leclerc-Madlala soutient que la seule assurance logique de sécurité pour les hommes est d'avoir des relations sexuelles avec une vierge, d'où la récente flambée de viols de femmes vierges dans ce pays. De plus, selon une croyance largement répandue, un homme déjà atteint du VIH peut aussi se purifier de cette manière, et peut-être même s'assurer qu'il aura la force de ne plus être infecté. Ce qu'elle appelle le mythe de la vierge purificatrice revêt donc à la fois un aspect thérapeutique et prophylactique. Bien que les guérisseurs traditionnels qu'elle rencontra affirmèrent qu'ils n'endossaient pas ce mythe, bon nombre d'entre eux avouèrent qu'ils connaissaient d'autres guérisseurs qui le faisaient. Elle ajoute que les hommes croient probablement qu'ils n'ont rien à perdre et tout à gagner en faisant l'expérience de ce remède. Le nombre de viols de jeunes filles de plus en plus jeunes, et même de bébés, dont il est fait état laisse croire que cela pourrait bien être vrai. Pourtant, la prévalence de ce type de viol n'a pas été établie et, selon un porte-parole influent du Conseil de recherches médicales (CRM), ces événements ne sont qu'un exemple parmi tant d'autres de la vaste gamme de violence exercée à l'endroit des femmes en Afrique du Sud. Cette affirmation générale n'explique pourtant pas la raison pour laquelle les enfants et particulièrement les bébés sont la cible de cette violence, tandis que l'argument de Leclerc-Madlala comble cette lacune. Il importe aussi de souligner la richesse de l'ethnographie de Leclerc-Madlala et le fait qu'elle s'appuie sur un corpus déjà riche de recherches anthropologiques exhaustives menées dans cette région et dont la majeure partie porte directement sur les questions de genre.

LES FEMMES, LE GENRE ET LE VIH-SIDA

Les questions de genre recoupent, en plusieurs points, celles de la santé, et la définition d'une sous-discipline consacrée à la santé génésique met en relief le bien-être des femmes et celui des hommes. Le travail des anthropologues d'Afrique du Sud contribua à la compréhension des facteurs qui touchent la santé et le bien-être des femmes à l'échelle locale, et ce, principalement dans les domaines de la fertilité, de la violence physique faite aux femmes et, récemment, du VIH-sida. D'importantes questions relatives à la santé génésique sont soulevées dans le cadre de la promotion de

la contraception et de la « planification des naissances ». Les observations anthropologiques se sont attardées à la valeur positive rattachée, dans la majeure partie de l'Afrique, à la fertilité des hommes et des femmes. Cette valeur s'est révélée un élément fortement dissuasif à l'endroit de la contraception, en particulier aux yeux des hommes conservateurs qui s'attendent à ce que les femmes portent de nombreux enfants qui grossiront la maisonnée et la filiation patrilinéaire. Des sentiments semblables sont suscités par la naissance des enfants hors mariage qui sont accueillis comme l'indication claire de la virilité du père et de la fertilité de la mère. Les dispensateurs de soins de santé, de même que les parents, ont exprimé d'importantes préoccupations à l'égard de l'augmentation du nombre d'adolescentes et de jeunes filles célibataires qui tombent enceintes, ce qui est courant dans communautés noires d'Afrique du Sud.

« Régulation » de la sexualité féminine et « re-création » des valeurs traditionnelles

Il existe une abondante littérature qui décrit la pression qu'un seul homme peut exercer sur ses partenaires sexuelles pour qu'elles acceptent d'avoir des rapports sexuels de pénétration, souvent non protégés, et, dans bien cas, sur les éventuelles épouses pour qu'elles prouvent leur fertilité avant de s'engager dans des négociations de mariage (Varga 1997). Bon nombre des premières ethnographies déjà citées soulignent le lien étroit entre les concepts culturels de santé, de fertilité et de bien-être en Afrique (Berglund 1976; Ngubane 1977). Ayant écrit un peu plus tard à ce sujet, Preston-Whyte et Zondi (1992) explorèrent les raisons pour lesquelles, malgré la relative facilité du recours aux contraceptifs, le taux de grossesses juvéniles demeure toujours élevé. Ils soulignèrent d'importants facteurs sociaux et structurels qui s'ajoutent aux « attentes culturelles » et qui prédisposent les jeunes femmes à emprunter cette direction. C'est non seulement la régulation des grossesses juvéniles, mais aussi celle de toute la sexualité des jeunes femmes qui est maintenant au centre d'une intense attention publique dans certains secteurs de la collectivité, que l'on soit profane ou chercheur. Ces raisons sont liées à l'ensemble des concepts ethnomédicaux présentés dans la dernière section et commentent la position relative au genre des femmes noires dans la société contemporaine d'Afrique du Sud. Nous nous y attardons en détail parce que ces raisons sont justifiées sur le plan émique par la « nécessité de limiter la propagation du VIH-sida » et par la renaissance de la « culture indigène » et des « manières traditionnelles africaines » de faire les choses. Avant d'élaborer davantage, il faut souligner que les fondements importants sur lesquels reposent les discussions à venir sur le genre furent établis à la fin des

années 1960 et au début des années 1970 par la recherche anthropologique de Ngubane auprès des Nyuswa-Zulu sur les concepts locaux de pollution rituelle associés à la naissance et à la mort (Ngubane 1977). Elle soulignait que les femmes nyuswas jouaient un rôle charnière dans la vie sociale, non seulement à titre de véhicule de naissance, mais à titre de chefs pleureuses lors des enterrements et des funérailles. C'est sur cette position centrale dans ces événements, ainsi que sur leurs menstruations, preuve continuelle de leur fertilité, que reposent leurs états réguliers de pollution et l'éventuel danger que cela représente pour les hommes. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, le prolongement de la lignée agnatique ainsi que le pouvoir et le prestige des hommes en tant que pères de nombreux enfants dépendent ultimement de la fertilité continuelle des femmes. Bien qu'ils n'apparaissent pas dans le discours général actuel sur les inégalités de genre, ces éléments tentent de concevoir ce puissant paradoxe comme la source des nombreuses restrictions qui pèsent sur les femmes vis-à-vis des hommes dans une société fortement patriarcale.

Établie près de trois générations après Ngubane, au cœur de l'épidémie croissante de VIH-sida au KwaZulu Natal, l'ethnographie de Leclerc-Madlala fait largement référence à un incessant contrôle fondé sur le genre et exercé dans la région à l'endroit des femmes. Elle attire aussi l'attention sur l'intensification et la « re-création » de ce qu'on appelle les « valeurs traditionnelles », en réponse aux craintes selon lesquelles ce seraient les femmes qui, selon ses informateurs, ne se « maîtriseraient plus » et qui seraient le fer de lance de la rapide propagation de l'épidémie du VIH-sida. On dit que cela met en danger non seulement les hommes à qui elles transmettent le VIH, mais, indirectement, le reste de la population. Selon l'auteure, ce raisonnement entraîna un appel au renouvellement des valeurs patriarcales, de l'autorité masculine et, en particulier, de la mainmise sur la sexualité des jeunes femmes célibataires. Elle établit le lien entre ce raisonnement et l'avalanche de cérémonies publiques tenues dans les zones urbaines et rurales, qui visent à effectuer des tests de « virginité » chez des jeunes filles. Ces événements prennent de nombreuses formes, allant du petit événement familial jusqu'aux vastes et longues cérémonies présidées par des groupes de gens reconnus pour effectuer les tests de virginité et qui se déplacent entre zones urbaines et zones rurales pour exercer leur métier. Ceux-ci soutiennent que les techniques qu'ils utilisent sont la réplique de pratiques courantes qui sont tombées en désuétude dans de nombreuses régions, mais qui doivent maintenant être utilisées pour lutter contre la propagation du VIH (Leclerc-Madlala 2001).

Les tests de virginité sont en voie de s'institutionnaliser. Ceux qui les réalisent sont élus et se regroupent. Les nouvelles recrues dans la « profession » sont entraînées aux procédures de vérification et à la tenue efficace de

dossiers. Les observateurs soulignent que, depuis le milieu des années 1960, les tests de virginité ont pris les allures d'un mouvement social concerté. Scorgie (2002) soutient que, du point de vue des filles visées, la popularité de ce mouvement est davantage liée aux réunions régulières qui s'ensuivent et aux activités officielles auxquelles les « diplômées » peuvent participer et qui leur donnent l'occasion de danser, de chanter et de socialiser loin du regard observateur et méfiant des parents. Dans les zones rurales, la vérification peut coïncider avec la renaissance d'autres cérémonies « traditionnelles » comme la danse annuelle des roseaux (*reed dance*) présidée par le roi dans sa capitale, ou celles qui ont lieu localement en l'honneur de la déité féminine, *Nomkhubulwana,* qui, selon les croyances, veille sur la fertilité agricole et humaine (Krige 1934). Tout aussi importants sont les liens qui furent tissés avec les services de la santé régionaux et nationaux qui sont conscients du potentiel de ce mouvement quant au soutien de leurs campagnes de prévention contre les relations sexuelles « à risque ». Les fonctionnaires et les représentants de ces ministères participent souvent aux plus grands événements et parlent publiquement en faveur des « valeurs traditionnelles » de la « pureté » de la jeunesse et de la chasteté avant le mariage, mais ils négligent souvent les autres mesures de protection comme l'utilisation du condom. Même dans le cas des jeunes filles qui ne sont plus vierges, l'option privilégiée est l'abstinence. C'est au sujet de la promotion de l'usage du condom que les promoteurs des « pratiques sexuelles sans danger », notamment de nombreuses ONG engagées dans la lutte contre le VIH-sida, font cavalier seul et qu'ils se dissocient de la rhétorique du mouvement entourant les tests de virginité.

En fait, les tests de virginité sont très controversés sur la scène publique locale et nationale, leurs détracteurs formulant leur opposition sur la base d'un discours sur les droits de la personne. Ils soutiennent que cette pratique enfreint la nouvelle Constitution d'Afrique du Sud et la Déclaration des droits qui enchâsse le droit des citoyens à la vie privée (parce que l'examen physique empiète sur la vie privée en ne respectant pas les parties intimes des filles qui sont examinées) et enfreint la dignité de même que l'intégrité physique et psychologique des filles qui font l'objet de la procédure de vérification. Dans le contexte de notre discussion, ce sont les conséquences de ces attaques fondées sur la discrimination de genre à l'endroit des femmes qui présentent de l'intérêt. Non seulement les tests de virginité visent les filles, mais ils leur remettent à elles seules la responsabilité d'éviter tout comportement sexuel à risque qui pourrait contribuer à la propagation du VIH. Par déduction, ils épargnent aux hommes l'attribution de tout blâme et les libèrent de tout compte à rendre. De plus, ils les mettent à l'abri de quelque pression que ce soit visant la modification ou la transformation de la nature de leur interaction avec les femmes[6]. Compte tenu de la prévalence

de la violence sexuelle à l'endroit des femmes, dont nous avons parlé précédemment, cela est doublement inacceptable. Il n'est pas étonnant que les tests de virginité aient soulevé la colère de la Commission sud-africaine sur l'égalité des sexes (Commission influente qui réussit à se faire entendre) et qu'ils aient aussi attiré l'attention de la Commission des droits de la personne (Scorgie 2002). En réponse à ces attaques, les supporteurs des tests de virginité soutiennent que cette procédure protège les « droits culturels », qui sont aussi enchâssés dans la Constitution. Mais ce sont là des débats qui se situent bien en dehors du domaine de l'anthropologie médicale, bien qu'ils soient d'un intérêt crucial pour la discipline dans son ensemble, et qui constituent bien sûr un exemple fascinant du type d'activisme que le terrain contesté de la renaissance culturelle peut engendrer en Afrique du Sud.

Depuis les tests de virginité jusqu'à l'éducation sexuelle?

Dans le contexte de la controverse que l'on vient de présenter, une tentative récente démontre la véracité de la critique selon laquelle les tests de virginité font reposer le fardeau de la protection contre le VIH sur les femmes. Au début de 2002, une demande fut formulée à l'endroit de l'organisme Turntable Trust, une ONG qui travaille dans l'une des régions rurales où le renouveau des tests de virginité et des célébrations en l'honneur de *Nomkhubulwana* est très fort. On lui demandait la permission de tenir ces événements sur sa propriété. En raison du débat public concernant les tests de virginité, Turntable Trust a cru qu'il était nécessaire de demander l'avis d'autres institutions œuvrant dans la région. Un groupe de travail provincial fut finalement mis sur pied pour délibérer de cette question. Lors de sa première rencontre, la définition du rôle attribué à ce groupe de travail déborda rapidement de la simple question à savoir s'il fallait ou non accorder la permission de tenir ce grand festival. À la suite de ses débats, le groupe formula ses recommandations concernant la manière dont la pratique des tests de virginité devrait être remaniée et transformée[7]. En résumé, on conclut que le festival de *Nomkhubulwana* et l'activité de contrôle allaient être précédés d'un programme d'éducation sexuelle organisé par une ONG locale et une équipe de travailleurs sociaux; ce programme visait autant les hommes que les femmes et l'obtention d'un certificat de participation serait la condition permettant de participer au reste du festival. L'ensemble de cet événement allait être ainsi transformé efficacement en une occasion de « promotion de la santé » et, en théorie, en un examen « volontaire » portant sur les MTS. L'objectif des examinateurs serait non pas de contrôler la virginité, mais bien la présence de MTS. Le groupe de travail soutint que l'éducation sexuelle et l'examen s'appliqueraient aux deux sexes, l'examen ne

serait pas discriminatoire à l'endroit des jeunes filles. Ces recommandations indiquent une reconnaissance de la forme adoptée par la continuité de la croyance et de la pratique, ainsi qu'un engagement à cet égard, dans une interface critique entre genre, soins de santé et protection contre le VIH-sida. Scorgie (2003) souligne que ce nouvel accent placé sur la santé et l'éducation sexuelle au lieu que sur la célébration de la chasteté féminine signalait une tentative de redéfinition du contrôle en lui-même dans les frontières d'un paradigme principalement scientifique, et plus précisément médical, le rendant ainsi plus acceptable aux yeux d'une plus grande partie de la population. Ce changement traduit aussi de façon concrète l'intention avouée de chercher des interventions en matière de VIH-sida qui « répondent » et qui correspondent à la pensée et à la pratique autochtones africaines. Il reste à voir quelle sera la collaboration de ceux qui réalisent les tests de virginité et du mouvement dans son ensemble, dans l'application des recommandations du groupe de travail; il reste à voir aussi quelle sera la réaction du public à l'endroit d'une stratégie fondée essentiellement sur le compromis.

LES FEMMES ET LA VIOLENCE FONDÉE SUR LE GENRE EN AFRIQUE DU SUD CONTEMPORAINE

Avant de laisser de côté le thème du genre et de la santé, il faut dire un mot au sujet du contexte plus vaste du lien entre le VIH et la violence fondée sur le genre. Ce sujet fait l'objet d'une vaste et grandissante littérature en sciences sociales à laquelle les anthropologues ont contribué (pour un résumé récent, voir Reid et Walker 2003). La violence, dont la majeure partie est dissimulée de la vue du public, s'infiltre dans de vastes sections de la société et, bien que les hommes en soient victimes autant que les femmes, ses manifestations à l'endroit des femmes sont invariablement soutenues par d'abondantes références aux droits « traditionnels » et culturels que les hommes détiennent à leur endroit, particulièrement leurs épouses, leurs partenaires sexuelles ou leurs enfants à charge. Par extension, les jeunes hommes s'attendent aujourd'hui à ce que les femmes acceptent d'avoir des rapports sexuels complets, souvent sans même recourir aux condoms et, si celles-ci refusent, ils ont recours, indignés, à la violence physique pour les forcer à accepter. Ce qui peut être défini comme un viol, notamment le viol des bébés, n'est en fait que la pointe de l'iceberg. D'innombrables témoignages personnels présentés par des femmes de toutes classes et de tous niveaux d'éducation attestent le fait qu'elles ne peuvent pas « dire non » par crainte de violence physique (Varga et Makubalo 1996). Pour exacerber la situation, les victimes et leurs familles sont réticentes à parler ouvertement de ces événements. Si elles le font, il se peut qu'elles se heurtent au refus des

policiers de mener une enquête et de poursuivre les auteurs de cette violence. Le silence et l'inaction sont particulièrement difficiles à percer lorsque les auteurs sont des membres de la famille proche ou étendue. La violence dans l'industrie de la sexualité est chose universelle, mais en Afrique, elle est souvent inhérente à une relation hors mariage à caractère sexuel qui existe de longue date, et de laquelle dépendent le soutien financier et la survie de nombreuses femmes (Hunter 2002; Preston-Whyte 2003; Varga 1997). Les incidences de cette situation sur les risques pour les hommes et les femmes de contracter le VIH sont claires, de même le sont les incidences éventuelles à long terme sur leur santé physique et psychologique.

La violence n'est qu'un des facteurs qui contribuent aux risques élevés de contraction du VIH chez les jeunes d'Afrique du Sud, et sur lesquels les anthropologues ne cessent d'attirer l'attention. La recherche menée par Varga, tout autant que son excellent recensement de la littérature concernant la prise de décision et la négociation sur le plan sexuel entre les jeunes femmes et les jeunes hommes, fait écho à l'importance du contexte local, et bien sûr situationnel et psychologique, entourant le comportement sexuel (Varga 1997). En raison du secret et du silence conservés autour de la sexualité, les techniques de recherche ethnographiques et les témoignages personnels sont particulièrement utiles pour percer la complexité des situations à risques et les « silences » qui entourent ce sujet (Reid et Walker 2003). Ces silences sont de grande importance, puisqu'ils s'immiscent dans les relations entre générations et qu'ils empêchent les discussions ouvertes entre parents et enfants sur la sexualité et les risques liés au VIH (Preston-Whyte 2003). Le silence et la honte sont les deux faces d'une même pièce. L'un des défis de l'anthropologie médicale en Afrique du Sud consiste à suivre la trace de Parker et Aggleton (2003) dans l'analyse des ramifications de la honte liée au VIH-sida dans ce pays, puisque cela fait aussi partie du contexte local de cette épidémie en Afrique du Sud.

QUE DIRE DES HOMMES?

Une autre étude ethnographique en cours, entreprise cette fois dans la région sud-africaine du Lowveld, présente certaines réponses à cette question (Stadler 2003a, 2003b) et discute des conséquences relatives aux constatations en matière d'intervention liées aux sida. Dans son premier article à ce sujet, Stadler tisse son analyse autour de nombreuses capsules documentaires narratives frappantes et suscitant la réflexion, fondées sur des études de cas détaillées. L'article s'ouvre sur la narration d'une discussion codée sur la cause de la mort d'une jeune femme dont les funérailles venaient d'avoir lieu et auxquelles lui-même et les participants à sa recherche

venaient d'assister. Stadler souligne dans une entrevue subséquente avec un de ses compagnons de funérailles que la femme décédée était décrite comme étant reconnue pour avoir de nombreux partenaires sexuels vers lesquels elle se tournait pour obtenir les « à-côtés » de la vie – le bon temps et les biens de prestige tels qu'un téléphone cellulaire. Il soutient que les hommes du Lowveld, ayant davantage accès que les femmes à des emplois rémunérés, sont souvent décrits comme « puissants », mais aussi comme d'incorrigibles « courailleux » qui prennent comme proie les jeunes femmes, dont un bon nombre d'entre elles sont forcées de dépendre de la sexualité pour leur survie. Les femmes ne sont toutefois pas toutes ce genre de victimes puisque, à leur tour, elles sont « belles » et exploitent facilement les hommes puissants pour obtenir les gâteries de la vie, dont le téléphone cellulaire ne constitue qu'un exemple. En cette période de sida, on dit toutefois de ces femmes qu'elles « achètent leur propre tombe ». Le thème, d'une part, de la vulnérabilité économique des femmes et, d'autre part, de leur désir de mener « la belle vie » a fait l'objet d'un nombre grandissant de textes anthropologiques portant sur le genre et le sida (Hunter 2002 ; Varga 1997). Selon l'argument de Stadler toutefois, ces stéréotypes du « courailleux » et de la femme « qui achète sa propre tombe » sont des descriptions morales qui fournissent des observations sur les pièges de la promiscuité sexuelle en cette époque de sida. Selon des descriptions différentes, mais coexistantes, les femmes sont décrites non seulement comme tellement « belles » que les hommes ne peuvent pas leur résister, mais aussi comme les victimes du concours de circonstances économiques et sociales de la vie qui continuent d'institutionnaliser leur subordination aux hommes et, dans le contexte du VIH, leur incapacité de « dire non » aux rapports sexuels non protégés. En fait, ces descriptions reflètent les réalités d'une épidémie hétérosexuelle dans une société toujours fortement patriarcale.

Le corollaire des idées de Stadler serait le développement de schèmes moraux différents à l'intention des hommes et des femmes, qui privilégient les moyens de protection contre l'infection et qui donnent aussi une image positive des gens sans stigmatiser ni blâmer les personnes séropositives et atteintes du sida. Selon Stadler, pour que ces campagnes connaissent un certain succès, elles doivent modifier les schèmes masculins, et peut-être de manière plus urgente que les schèmes féminins qui sont souvent la cible de la formation visant l'amélioration des moyens d'action. Ces deux transformations pourraient se produire d'elles-mêmes, puisque le nombre de décès continue d'augmenter, mais elles sont plus susceptibles de se produire en réponse aux campagnes accompagnant le traitement. Il y a là une ouverture possible pour l'anthropologie médicale qui pourrait influencer les programmes d'intervention en matière de VIH et le cours du déploiement imminent de la thérapeutique antirétroviral dans ce pays.

De récents travaux anthropologiques ont attiré l'attention sur un autre univers dans lequel les hommes peuvent avoir été, et peuvent toujours être, vulnérables à l'infection par le VIH. Il s'agit des hommes incarcérés et de ceux qui vivent dans les centres d'hébergement réservés aux hommes migrants. Les entrevues ethnographiques exhaustives et les séries de récits de travail provenant de travailleurs migrants à la retraite et colligés par Niehaus (2002) étayent les ramifications complexes et le contenu émotif, et non des moindres, de bon nombre de relations à long terme qui existent entre les hommes et leur « femme » de la mine. Ces relations sont publiques et, dans cette situation, sont acceptées comme faisant partie de la vie de mineur. Niehaus insiste sur le fait que les relations masculines au sein des complexes miniers ne doivent pas être assimilées au développement contemporain des identités gaies. Les premières sont une réaction à des circonstances de vie particulières dans lesquelles les hommes sont, chaque année, séparés de leur foyer, de leur femme et de leurs amantes pendant des mois. Elles reproduisent avant tout la forme domestique de ces relations rurales au sein de l'atmosphère stérile des complexes miniers. Les hommes, une fois rentrés à la maison, reviennent à leurs relations hétérosexuelles avec leurs épouses et d'autres femmes. S'ils étaient seulement à la recherche de sexualité, ils pouvaient en obtenir auprès des prostituées en dehors du complexe minier. En fait, la prostitution fut la principale source de MTS, et plus tard d'infection par le VIH, dans le cas des hommes migrants. Les relations entre « époux » masculins de la mine impliquaient toutefois de la sexualité, soit sous forme de pénétration anale ou, plus couramment, sous forme de « sexe entre les cuisses ». Ces relations représentaient une voie éventuelle vers l'infection par les MTS et, si elles étaient pratiquées de nos jours, pourraient entraîner des risques d'infection par le VIH.

La situation dans les prisons est plus actuelle et problématique parce que les relations sexuelles anales y sont répandues. Tout comme dans les centres d'hébergement, des relations de pouvoirs inégaux existent entre les hommes, et notamment entre les hommes plus jeunes et plus âgés et entre les détenus plus anciens et les nouveaux, qui ne sont pas en position de refuser les avances des détenus plus âgés et établis depuis longtemps. Certains furent, et sont toujours, victimes de viol collectif, qui tient lieu de forme d'initiation à la vie de prisonnier, devant laquelle les gardiens, s'ils l'apprennent, ferment tacitement les yeux, en acceptant les fausses explications des nouveaux venus intimidés. Ces pratiques reflètent l'exploitation et la violence exercées par les hommes à l'endroit des femmes dans l'univers des relations hétérosexuelles. L'utilisation du condom n'est pas gratifiée, et les mêmes mythes concernant la possibilité de « fissure » des condoms sont tout autant véhiculés dans ces situations que lors des rencontres hétérosexuelles. Alimentant la recherche de la satisfaction sexuelle dans les

institutions visant les personnes de même sexe, se trouve une croyance très répandue parmi les communautés noires d'Afrique du Sud. En effet, il serait nécessaire, pour la santé physiologique et mentale, que le sperme soit régulièrement expulsé du corps masculin. La pénétration anale rend les deux «partenaires» mâles aussi vulnérables l'un que l'autre à l'infection par le VIH et cela est souvent exacerbé par la croyance selon laquelle le VIH n'est pas transmis par la sexualité d'homme à homme. Puisque les détenus ne peuvent pas rendre visite aux prostituées, la solution de rechange de la masturbation pourrait constituer un recours afin de soulager l'urgent besoin, réel et imaginé, de sexualité. Paradoxalement, on dit que la masturbation causerait le sida. Écartant cette possibilité, Niehaus relate toutefois l'utilisation de condoms durant la masturbation.

L'ANTHROPOLOGIE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ EN GÉNÉRAL

Jusqu'à maintenant, nous avons surtout examiné les observations de la recherche et des méthodologies anthropologiques selon leurs aspects relativement distincts de la guérison et des croyances sur la santé, bien que ces aspects soient en fait – comme le soulignent les anthropologues – étroitement liés. Nous élargissons maintenant nos horizons pour nous pencher sur les observations de deux anthropologues médicaux du secteur de la santé publique avant et après la transition vers la démocratie.

Les insuffisances du système de santé public du régime de l'apartheid

Un domaine qui attira très tôt l'attention des anthropologues, et plus tard l'intérêt des sociologues et historiens médicaux, fut le système de santé publique d'Afrique du Sud. Dans les deux cas, cet intérêt était éclairé par une critique politique très nette à l'endroit du système lui-même. Dès les années 1930 et plus tard, Hellman (1936, 1948), Beemer (1939) et, plus tard, Krige (1934) attirèrent l'attention sur la dégradation de l'état nutritionnel et l'accroissement de la pauvreté d'une proportion de plus en plus grande de la population rurale et urbaine du pays. Mais ces auteurs ont quasiment été ignorés, puisque la situation se détériorait à vue d'œil en raison de l'imposition de l'apartheid. Dans un article destiné à un collectif sur les changements sociaux survenus à Keiskammhoek de 1950 à 1990, Segar (1997) décrit les conséquences de décennies de négligence des régions rurales, à la fois sur le plan de la prestation des soins de santé, et sur celui des systèmes d'assistance sociale et des dossiers cliniques. Pour

compléter sa tentative visant à rassembler les preuves disponibles, Segar présente trois études de cas, dont une assez détaillée, tirées de son travail de terrain mené vers la fin de la période visée par l'article. Ensemble, ces articles exposent les difficultés des pauvres de la région dans leur « quête de santé ». Collectivement, ils attirent l'attention, d'abord, sur la difficulté et les longues heures passées à se déplacer à partir de leurs résidences dispersées dans les vastes zones rurales afin de se rendre dans les cliniques et les hôpitaux de districts et, ensuite, sur les coûts relatifs liés à l'accès aux services médicaux, compte tenu de l'indigence découlant des faibles revenus familiaux. L'auteure souligne qu'en conséquence les participants à la recherche accordent une grande importance aux subventions de l'État. Un troisième point important et nouveau, pour l'époque, soulevé par Segar a trait à la confusion et au manque de compréhension vécu par les patients relativement à la médecine occidentale et aux dispensateurs de soins des services gouvernementaux. Ils préfèrent nettement les guérisseurs locaux, qui offrent un soutien psychologique, en plus des remèdes et des explications sur les causes de certaines afflictions (voir aussi Leclerc-Madlala 2002c ; Xaba 2002).

Congestionnement du système de santé de l'après-apartheid

À la suite de la transition vers la démocratie en Afrique du Sud, le système de santé subit une reconceptualisation phénoménale visant à accorder davantage de ressources aux soins de santé primaires et aux soins des patients. Des traitements spécialisés nécessitant l'hospitalisation ont lieu souvent dans des endroits différents et éloignés des premiers endroits visités pour le diagnostic initial, ce qui peut entraîner de longues périodes d'attente et des difficultés de transport avant d'être admis dans les hôpitaux qui offrent les soins secondaires et tertiaires. L'amplitude de la tâche qui consiste à remédier aux lacunes et aux inégalités de l'ancien système de santé, tout en mettant en place les systèmes nécessaires au fonctionnement efficace du nouveau système, est déconcertante. Un article récent de Gibson (2000) a recours, une fois de plus, à la méthode anthropologique de l'étude de cas pour saisir l'expérience concrète des patients, atteints cette fois de maladie chronique, qui vivent et parfois meurent dans une époque ressemblant à un saut dans le temps situé entre les circonstances gravement désavantagées de l'apartheid et les promesses de l'avenir. Le lieu de la recherche est la province du Cap et les services hospitaliers provinciaux du Cap, mais des expériences semblables furent relatées partout dans le pays. La citation qui se trouve en exergue de l'article de Gibson présente le tableau en racontant l'histoire d'un des informateurs qui compare une visite à l'hôpital à une sortie dans un de ces très répandus bars ou débits de boissons clandestins

(souvent désorganisés et tumultueux) qui attirent, partout au pays, une clientèle en quête de loisirs.

> « Dans ce nouveau système, il faut vous rendre à l'hôpital de jour. Ce n'est pas un hôpital : c'est un débit de boisson clandestin. Si vous vous y rendez parce que vous avez besoin d'aide, vous pouvez mourir sur place assis sur un banc. Plusieurs personnes sont mortes là en attendant qu'un médecin s'occupe d'elles. » [Traduction]
>
> Gibson 2000 : 515.

On peut palper dans ces propos la détresse et la frustration dont témoigne la documentation concernant les longues attentes subies par de nombreux patients pour une simple rencontre avec un travailleur de la santé, mais aussi pour de simples services apparemment banals, mais essentiels, comme le transport hospitalier entre les divers endroits qui offrent maintenant différents paliers de soins. À toutes les étapes, le système est congestionné et la pression accablante du nombre de patients ne peut être surmontée ni par des systèmes administratifs désuets ni par un personnel surchargé. Les patients bien nantis consultent les médecins privés qui exigent des frais de consultation, mais, pour la grande majorité, cela est inaccessible, en raison du legs de longue date de la pauvreté, du chômage et de la négligence des soins de santé. Dans les cinq cas présentés, le patient est mort en attente de soins, ou durant le transport entre deux établissements. La frustration des soignants était évidente lors des entrevues exhaustives menées auprès d'eux, tout comme la nature stressante des décisions ayant trait à la priorisation des soins pour certains patients, tout en sachant que d'autres mourront en raison de l'attente et du manque de lits dans les hôpitaux et autres installations de soins.

L'étude de Gibson s'est déroulée avant que le plein effet du sida se fasse sentir sur la région, et les cas présentés sont ceux de gens plus âgés qui ne sont pas aussi vulnérables que les jeunes à l'infection par le VIH. Ailleurs, l'effet cumulatif de l'épidémie de sida surcharge tant les installations physiques que le personnel du nouveau système de santé et ne peut qu'être accentué par le déploiement imminent de la thérapeutique antirétrovirale. Ces deux lacunes sont l'héritage du passé, et, à la lumière de la prochaine section, il est tentant de suggérer qu'elles auraient pu être atténuées si l'on tient compte des avertissements et de l'exemple montré par au moins une expérience précoce portant sur la prestation des soins de la santé qui fut éclairée par une perspective anthropologique holistique.

DE PHOLELA À JÉRUSALEM : UNE EXPÉRIENCE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La majeure partie de l'intérêt initial envers l'anthropologie dont fit preuve l'ordre médical établi fut déclenché par un désir de comprendre les réactions des patients noirs envers la médecine occidentale. À deux occasions, cet intérêt donna lieu à des projets de collaboration entre les anthropologues et les directeurs médicaux de projets de santé innovateurs. L'un de ces projets, le Pholela Health Centre et l'Institute of Family and Community Health (IFCH), à Durban, est entré dans les annales de l'histoire médicale d'Afrique du Sud et influença la conception du système de santé de l'après-apartheid. Tristement, on mit prématurément fin aux fruits de cette collaboration en raison du manque de volonté politique et à cause des querelles politiques internes (Marks 1997). Cela fut suivi de la décision du remarquable couple qui fit œuvre de pionnier dans l'« expérience de Pholela », les docteurs Sydney et Emily Kark, de quitter le pays au moment où le spectre de l'apartheid surgissait de plus en plus à l'horizon national (Leclerc-Madlala 2000).

Bien qu'elle ait déjà été mentionnée[8], cette histoire vaut la peine d'être répétée puisqu'elle démontre le potentiel de l'anthropologie pour ce qui est d'éclairer non seulement la pensée médicale, mais également les méthodes de recherche, l'analyse et la planification. Elle est aussi importante en raison de la contribution durable apportée, par le travail réalisé au Pholela Health Centre, aux pratiques de santé internationales. Lorsque les Kark quittèrent l'Afrique du Sud, ils transportèrent avec eux les leçons apprises dans le cadre de leur expérience en Afrique du Sud rurale et de l'IFCH, pour les transmettre d'abord à l'Université de Californie, à Chapel Hill, aux États-Unis, et par la suite, à l'Université hébraïque de Jérusalem, à Hadassa. Dans ces deux cas, ils furent accompagnés par un bon nombre de leurs collègues de la médecine et des soins infirmiers d'Afrique du Sud. Ensemble, ce groupe poursuivit le travail pour élaborer une nouvelle discipline en santé publique, maintenant connue sous le nom de soins primaires de santé axés sur la collectivité. En Afrique du Sud, l'héritage des Kark, quoiqu'il ait été délogé pendant l'époque de l'apartheid, fut réinstauré comme fondement du nouveau système de soins de santé primaire gouvernemental (Marks 1997).

Sydney et Emily Kark reçurent leur formation médicale au cours des années 1940 à l'Université de Witwatersrand dans la ville florissante de Johannesburg. Tous deux étaient, pour l'époque, exceptionnellement sensibles au sort des Noirs sud-africains (Kark 1949). À titre de membres de l'Institut sud-africain des relations raciales, qui fut l'un des forums publics permettant d'exprimer l'opposition aux inégalités grandissantes de

l'époque, ils ont rencontré Winifred Hoernlé, une anthropologue sociale membre du personnel de l'université. Hoernlé qui avait étudié sous la direction de Haddon et de Rivers, à Cambridge, était au courant des travaux de Durkheim, et elle était une amie intime de Radcliffe-Brown, qui était à cette époque professeur d'anthropologie à Cape Town (Carstens 1985 : xi-xxv). Elle leur fit connaître cette nouvelle discipline qu'était l'anthropologie sociale ainsi que son paradigme de recherche holistique. En 1939, Sydney Kark fut mandaté par le ministère de la Santé pour établir un projet pilote de planification et de prestation de soins dans le cadre d'un système de santé national efficace et efficient. Installés à Pholela, dans le district de Bulwer de la région rurale de Zululand, maintenant KwaZulu-Natal, les Kark se présentèrent rapidement aux dirigeants africains locaux ainsi qu'aux autorités du district en matière de santé. Ils ont aussi recruté du personnel africain de la région, pour travailler avec eux à la clinique.

Avec les membres du personnel, les Kark ont entrepris une exploration détaillée de la culture locale, accordant une attention significative aux systèmes de connaissances et de croyances liées à la santé. L'habitat, l'environnement social ainsi que l'écologie naturelle et humaine ne furent pas négligés et furent étudiés aussi assidûment que les caractéristiques génétiques prévalentes et les structures de la morbidité. Les services de santé offerts par l'État et les guérisseurs locaux furent explorés en détail, et les limites et inefficacités des premiers furent soulignées en vue de l'intervention ultérieure. Faisant preuve d'une mystérieuse prescience, Sydney Kark fit appel à la rubrique des « expériences entièrement partagées des membres de la communauté » (1998: 6) pour décrire les fondements de leur diagnostic relativement aux processus à l'origine de la santé et de la maladie à Pholela. Au cours des années qui suivirent, il devait utiliser un vocabulaire dès lors courant dans le discours anthropologique, pour décrire leur *mode opératoire.* Pour citer ses propos:

« Nous avons d'abord créé le concept et la pratique visant à combiner la médecine familiale et la médecine communautaire dans le cadre des soins primaires. Cela s'est produit grâce à l'expérience de la réalité découlant de notre *présence là-bas* » [Traduction] (Kark 1998: 6).

La méthode de recherche de Kark commença par le recensement communautaire, ou de tout un village, dans lequel on désigna les membres de chaque foyer et les relations entre eux. Des liens avec les données sur la santé et la migration, régulièrement mises à jour, ont ensuite été établis. Grâce au contact avec Hoernlé, le modèle théorique utilisé était fondamentalement de nature anthropologique et largement adapté à partir de l'anthropologie sociale britannique de l'époque. Plus tard, les Kark devaient ramener leurs données de recherche à Oxford pour qu'elles soient analysées à l'Institut d'anthropologie sociale, dirigé par Evans-Pritchard. Le fait

qu'ils étaient redevables aux perspectives de ce dernier, notamment en ce qui a trait à l'analyse de la magie et de la sorcellerie, devait se refléter dans les articles qu'eux et d'autres membres de l'équipe de Pholela rédigèrent en vue de la publication d'un ouvrage intitulé *The Practice of Social Medicine*, qui parut au début des années 1990[9]. Durant leur séjour à Oxford, ils travaillèrent à partir du matériel provenant de Pholela, dans le cadre des séminaires méthodologiques de Max Gluckman, en collaboration avec des collègues africanistes du calibre d'Elizabeth Colson, Clyde Mitchell, John Barnes et Laura Bohannan. Tout comme Hilda Kuper, tous devaient faire leur marque en anthropologie de l'Afrique. Pour citer Leclerc-Madlala :

« L'expérience d'Oxford doit avoir procuré aux Kark une formation supérieure en anthropologie. À leur retour en 1948, Emily et Sydney Kark pouvaient être considérés comme les premiers anthropologues professionnels d'Afrique du Sud à avoir été pleinement formés en anthropologie médicale » [Traduction] (2000 : 168).

La fin des années 1940, et plus encore le début des années 1950, ne fut guère une époque favorable, pour un couple doté d'une formation et de convictions politiques comme celles des Kark, pour la poursuite d'une carrière en Afrique du Sud, ce qui impliquait une collaboration étroite avec les communautés noires et au sein de celles-ci. Ce n'était pas non plus le temps de répandre un message d'intégration raciale et d'égalité des chances. Bien qu'ils aient déménagé pour mettre sur pied l'Institute of Family Medicine, à Durban, afin de former des travailleurs de la santé selon le modèle qu'ils avaient jusque-là perfectionné (Kark 1949), leurs jours en Afrique du Sud étaient comptés et ils partirent rapidement aux États-Unis. À Chapel Hill, ils ont toutefois continué à donner des conférences et à tirer les leçons de leurs expériences en Afrique du Sud. Ils ont également ouvert la voie à la nomination mixte du personnel en anthropologie et en épidémiologie, une pratique qui s'est poursuivie après leur départ pour Israël. À Hadassa, Sydney Kark devint le centre d'un groupe très engagé de professionnels de la santé qui se consacrèrent à une certaine forme de pratique en santé communautaire très différente de la médecine officielle, mais ayant été reconnue sur le plan international dans le cadre de la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (1978)[10]. Résumant l'influence et le legs des Kark, Leclerc-Madlala cite Trostle (1986 : 61), qui disait que Pholela fut, pendant la période où le couple Kark y travailla, la « scène de la plus importante expérience de collaboration du siècle entre anthropologie et épidémiologie » [Traduction] (2000 : 165).

Malgré une rupture d'environ cinq ans, l'esprit et la méthodologie, qui furent complètement nouveaux à Pholela, furent ressuscités en Afrique du Sud, après 1994, année où le Congrès national africain prit le pouvoir et réforma le système national de santé. Le ministre de la Santé d'alors, le

Dr Dlamini-Zuma, reconnut que les gouvernements étaient redevables à la vision karkienne en matière de soins de santé primaires, à titre de fer de lance du plan du nouveau gouvernement visant à offrir des soins de santé adéquats à tous les Sud-Africains (Marks 1997). L'Agincourt Health and Population Centre, à Bushbuckridge, fut fondé selon la même tradition (Tollman 1999). Dans ce cadre, les scientifiques médicaux et les anthropologues, ainsi que d'autres spécialistes des sciences sociales, travaillent ensemble à la recherche (Madhavan *et al.* (sous presse) ; Wolff *et al.* 2002) et à la promotion des soins de santé primaires. Hormis l'accélération des changements sociaux et économiques après la stagnation due à l'apartheid et le fardeau accru pesant sur les services de santé occasionné par un afflux de réfugiés venant de la frontière du Mozambique, bon nombre des conditions sociales auxquelles ils s'attaquèrent sont passablement les mêmes que celles précédemment décrites par Segar.

ÉPILOGUE

Le sort du centre de santé de Pholela et, par la suite, celui de l'Institute of Family and Community Health, qui repose sur les leçons apprises à Pholela, se reflète, dans une certaine mesure, dans l'histoire de l'anthropologie sud-africaine elle-même. Ayant vu le jour au cours de la période d'effervescence et d'exploration intellectuelles qui existaient au moment de la création de la discipline, à l'échelle internationale et en Afrique du Sud, dans les années 1920 et 1930, ces deux organismes furent brièvement florissants avant que l'apartheid ne devienne le régime reconnu d'Afrique du Sud au début des années 1950. Par la suite, comme nous l'avons vu, la plupart des zones rurales noires furent envahies par le sous-développement, ce qui instaura de piètres conditions de santé et institutionnalisa l'adoption de piètres dispositions en matière de santé. Dès 1962, Kark souligna la propagation rapide des MTS (Kark 1949) dans les régions rurales, contractées par les migrants dans les villes. Lui et de nombreux anthropologues qui, à cette époque, entraient dans le domaine mentionnèrent à plusieurs reprises qu'une crise de santé publique risquait d'émerger en raison de la pauvreté qui pesait sur la population noire majoritaire vivant dans les zones rurales et urbaines. Au cours des années 1950 et 1960, un nombre croissant d'anthropologues, parmi lesquels Ngubane (dont les travaux contribuèrent à la compréhension des concepts zulus relativement à la maladie et à la pollution) et d'autres anthropologues noirs, s'exilèrent tout comme l'avaient fait les Kark. La discipline de l'anthropologie fut gravement touchée par cet exode et par la stagnation de la recherche qui s'ensuivit pendant une vingtaine d'années, en particulier dans les milieux anglophones qui continuèrent de critiquer ouvertement le régime politique. Durant l'apartheid, les chercheurs blancs ne pouvaient entrer dans les zones réservées aux Noirs que s'ils possédaient un permis du gouvernement, documents qui étaient invariablement refusés à ceux qui critiquaient fortement la politique de l'État. Et même lorsque ce genre de permis était accordé, les demandeurs devaient se soumettre à l'embargo exercé sur la présentation des rapports, des mémoires et des publications jusqu'à ce que ceux-ci aient été examinés attentivement et qu'une autorisation de publication leur soit accordée par la direction bureaucratique compétente. L'ethnographie de la tradition malinowskienne du «être sur place» et vivre dans une communauté autre que son propre groupe ethnique était considérée avec d'immenses soupçons par l'État. En bref, l'Afrique du Sud de cette époque n'était pas un endroit où la recherche et les publications anthropologiques pouvaient prospérer, et l'anthropologie médicale en souffrit tout comme l'ensemble de la discipline. Compenser pour cette situation fut le lot des anthropologues sud-africains qui vivaient à l'étranger et des non-Sud-Africains qui obtinrent la permission de travailler au pays.

Peu d'entre eux, toutefois, travaillèrent directement dans le domaine médical, bien qu'un bon nombre, comme Sundkler et Berglund, y contribuèrent indirectement par le biais de leur étude de la religion et des systèmes de croyances.

La fin des années 1980 fut l'époque des changements politiques qui menèrent à la libération, au début des années 1990, qui fut suivie par un nouvel épanouissement de l'anthropologie, résultant de l'émergence d'une nouvelle génération d'anthropologues, parmi lesquels on compte un grand nombre d'universitaires noirs. Bien que peu de ces derniers entrèrent dans le domaine médical, l'éclosion de l'épidémie de VIH-sida attira un nombre croissant d'universitaires sud-africains dans ce domaine et, avec eux, un grand nombre d'anthropologues dont les travaux sont soulignés dans le présent article. Au début, à l'exception du travail de Leclerc-Madlala, la plupart des travaux de cette discipline qui furent liés à la santé furent le résultat de recherches ethnographiques générales, puisque le VIH et le sida avaient changé le paysage expérientiel et les horizons de la majorité de la population. La force de ce travail fut ses racines dans une ethnographie plus large et continue qui permettait au chercheur d'apprécier, et de présenter par la suite, une approche holistique des ravages de l'épidémie dans différents contextes locaux. Les projets interdisciplinaires entrepris avec des collègues médecins, bien qu'ils soient considérés comme importants et activement recherchés par les deux parties, en sont à leurs premiers balbutiements et sont interceptés par les difficultés brièvement décrites précédemment. Il s'est avéré plus facile pour les anthropologues locaux de travailler avec d'autres spécialistes en sciences sociales et, en effet, c'est dans le cadre de tribunes de sciences sociales générales que la plupart des recherches sur le VIH menées par les anthropologues sud-africains, et en particulier leurs observations ethnographiques, sont appréciées, comme en témoignent les nombreux articles anthropologiques publiés dans les collections provenant de ces conférences (James 2002; Leclerc-Madlala 2002c; Niehaus 2002; Scorgie 2002; Xaba 2002; Preston-Whyte 2003 Stadler 2003a). Les bailleurs de fonds internationaux pour la recherche et l'intervention en matière de VIH, ainsi que les épidémiologistes, témoignent de leur appréciation de la valeur des méthodes ethnographiques (Parker et Ehrhardt 2001), ce qui devrait stimuler et promouvoir davantage la recherche interdisciplinaire et en anthropologie médicale au pays. Il est toujours difficile de traverser les frontières, que celles-ci se trouvent entre les systèmes de croyances, les domaines intellectuels ou entre les périodes marquées par les différences quant aux besoins et aux crises en matière de santé publique. Dans cet article, nous avons examiné une vaste gamme de ces dépassements de frontière, et nous avons tenté d'inclure le désespoir et les signes d'espoir qui pèsent souvent sur les tentatives de les franchir. On a aussi fait état de la volonté de certains

individus d'aborder le changement et de dépasser ce qui ressemble souvent à des frontières lourdement gardées entre la médecine et l'anthropologie en Afrique du Sud. Il appartient à l'avenir de consolider ou de détruire ces fondations, telles qu'elles furent mises en place. L'épidémie de sida agit à titre de catalyseur sur ce point et procure un nouvel élan, quoiqu'il soit tragique, à l'anthropologie médicale et, bien sûr, à l'anthropologie en général, ce qui aidera à explorer et à élargir les frontières qui séparent cette dernière de l'anthropologie médicale et de la science médicale. Nous souhaitons que cela se poursuive, au fur et à mesure que le pays s'acheminera vers la prestation de traitements efficaces offerts à ceux qui souffrent du sida et que les cliniciens feront face aux défis de l'adoption adéquate des régimes de produits pharmaceutiques complexes.

Notes

1. *South African Joint Health and Treasury Task Team Report,* 2003.
2. Bien que ces éléments ne fassent pas l'objet de la présente discussion.
3. Ashton 1943; Hunter 1979; Krige 1934; Krige et Krige 1943; Kuper 1947; Ngubane 1977; Schapera 1934; Stayt 1931; *Traditional Health Practitioners Bill* [projet de loi sur les professionnels de la santé traditionnels[www.gov.za/gazette/bills/2003/b66-03.pdf] (dernière consultation, décembre 2004).
4. Krige 1934; Kark 1934; Hellman 1936; Murray 1981; Schapera 1934; Wilson 1954, 1956.
5. En raison des contraintes d'espace, le présent article ne mentionne pas tous les travaux sur l'Afrique du Sud ou dirigés par des Sud-Africains.
6. L'auteur est redevable à sa collègue anthropologue, D[r] Fiona Scorgie, pour ces observations. Ces dernières sont présentées plus en détail dans sa thèse de doctorat déposée à l'Université de Cambridge, voir *Mobilising "tradition" in the post-apartheid era : amasiko, AIDS and cultural rights in KwaZulu-Natal, South Africa'* (2003).
7. L'auteur est redevable au D[r] F. Scorgie pour ce qui est de ces renseignements et de la réflexion connexe sur ce processus, voir aussi Scorgie (2003).
8. Jeeves 2000; Kark S. et E. 1983, 1999; Leclerc-Madlala 2000; Marks 1997; Tollman 1991.
9. Numéro spécial (1993) de *Public Health Then and Now,* 83, 7:946-1050. De nombreux articles de ce numéro incluent des études ethnographiques présentées davantage à la manière de rapports anthropologiques afin d'enrichir les données quantitatives. La perspective comparative anthropologique est aussi utilisée dans la présentation des études de cas contrastantes tirées de la série de données provenant de Pholela. Une longue et éloquente étude de cas illustrant l'interaction complexe entre les patients et le centre de santé, la mission locale et les guérisseurs traditionnels fut fournie par Cassel, l'un des membres du personnel de Pholela, qui a par la suite rejoint les Kark, à Chapel Hill. Cette contribution évoque les complexités des diagnostics concurrents d'une série de symptômes communs et de la trajectoire tragique du patient pris au piège des diverses possibilités (Kark et Steuart 1992: 238-244). En plus de ce qui précède, Sydney Kark a rédigé lui-même un article clé de l'œuvre sur les conséquences sociales et en matière de santé de la migration professionnelle des hommes. Il présente, dans cet article, entre autres problèmes de santé, la relation entre les variations de la migration professionnelle et la dissémination des maladies transmises sexuellement contractées par les migrants des zones urbaines qui retournent partout dans les campagnes. Dans ses conclusions, il s'exprime également sur une des raisons fondamentales de la dissémination rapide du VIH, quelque 50 ans plus tard. Dans un autre article de cet ouvrage, l'anthropologue sud-africaine, Hilda Kuper, compare le point de vue des Indiens et des Africains d'Afrique du Sud sur l'éducation des enfants à Durban, ce qui atteste l'interaction continue des Kark avec l'anthropologie, même après leur départ de Pholela (Kark et Steuart 1962: 93-113).
10. Dans un hommage à Sydney Kark, à Jérusalem en 1986, le professeur Mervyn Susser indiquait que cette Déclaration était la véritable incarnation de principes karkiens fondamentaux de médecine holistique et sociale, lancés à Pholela.

Références

ASHTON E. H., 1943, *Medicine, Magic and Sorcery among the Southern Sotho.* Communications from the School of African Studies, University of Cape Town, New Series, N° 10, Cape Town.

ASHFORTH A., 2002, « An Epidemic of Witchcraft : the Implication of AIDS for the Post-Apartheid State », *African Studies,* 61, 1 : 121-143.

BARNETT T et A. WHITESIDE, 2002, *AIDS in the 21st Century : Disease and Globalisation.* Basingstoke, Palgrave.

BEEMER H., 1939, « Notes on the Diet of the Swazi in the Protectorate », *Bantu Studies,* 13 : 199-236.

BERGLUND A. I., 1976, *Zulu Thought-Patterns and Symbolism.* Cape Town, David Phillip.

BOONZAIER E. et J. SHARP (dir.), 1988, *South African Keywords : The Uses & Abuses of Political Concepts.* Freiburg, Universitlatsverlag.

BRYANT A. T., 1909, « Zulu Medicines and Medicine Man », *Annals Natal Museum,* 2 : 1-103.

CALLAWAY H., 1868-70, *The Religious System of the Amazulu.* Springvale, Natal/ Blair.

CAMPBELL C., 2003, *Letting Them Die : Why HIV/AIDS Intervention Programmes Fail.* Oxford, Internation African Institute.

CARSTENS P. (dir.), 1985, *The Social Organisaiton of the Nama and Other Essays by Winifred Hoernlé.* Johannesburg, Witwatersrand University Press.

CASALIS J-E., 1861, *The Basutos.* Londres, Nisbet.

COMAROFF J., 1985, *Body of Power, Spirit of Resistance.* Chicago, University of Chicago Press.

DE WAAL, A., 2003, « How Will HIV/AIDS Transform African Governance ? », [en ligne] [http://www.justiceafrica.org/aids_african_governance2.htm] (dernière consultation, décembre 2004).

EVANS-PRITCHARD E. E., 1937, *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande.* Oxford, Clarendon Press.

FRANKENBERG R. (dir.), 1992, *Time, Health and Medicine.* Londres, Sage Publications.

GIBSON D., 2000, « Negotiating the New Health Systems in Cape Town, South Africa : Five Case Studies of the Chronically Ill », *Medical Anthropology Quarterly,* 15, 4 : 515-532.

GLUCKMAN M., 1960, « Tribalism in Modern British Central Africa », *Cahiers d'Études Africaine,* 6 : 55-70.

HAMMOND-TOOKE W. D. (dir.), 1974, *The Bantu-Speaking People of Southern Africa.* Londres, Routledge & Kegan.

——, 1989, *Rituals and Medicine: Indigenous Healing in South Africa.* Johannesburg, AD Donker.

HELLMAN E., 1936, « Urban Native Food in Johannesburg », *Africa,* 9 : 77-90.

——, 1948, *Rooiyard: A Sociological Survey of an Urban Native Slum Yard.* Rhodes-Livingstone Papers N° 13. Cape Town, Oxford University Press.

HOBSBAWM E. et T. RANGER (dir.), 1984, *The Invention of Tradition.* Cambridge, Cambridge University Press.

HUNTER M., 1979, *Reaction to Conquest: Effects of Contact with Europeans on the Pondo of South Africa.* Cape Town, David Philip

——, 2002, « The Materiality of Everyday Sex: Thinking beyond "Prostitution" », *African Studies,* 61, 1 : 99-120.

JAMES D., 2002, « To Take the Information Down to the People : Lifeskills and HIV/AIDS peer Educators in the Durban Area », *African Studies,* 61, 1 : 169-192.

JEEVES A., 2000, « Health, Surveillance and Community : South Africa's Experiment with Medical Reform in the 1940s and 1950s », *South African Historical Journal,* 43 : 244-266.

JEWKES R. et K. WOOD, 1999, « Problematising Pollution : Dirty Wombs, Ritual Pollution and Pathological Processes », *Medical Anthropology,* 18 : 163-186.

JUNOD H. A., 1927, *The Life of a South African Tribe.* 2e édition, Londres, Macmillan.

KARK S. L., 1934, « The Economic Factor in the Health of the Bantu in South Africa », *The Leech,* September : 18-34.

——, 1949, « Social Pathology of Syphilis in Africans », *South African Medical Journal,* 23 : 77-84.

——, 1998, « Community Orientated Primary Health Care : A Review », *COPaCetic,* 5, 1 : 1-8.

KARK S.L. et E. KARK, 1983, « An Alternative Strategy in Community Health Care : Community-Oriented Primary Health Care », *Israel Journal of Medical Sciences,* 19 : 707-713.

——, 1999, *Promoting Community Health: from Pholela to Jerusalem.* Johannesburg, Witwatersrand University Press.

KIERNAN J. P., 1990, *The Production and Management of the Ttherapeutic Powers in Zionist Churches within a Zulu City.* New York, E. Mellen Press.

KLEINMAN A., 1995, *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine.* Berkeley, University of California Press.

KRIGE E. J., 1934, *The Social System of the Zulus.* Londres, Longmans.

KRIGE E. J. et J. D. KRIGE, 1943, *The Realm of a Rain Queen.* Londres, International African Institute.

KUPER H., 1947, *An African Aristocracy.* Londres, Oxford University Press.

LECLERC-MADLALA S., 2000, « Assessing Apartheid's Damages : The Broken Marriage of Anthropology and Epidemiology in South Africa », *African Anthropology*, 7, 2 : 137-157.

——, 2001, « Virginity Testing : Managing Sexuality in a Maturing HIV/AIDS Epidemic », *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 4 : 533-552.

——, 2002a, « On the Virgin Cleansing Myth : Gendered Bodies, AIDS and Ethnomedicine », *Journal of AIDS Research*, 1 : 87-95.

——, 2002b, « Youth, HIV/AIDS and the Importance of Sexual Culture and Context », *Social Dynamics*, 28, 1 : 20-41.

——, 2002c, « Traditional Healers and the Fight Against HIV/AIDS in South Africa » : 61-73, *in Bodies and Politics : Healing Rituals in the New South Africa*. Les Cahiers de l'IFAS (2).

MADHAVAN S., M. COLLINSON, N. TOWNSEND, K. KAHN et S. TOLLMAN (sous presse), « The Implications of Long-Term community Involvement for the Production and Circulation of Knowledge : A Case Study of the Agincourt Health and Population Programme », dans A. Carter et S. Watkins (dir.), *The Production and Circulation of Population Knowledge*. New York, Oxford University Press.

MARKS S., 1997, « South Africa's Early Experiment in Social Medicine : Its Pioneers and Politics », *American Journal of Public Health*, 87, 3 : 452-459.

MCCORD J. B. et J. S. DOUGLAS, 1946, *My patients were Zulus*. Londres, Muller.

MURRAY C., 1981, *Families Divided : The Impact of Migrant Labour in Lesotho*. Cambridge, Cambridge University Press.

NGUBANE H., 1977, *Body and Mind in Zulu Medicine*. Londres, London Academic Press.

NIEHAUS I. A., 1997, *Witches, Mysteries, Rumours, Dreams and Bones : Tensions in the Subjective Reality of Witchcraft in the Mpumalanga Lowveld, South Africa*. Johannesburg, University of the Witwatersrand, Institute for Advance Social Research.

——, 2002, « Renegotiating Masculinity in the South African Lowveld : Narratives of Male-to-Male Sex in Labour Compounds and Prisons », *African Studies*, 61, 1 : 77-120.

PARKER R. et P. AGGLETON, 2003, « HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination : a Conceptual Framework and Implications for Action », *Social Science and Medicine*, 57 : 13-24.

PARKER R et A. A. EHRHARDT, 2001, « Through an Ethnographic Lense : Ethnographic Methods, Comparative Analysis and HIV/AIDS Research », *AIDS and Behavior*, 5, 2 : 105-114.

PAUW B. A., 1960, *Religion in a Tswana Chiefdom*. Londres, Oxford University Press.

——, 1980, « Recent South African Anthropology », Annual *Review of Anthropology*, 9 : 325-331.

POSEL D., 2003, « *Getting the Nation Talking about Sex* » : *Reflections on the Politics of Sexuality and 'Nation-Building' in Post-Apartheid South Africa.* Communication présentée au séminaire « On the subject of Sex », le 25 février.

PRESTON-WHYTE E. M., 1995, « "Bring Us the Female Condom" : HIV Intervention, Gender and Political Empowerment in Two South African Communities », *Health Transition Review,* 5 : 209-222.

PRESTON-WHYTE E. M. et L. DALRYMPLE, 1996, « Participation and Action : Reflections on Community Based AIDS Intervention in South Africa » : 108-118, dans K. De Koning et M. Martin (dir.), *Participatory Research in Health : Issues and Experiences.* Londres, Zed Books.

PRESTON-WHYTE E. M. et M. ZONDI, 1992, « African Teenage Pregnancy : Whose Problem ? » : 226-246, dans S. Burman et E. M. Preston-Whyte (dir.), *Questionable Issue : Illegitimacy in South Africa.* Cape Town, Oxford University Press.

PRESTON-WHYTE E. M., 1999, « Reproductive Health and the Condom Dilemma : Identifying Situational Barriers to HIV Protection in South Africa » : 139 – 155, *in* J. C. Caldwell *et al.* (dir.), *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries.* Health Transition Centre, NCEPH, The Australian National University.

——, 2003, « Contexts of Vulnerability : Sex, Secrecy and HIV/AIDS », *African Journal of AIDS Research* , 2 (2) : 89-94.

REID G. et L. WALKER, 2003, « Secrecy, Stigma and HIV/AIDS : An Introduction », *African Journal of AIDS Research,* 2 (2) : 85-94.

SCHAPERA I., 1934, « Present – day life in the Native Reserves » : 39-62, dans I. Schapera (éd.), Western Civilisation and the Natives of South Africa : Studies in Culture Contact. Londres, Routledge.

SCORGIE F., 2002, « Virginity Testing and the Politics of Sexual Responsibility : Implications for AIDS Intervention », *African Studies,* 61, 1 : 55-75.

——, 2003, *Mobilising "Tradition" in the Post-Apartheid Era : Amasiko, AIDS and Cultural Rights in KwaZulu Natal, South Africa.* Thèse de doctorat, University of Cambridge.

SEGAR J., 1997, « The Poursuit of Health in a Keikammahoek Village » : 186-223, dans C. Wet et M. Whisson (dir.), *From Reserve to Region : Apartheid and Social Change in the Keikammahoek District of (former) Ciskei : 1950-1990.* Grahamstown, Institute for Social and Economic Research, Rhodes University.

STADLER J. J., 2003a, « The Young, the Rich, and the Beautiful : Secrecy, Suspicion and Discourses of AIDS in the Souh African Lowveld », *African Journal of AIDS Research,* 2, 2 : 127-140.

——, 2003b, « Rumor, Gossip and Blame : Implications for HIV/AIDS Prevention in the South African Lowveld », *AIDS Education and Prevention,* 15, 4 : 357-368.

STAYT H.A., 1931, *The BaVenda.* Londres, Oxford University Press.

SUNDKLER B. G. M., 1961, *Bantu Prophets in South Africa,* 2e édition. Londres, Oxford University Press.

TOLLMAN S. M., 1991, « Community Oriented Primary Care : Origins, Evolution, Applications », *Social Science and Medicine,* 32, 6 : 633-642

——, 1999, « The Agincourt Field Site : Evolution and Current Status », *South African Medical Journal,* 89, 8 : 853-858.

TROSTLE J., 1986, « Anthropology and Epidemiology in the Twentieth Century : A Selective History of Collaborative Projects and Theoretical Affinities. 1920-1970 » : 59-94, dans C. Janes (dir.), *Anthropology and Epidemiology.* Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.

VAN DER VLIET V., 2004, « South Africa Divided by AIDS : A Crisis of Leadership », 48-96, dans K. D. Kauffman et D. L. Lindauer (dir.), *AIDS and South Africa : The Social Expression of a Pandemic.* Great Britain, Palgrave Macmillan.

VARGA C., 1997, « Sexual Decision-Making and Negotiation in the Midst of AIDS : Youth in KwaZulu-Natal, South Africa », *Health Transition Review,* 7 : 13-40.

VARGA C. et L. MAKUBALO, 1996, « Sexual Non-Negotiation », *Agenda,* 28 : 31-38.

WEBB C. et J. B. WRIGHT (dir.), 1976), *The James Stuart Archive of Recorded Oral Evidence Relating to the History of the Zulu and Neighbouring Peoples.* Pietermaritzburg, University of Natal Press.

WEST M. E., 1979, *Social Anthropology in a Divided Society.* Inaugural lecture. University of Cape Town, South Africa.

WILLIAMS B. et C. CAMPBELL, 1996, *HIV/AIDS Management in South Africa : Priorities for the Mining Industry.* Johannesburg, ERU.

WILSON F., 1972, *Migrant Labour in South Africa.* Johannesburg, The South African Council of Churches/ SPRO-COS.

WILSON M., 1954, « Conditions in the Ciskei », *Race Relations Journal,* 21, 1 : 1-9.

WILSON M., 1956, « An Urban Community (East London) » : 191-198, dans UNESCO, *Social Implications of Industrialisation and Urbanisation in Africa South of the Sahara.* UNESCO.

WOLFF, B., M. A. COLLINSON et S. M. TOLLMAN, 2002, « Safer at Home ? Male Labour Migration and HIV Risk Behaviour in Rural South Africa », Working Paper of the Agincourt Health and Populaiton Unit. Johannesburg : University of the Witwatersrand.

XABA T., 2002, « The Transformation of Indigenous Medical Practices in South Africa (1985-2000) » : 23-39, dans *Bodies and Politics : Healing Rituals in the New South Africa.* Les Cahiers de l'IFAS (2).

CONCLUSION

Anthropologie médicale : pistes d'avenir

Margaret Lock

TRACER LES GÉNÉALOGIES

Ce serait une erreur, à mon avis, de parler de l'avenir de l'anthropologie médicale sans se pencher quelque peu sur son passé. Les sciences et les sciences sociales tracent toutes deux leur avenir sur les bases qu'elles ont jetées par le passé. Mais, contrairement au monde scientifique, les questions fondamentales des sciences sociales ne peuvent jamais trouver de réponses définitives et doivent être posées inlassablement sous d'innombrables formes d'une époque à une autre. La modernité, et plus récemment la mondialisation, a grandement transformé notre habileté à manipuler le monde naturel ainsi que nos modes de survie en groupes sociaux. Cette transformation découle en grande partie d'un effort soutenu visant à rationaliser la vie sociale et à mettre en application toutes sortes de nouvelles technologies, qu'il s'agisse de pratiques agricoles prônées par les multinationales ou de technologies du « soi ». Toutefois, les questions fondamentales auxquelles les scientifiques sociaux ont tenté de s'attaquer depuis plus d'un siècle maintenant demeurent les mêmes (à l'exception peut-être du postmodernisme), que ces questions concernent prioritairement les formes de représentations ou le changement social et que l'approche théorique adoptée soit structuraliste, matérialiste ou sémiotique. Le centre d'attention demeure inévitablement les relations entre les individus, l'ordre social et politique, les modes de production et le monde naturel. Dans une plus grande mesure que les autres scientifiques sociaux, les anthropologues se sont de plus intéressés aux expériences de vie des individus et, jusqu'à un certain point, à la subjectivité. L'anthropologie médicale s'intéresse, en effet, avant tout à la santé, à la maladie et au corps, mais son orientation est fondamentalement anthropologique et, à mon sens, au fur et à mesure que nous progressons dans un monde de plus en plus soumis à la technologie, ses observations critiques passées, présentes et futures sont d'une immense valeur pour la discipline dans son ensemble.

Dans sa revue de 1982, intitulée *The Anthropologies of Illness and Sickness*, destinée à la publication *Annual Review of Anthropology*, Allan Young soulignait l'explosion des publications consacrées à l'anthropologie médicale au cours des 10 années précédentes. Cette sous-discipline est maintenant nettement plus mûre qu'elle ne l'était il y a 20 ans. Dans ce même article, Young poursuivait en traçant la généalogie d'éminents anthropologues dont le travail est passé inaperçu, mais qui avaient pourtant contribué à fonder l'anthropologie médicale. Il n'est pas étonnant que Young ait mentionné que W. H. R. Rivers en fut l'un des pères fondateurs. De plus, il soutenait que E. E. Evans-Pritchard, Victor Turner et Melford Spiro, notamment, avaient régulièrement fait usage des cadres de travail analytiques dans lesquels les épisodes de détresse et de maladie furent conceptualisés comme des moyens de comprendre de plus vastes constellations de savoirs et de pratiques. En d'autres mots, en mettant en lumière les liens entre l'expérience corporelle et la société en général, ces chercheurs révélèrent des observations très pertinentes pour l'anthropologie dans son ensemble.

De nos jours, ces observations sont monnaies courantes chez les anthropologues médicaux mais, au début des années 1980, cela relevait plutôt d'une certaine inspiration pour la recherche à venir, et annonçait peut-être une entrée ultime de l'anthropologie médicale dans une zone de calme. Young soutint que l'une des fonctions cruciales de l'anthropologie médicale consistait non seulement à examiner les significations attribuées à la maladie, mais aussi à mettre en évidence la manière dont les relations sociétales produisent les formes et la distribution des caractéristiques de la maladie d'une société donnée. Young insista aussi, comme le fit Frankenberg (1980), sur le fait que les pratiques médicales sont les produits des idéologies et que l'examen des hypothèses acceptées telles quelles et imbriquées dans le savoir médical et la pratique médicale doit être incorporé au terrain de la recherche en anthropologie médicale. Ces questions portant sur les prétentions à la vérité, les relations de pouvoir et les inégalités liées à la santé, la maladie et la médecine furent mises de l'avant au cours de la même décennie que celle où les anthropologues féministes soulevèrent des questions parallèles dans un domaine qui chevauche celui-ci, et dans lequel les questions de genre et de reproduction étaient centrales (pour un résumé de cette recherche, voir Rapp 2001).

La revue de 1982 contenait un deuxième article pertinent, dont l'auteur Peter Worsley, affirmait que, « dans toute culture, le traitement des malades se déroule au sein d'un cadre de pensée métamédical » [Traduction] (Worsley 1982: 315). Cette affirmation relative à l'existence d'une philosophie déterminante qui guide les caractéristiques de base du savoir médical, de même que son organisation et sa pratique, a incité l'anthropologie médicale à élargir ses horizons. Worsley soutenait que les chercheurs ne

devraient pas se laisser séduire par l'idée de ne travailler que dans les établissements appartenant de toute évidence au « complexe des soins de santé », pas plus qu'ils ne devraient nécessairement commencer leurs enquêtes à partir de maladies « nommément désignées ». Ils devraient plutôt supposer que les taxonomies de la maladie sont des constructions culturelles (Worsley 1982 : 327).

Il est clair aujourd'hui que les anthropologues médicaux ne considèrent plus la biomédecine comme un monolithe, comme ce fut souvent le cas par le passé. De plus, une autre tendance évidente qui se dessina dans les premières publications d'anthropologie médicale, et qui consistait notamment à romancer et à essentialiser les institutions et les pratiques médicales des sociétés non occidentales, est depuis longtemps périmée. Aujourd'hui, l'anthropologie médicale est peut-être en mesure d'être mieux interprétée comme un discipline au sein de laquelle les aspects « biopolitiques » sont centraux. En outre, bon nombre de chercheurs supposent que ni le corps humain ni les sciences médicales ne doivent être considérés comme des boîtes noires, quasi intouchables sur le plan épistémologique, et inaccessibles aux enquêtes en sciences sociales. La remise en question rigoureuse de ces catégories « naturelles » de classification si souvent tenues pour acquises continue d'être le thème central d'une majorité de projets en anthropologie médicale. De plus, dépassant largement la construction sociale du savoir médical, les chercheurs examinent comment et pourquoi des représentations précises occupent une place dominante au cours de certaines époques, pour arriver à décoder l'hégémonie qu'elles exercent sur la vie de tous les jours. En anthropologie médicale contemporaine, l'influence de Michel Foucault saute aux yeux de même que celle, dans une moindre mesure, d'Antonio Gramsci, et plus récemment de Ian Hacking.

REPENSER LE CORPS

On pourrait supposer que, dans presque toute entreprise anthropologique, le corps prendrait inévitablement toute la place. Mais bizarrement, il est fréquent que celui-ci brille plutôt par son absence. Farquhar et Lock (sous presse) soutiennent que cette absence est due en grande partie à la manière dont le corps est habituellement conceptualisé :

> « Après la tradition des Lumières, le corps individuel, dont les sociétés sont, croit-on, composées, fut considéré en Occident comme une « entité biomécanique faite de chair, colligeant de l'expérience, détenant des droits, et faisant acte de communication. Notre bon sens attribue à ce corps des besoins fondamentaux et des caractéristiques de genres déterminées. Sur le plan du droit, cette entité a été considérée comme l'unique siège possible d'exercice de la responsabilité

> du citoyen en matière d'action et de choix. En sciences humaines, le corps a longtemps été considéré comme le siège d'une conscience originaire qui s'« exprime » en voix et en image. » [Traduction].

L'un des principaux effets de cette approche du corps a été commenté, il y a quelque temps, par le philosophe Russell Keat, qui soulignait qu'en sciences sociales et humaines, on avait passé beaucoup de temps à discuter des caractères distinctifs des êtres humains, tout en s'attachant en même temps à l'hypothèse de la non-spécificité du corps humain (Keat 1986: 24). Bien qu'actuellement on assiste à un apparent virage vers la matérialité, notamment dans le champ des études culturelles, qui s'intéresse à la chair et aux surfaces du corps, l'intériorité du corps demeure une « boîte noire » hermétique (selon la tournure des sociologues des sciences), un universel hypothétique essentiellement consigné au domaine des sciences biologiques. Selon le critique littéraire Terry Eagleton, ces nouveaux corps d'un grand chic intéressant les sciences culturelles illustreraient le sentiment de notre temps. Leur objectif principal, soutient-il, est aussi de décentrer « l'intellect errant que privilégient les philosophes et les autres pour qui... l'"esprit" est encore une notion sexy ». (Eagleton 1993: 7). Le fait de parler du corps et des surfaces du corps et d'écrire à ce sujet, c'est-à-dire au sujet de l'« extériorité sans profondeur » (Braidotti 1989: 154), constitue, il nous semble, une dernière manœuvre pour se débarrasser du fantôme dans la machine. De l'avis d'Eagleton, cette tendance risque de réduire la subjectivité elle-même à un simple mythe humaniste. Ce qui signifie, la confiner à devenir matière.

Bien sûr, bien avant que les études culturelles ne deviennent à la mode, Michel Foucault reconnut l'existence d'une tension essentielle entre le corps matériel et sa représentation, une tension qui constitue le point de départ de sa méthode généalogique, dans laquelle la reconnaissance de la fusion du pouvoir et du savoir occupe une place centrale. Toutefois, Foucault n'a jamais précisé clairement quelle était sa position quant à la malléabilité ou à l'intériorité de la matière corporelle. Sa position n'est pas une position d'universalisme. Ce qu'il nomme la « validité » de sa micro-physique du pouvoir se situe entre les institutions et les appareils du pouvoir et « les corps eux-mêmes dans leur matérialité et leurs forces » [Traduction] (Foucault 1979: 26). Mais la manière dont cela s'accomplit n'a jamais été élucidée.

Bruno Latour (1993), moins préoccupé par les relations de pouvoir que ne l'était Foucault, et s'intéressant profondément à l'épistémologie du savoir scientifique, nous rappelle que, avant le Siècle des lumières, la nature s'entendait en Europe d'une force morale animée et que ce n'est que grâce à la création des sciences biologiques que la nature est devenue un objet d'expérimentation scientifique. Au cours des époques classique et médiévale, dans certains cercles, il était déjà tout indiqué sur le plan

pratique de démembrer les corps humains. Avec l'arrivée de la modernité, la décontextualisation du corps humain afin d'en faciliter la manipulation est devenue routinière (Lock 2002 : 40). La question fut ainsi rendue essentiellement indépendante de l'ordre moral — « purifiée », selon les propos de Latour (1993 : 10) —, et nous continuons de vivre aujourd'hui avec ce dilemme.

Tout au long de l'époque moderne, la nature fut représentée comme la base inattaquable sur laquelle se trament les manèges culturels (bien qu'il y ait eu un temps où les behavioristes eurent leur époque bénie, les années d'après-guerre par exemple, où l'on accordait un rôle déterministe à la société). Toutefois, la nature n'est pas libre sur le plan épistémologique. Ses représentations, même à l'époque contemporaine, sont des catégories fondées sur l'aspect social. La frontière nature/culture est sans cesse contestée, et on fait appel à la nature pour accomplir un « travail » politique et moral. En d'autres mots, la nature peut être utilisée, et elle l'est, pour formuler un commentaire chargé de valeur sur la vie sociale. Ces activités relèvent de l'imaginaire — les orthodoxies fréquentes de l'imagination —, comme bien des chapitres de ce livre le montrent. Le décodage de ce genre de discours est essentiel pour l'anthropologie médicale contemporaine, et il continuera d'en être ainsi dans un avenir prévisible.

Il est maintenant largement admis, notamment par de nombreux scientifiques (voir, par exemple, Rose 1997), que la représentation de l'ordre naturel est un construit social, mais relativement peu de commentateurs, à l'exception de Judith Butler, sont prêts à aller plus loin et à ouvrir la boîte noire afin de remettre en question l'universalisme associé à la biologie. Cette dernière a élaboré la construction sociale de la matière, et plus particulièrement, un argument pour la reconnaissance de la différence biologique des genres, qui constitue le point de départ de la majeure partie de ses recherches. Elle critique l'hypothèse selon laquelle « une culture ou un agencement du social se conforme à une nature, présupposée elle-même comme une surface passive » (Butler 1993 : 4). Butler soutient que le concept de nature a une histoire, et que la « représentation de la nature comme une page blanche et inerte, tel qu'elle serait, comme ce fut le cas, déjà morte pour toujours est décidément moderne, liée peut-être à l'émergence des moyens techniques de domination » [Traduction] (Butler 1993 : 4).

La psychiatre Laurence Kirmayer, dans une veine quelque peu différente, soutient que le « corps insiste sur la signification » et parle de la reconnaissance de la manière dont le corps se « présente » en « substance et en action » et non pas simplement comme un outil pour la réflexion et l'imagination (1992).

Kirmayer insiste sur le fait que l'expérience subjective ne doit pas être conceptualisée simplement comme une réaction intériorisée au discours et

aux pratiques externes du corps. Ce dernier n'est pas passif, mais il contribue activement à la production de l'expérience individuelle, ainsi qu'au discours et à la pratique partagés par toute la société.

En résumé, si les questions susmentionnées doivent être étudiées et élaborées par les anthropologues médicaux au cours du XXIe siècle, il est impératif non seulement que le concept de culture soit décodé, un processus qui est déjà bien amorcé par l'anthropologie en général, mais aussi que notre attitude à l'égard de la biologie et des technologies qui nous permettent de nous représenter cette science et de la manipuler soit soumise à une révision.

REPENSER LA CULTURE

Clifford Geertz a écrit que la tâche de « connaître les autres » est une entreprise bien délicate de nos jours (1995 a). En raison de l'escalade de la mondialisation, les frontières se dissolvent, et les limites établies pour se différentier des autres, bien qu'elles soient justifiées sur les plans politique, économique ou culturel, deviennent de moins en moins significatives. De même, le fait de désigner des individus comme faisant partie d'une culture déterminée, caractérisée, en vertu de laquelle on peut supposer que certains comportements peuvent être prédits, ne constitue pas un exercice valide. Dans ces circonstances, on peut se demander s'il est possible d'écrire avec une certaine assurance au sujet de la culture en tant que représentation de la variation entre les connaissances, la pratique et les technologies médicales dans divers lieux géographiques.

Dans son livre, intitulé *The Fate of Culture,* Sherry Ortner (1999) cite Geertz dans la défense de son concept révisé de culture :

> « Tout le monde, partout et en tout temps, semble vivre dans un monde baigné de sens, être le produit de ce que le chercheur indonésien, Taufik Abdullah, a élégamment appelé une histoire de notion-formation... on peut ignorer ces faits, les obscurcir, ou les prononcer mollement. Mais ils ne disparaissent pas pour autant. Quelles que soient les infirmités du concept de "culture" ("cultures", "formes culturelles"...), on ne peut rien y faire que de persister malgré leur présence. » [Traduction] Geertz 1995 b : 43

Ortner est d'accord avec Geertz sur le fait que nous ne devons pas renoncer à la « culture », mais d'autres auteurs ayant contribué à son livre sont moins optimistes. Tant George Marcus (1999) que Lila Abu-Lughod (1999), par exemple, bien qu'ils ne soient pas prêts à abandonner entièrement le concept de culture, comme certains anthropologues le feraient, se préoccupent grandement de l'idée selon laquelle la culture est quelque

chose qui est extériorisé dans un lieu délimité. Ils sont fortement engagés dans le décodage de la culture, afin que l'on puisse prêter l'attention aux discontinuités, aux flux d'information mondiaux, aux identités hybrides et au changement social massif et continuel.

La situation se complique toutefois puisque les nouveaux nationalismes s'articulent eux-mêmes, plus souvent qu'autrement, autour de l'idée d'une histoire et d'une culture communes au sein d'un groupe donné — ce type de mouvement caractérise à nouveau le concept de culture créé anthropologiquement, au moment même où les anthropologues expriment des doutes fondamentaux concernant sa mauvaise application. Par ailleurs, bon nombre de gens ayant déjà pris part à une recherche anthropologique se plaignent aujourd'hui d'avoir été « traités comme des spécimens de différence culturelle et d'altérité » (Ortner 1999 : 8).

La position d'Ortner est la suivante : au lieu d'abandonner le concept de culture, il est impératif de le reconfigurer de manière à le rendre utile lorsqu'il est appliqué à un monde transformé et au paysage changeant des possibilités théoriques. À tout le moins, suggère Ortner, la culture de l'ethnographe doit se manifester et s'imprégner d'exotisme, d'abord, pour diminuer la production de descriptions sans complaisance de l'altérité et, ensuite, pour mettre en lumière les hypothèses non examinées et les préjugés de la part de l'ethnographe. Le processus actif de fabrication de sens doit devenir le centre de l'attention, caractérisé par un intérêt particulier pour les conséquences des situations de pouvoir et les inégalités instaurées de longue date. Ortner soutient qu'il n'est plus valide de s'appuyer sur un concept statique de système culturel, d'autant plus qu'une analyse culturelle ne peut constituer un but en soi — mais doit être contextualisée dans l'histoire, la politique et l'économie.

Depuis plus de 10 ans, cette position est adoptée par un grand nombre d'anthropologues médicaux, et ce, avant même la publication de l'article d'Ortner pour certains, et plus récemment pour d'autres, si l'on songe par exemple à Briggs et Mantini-Briggs 2003 ; Cohen 1998 ; Farquhar 2002 ; Inhorn 2003 ; Lock 1993 ; Rapp 1999 ; Scheper-Hughes 1992 ; Young 1995. Tout bien considéré, il est clair que le défi des anthropologues médicaux, qui consiste à décentrer et à historiciser le savoir biomédical, a forcé l'examen critique des catégories naturelles établies et a veillé à ce que ces chercheurs soient parmi les premiers à repenser le concept culturel de manière productive.

À partir d'ici, le présent essai traitera du pluralisme médical, de la coproduction de la biologie et de la culture et des technologies de manipulation de la vie. Ces sphères de recherche montrent clairement certaines des nouvelles directions vers lesquelles l'anthropologie médicale s'oriente, tout en illustrant du même coup comment nos idées sur la culture, la biologie et

la technologie subissent d'importantes reformulations, en grande partie sur la base de découvertes empiriques, la majorité d'entre elles ayant été produites par suite de recherches ethnographiques poussées. Au même moment, il est clair que les continuités demeurent nettement présentes, puisqu'on n'a pas cessé de les observer tout au long des années de formation en anthropologie médicale.

PLURALISME MÉDICAL, NATIONALISME, MONDIALISATION ET TRANSFERT DE LA TECHNOLOGIE

C'est Charles Leslie qui, le premier, a utilisé le concept de pluralisme médical. Il fut capable de démontrer en quoi les tentatives visant à revitaliser l'« authentique » tradition ayurvédique étaient liées de près au nationalisme et constituaient en grande partie une réaction aux menaces attribuées aux forces de modernisation et, par conséquent, d'« occidentalisation » qui s'exerçaient tant l'intérieur et qu'à l'extérieur de l'Inde (Leslie 1973). Diverses variations de cette tension persistent toujours de nos jours et ont été de plus en plus documentées par les anthropologues médicaux au cours des dernières années.

La majorité des anthropologues médicaux prennent maintenant soin d'abolir entièrement la dichotomie du « traditionnel » et du « moderne ». Ils sont aussi sensibles à la manière dont l'étude des pratiques médicales érige inévitablement des frontières rigides d'exclusion et d'inclusion, si l'on admet l'existence d'un « système » ou d'une « tradition » pouvant être clairement démarqués. Par exemple, Ferzacca (2002) souligne que le gouvernement indonésien s'est servi de l'engagement dans le *pembangunan* (développement) comme d'un appareil idéologique pour gouverner la vie quotidienne de ses citoyens. D'un autre côté, on chante les louanges des valeurs « traditionnelles », qualifiées d'essentielles à la vision de l'État concernant une modernisation unique et réfléchie. La modernité envisagée pour l'Indonésie (de même que par d'autres pays) se tourne vers le passé pour y trouver quelque chose de récupérable — quelque chose que l'on ressent présentement comme une perte — mais dans le souci d'assurer un meilleur avenir (Adams 2002). Un autre exemple est tiré des travaux de Stacy Pigg, qui soutient que la prévention du sida n'est bien accueillie par l'État du Népal que lorsqu'elle est présentée sous forme de mise en garde contre les maladies de manière à renforcer la conduite qu'il « convient » d'adopter au sein de hiérarchies sociales traditionnelles. Les efforts de prévention deviennent une menace à l'identité morale de l'État, si la « santé sexuelle » est abordée de manière plus large et plus ouverte (Pigg 2002).

Écrivant au sujet des Senoi Temiar, en Malaisie, Marina Roseman examine comment la guérison par le rituel non seulement compose avec la détresse des individus, mais atténue aussi les effets du colonialisme et du postcolonialisme subis par l'ensemble des Temiars (Roseman 2002). Au cours de l'époque récente, les Temiars ont subi une modification de leur mode de vie semi-nomade, en symbiose avec la forêt tropicale humide, pour adopter le sédentarisme, un mode de vie restreint fondé sur une économie de marché étrangère. Roseman analyse la manière dont les rituels de guérison sont employés comme moyens thérapeutiques pour affronter les changements culturels traumatiques découlant de l'avènement de la déforestation, de l'évangélisme religieux islamique et de la transformation économique. Le rituel devient un moyen de rétablir l'intégrité culturelle et de résoudre de nouveaux types de maladies ou d'âmes perdues associées au bouleversement et à la dislocation.

Semblable aux recherches de Nichter sur la maladie de la forêt de Kyasanur (1992) et à celles d'Adelson sur le concept de bien-être chez les Cris (2000), l'approche de Roseman prend la forme d'une analyse politico-écologique qui va au-delà du simple examen de l'incidence de l'économie politique sur l'environnement physique. Ce qui est en jeu, c'est l'ensemble de la cosmologie et du sentiment d'identité des Temiars, qui découle de leur relation avec cette cosmologie. Ce type de recherche montre comment l'anthropologie environnementale et l'anthropologie médicale sont, dans un certain sens, inséparables. De plus, il indique la voie de futures collaborations entre écologistes, anthropologues et décideurs jouant un rôle critique dans la mise sur pied selon l'approche descendante de projets de développement qui entraînent d'énormes changements sociaux et environnementaux.

L'un des efforts les plus exhaustifs accomplis jusqu'à ce jour pour documenter l'apparition du pluralisme médical postmoderne a donné lieu à une collection révisée sous la direction de Laurent Pordié (sous presse). Dans cet ouvrage, la transformation que subit la médecine tibétaine est examinée à partir de différents points de vue, notamment les pratiques de normalisation et de banalisation et le virage vers le néotraditionalisme. La pratique de la médecine tibétaine est examinée simultanément à divers endroits : Tibet, Inde, Népal, Ladakh, Mongolie, Chine, Royaume-Uni, ainsi que du point de vue des guérisseurs, des patients, des touristes et de divers représentants gouvernementaux. L'avenir de la recherche repose essentiellement sur l'étude de formes pluralistes de pratiques médicales par le biais d'un travail ethnographique collaboratif sur des terrains multiples. Une tentative qui laisse croire que l'ère du chercheur solitaire et pionnier sera rapidement reléguée aux oubliettes, bien que la nécessité de connaître en profondeur le milieu précis de la recherche et de contextualiser ses résultats demeure essentielle pour l'anthropologie médicale.

LE PLURALISME ET LA VIE SOCIALE DES ARTÉFACTS

Il a été maintes fois démontré que les artéfacts, notamment les technologies biomédicales, peuvent être introduits avec succès dans divers lieux géographiques sans que soit adopté simultanément l'usage initial qui y est associé (Lock et Kaufert 1998; Van Der Geest et Reynolds Whyte 1988). Des significations et des relations sociales nouvelles se confondent à ses artéfacts transportés, peu importe la direction de leur voyage[1]. Cela n'est pas un argument en faveur de l'autonomie des artéfacts (ni en l'occurrence de l'autonomie de la culture), mais bien en faveur de leur hétérogénéité inhérente à titre d'objets sociaux. Par contre, certains artéfacts ou technologies, notamment s'ils représentent une menace pour des valeurs bien enracinées, sont activement rejetés ou, après moult tentatives pour les adopter, échouent à prendre racine ou à dépasser les limites d'un usage strictement restreint. Parmi les meilleurs exemples documentés de dissonance culturelle en lien avec le transfert biotechnologique, plusieurs ont trait aux technologies contraceptives et reproductives, ainsi qu'à la prévention du sida (Bledsoe 2002; Nguyen 2005; Ginsburg et Rapp 1995; Greenhalgh 1994; Inhorn 2003; Lock et Kaufert 1998).

Les recherches en cours menées par des anthropologues médicaux portent surtout sur la mise en application des technologies — leur création, leur transfert et leur application — ainsi que sur la manière dont ces processus sont influencés par la relation entre la médecine autochtone et la biomédecine, la politique et l'économie locales, les intérêts nationaux, les valeurs dominantes de même que l'influence perçue des nouvelles technologies sur les individus, les collectivités et les sociétés en général. L'approche ethnographique est indispensable à l'efficacité de la recherche portant sur la vie sociale des artéfacts tout comme elle l'est pour l'étude du pluralisme médical en général. Ce processus doit être bidirectionnel, c'est-à-dire comporter l'examen, et non pas la simple importation, des technologies bioscientifiques, mais aussi celui du mouvement mondial multidirectionnel des médecines indigènes et des technologies locales. Ce type de recherche révèle clairement le contexte métamédical dans lequel toutes sortes de technologies sont mobilisées et mises en application. Les thèmes d'un des champs de recherche les plus urgents sont la distribution mondiale des organismes transgéniques en agriculture, la réification des sources alimentaires par les multinationales, le brevetage du matériel végétal et la création de lignées cellulaires à partir de matériel génétique humain, animal et végétal. Un autre secteur qui exige de procéder à une enquête rigoureuse et approfondie est la réification planétaire des organes et des tissus humains, qui ouvre la voie à l'exploitation massive des peuples marginalisés, ce qui n'aura pour conséquence que l'élargissement du fossé des inégalités (Cohen 2001; Scheper-Hughes 2001).

BIOLOGIES LOCALES

L'anthropologie médicale a longtemps été considérée comme une spécialité permettant de transcender la dichotomie nature-culture imbriquée dans la pensée moderniste. Pour ma part, il m'a fallu réviser ma propre position sur la relation entre la culture et la biologie et défendre la reconnaissance de la coproduction du matériel et des représentations concernant celui-ci, au moment de rédiger un rapport de recherche ethnographique et un rapport de recherche-sondage sur le vieillissement et la transition ménopausique chez la femme. Avant d'aborder ce domaine dans les années 1980, j'avais présupposé qu'il était possible de rendre compte des différences subjectives dans la description de l'expérience de la ménopause et de la manière dont cette transition était représentée au Japon, par la formulation d'un concept de culture sophistiqué tel que celui susmentionné. Mais en fait, mon approche s'est révélée complètement inadéquate. Je vais d'abord résumer les constatations de la recherche, puis expliquer pourquoi j'estime que les anthropologues médicaux ne devraient plus faire abstraction des différences biologiques.

Le vieillissement, et ses coûts éventuels pour les systèmes de soins de santé, revêt de nos jours un immense intérêt politique, et cela explique en grande partie pourquoi la ménopause et ses incidences possibles sur la santé des femmes vieillissantes suscitent d'énormes préoccupations qui dépassent largement les milieux médicaux et la vie des femmes elles-mêmes. Les connaissances médicales sur la ménopause proviennent en grande partie de la description des symptômes et du vécu d'un faible échantillonnage de femmes en situation clinique, dont la majorité vit en Europe ou en Amérique du Nord. La majeure partie de ces femmes ont été amenées à consulter leur médecin en raison de troubles physiques ou émotifs, et bon nombre d'entre elles avaient subi une hystérectomie. Par conséquent, les connaissances médicales au sujet de la ménopause sont produites et diffusées sans tenir compte de l'expérience vécue par la majorité des femmes ; elles sont donc faussées (Lock 1993).

Malgré ces lacunes, les organismes professionnels de gynécologie aux États-Unis, au Canada, en Australie, dans la plupart des pays d'Europe et ailleurs formulèrent, du moins jusqu'à tout récemment, des recommandations générales selon lesquelles presque toutes les femmes, une fois passée la ménopause, devraient avoir recours à un traitement hormonal substitutif (THS) jusqu'à la fin de leur vie. En réalité, ces recommandations fixent la norme, pour toutes les femmes, à celle d'un corps dans la jeune trentaine. De plus, elles sont conçues pour faire échec à ce que l'on considère comme les conséquences à long terme de la « carence œstrogénique », notamment le risque accru de cardiopathies, d'ostéoporose, voire d'accidents

cérébrovasculaires et de maladie d'Alzheimer. Mais ces recommandations ne tiennent pas du tout compte des variations considérables de l'incidence de ces maladies parmi les diverses populations et groupes socio-économiques de femmes, ni des changements iatrogènes que subissent de nombreuses femmes sous THS. À la lumière des résultats de deux importantes études cliniques menées aux États-Unis, qui montrent que les risques associés à l'utilisation à long terme du THS sont plus grands que ses bienfaits, ces recommandations ont récemment été retirées, ce qui a entraîné une grande incertitude et une remise en question de la part d'un bon nombre de femmes et de cliniciens.

Afin de contrebalancer la sagesse médicale établie concernant la ménopause, une recherche-sondage comparative fut menée au milieu des années 1980, auprès de plus de 1 300 femmes au Canada, près de 8 000, aux États-Unis, et plus de 1 300 au Japon, toutes âgées entre 45 et 55 ans inclusivement, et provenant toutes de la population générale. Les résultats de cette recherche suggèrent fortement que la transition ménopausique ne constitue pas une période difficile pour la majorité des femmes (Avis et McKinlay 1991 ; Kaufert *et al.* 1992 ; Lock 1993). Mais le fait le plus important pour la présente argumentation est que les femmes japonaises qui vivent le *kônenki* (terme généralement traduit par ménopause) font état de relativement peu des symptômes « classiques » de la ménopause, notamment bouffées congestives et sueurs nocturnes. Des entrevues ouvertes exhaustives menées auprès d'une centaine de femmes m'ont permis de conclure que cette différence n'avait rien à voir avec le manque de volonté à coopérer avec les chercheurs, ni avec la timidité des femmes en ce qui a trait à la description de leurs symptômes (comme le supposent souvent les auditoires médicaux). Le fait qu'il n'existe en japonais aucun signifiant clair et non ambigu pour désigner exclusivement les bouffées congestives chez les femmes d'âge moyen ne semble pas constituer non plus un obstacle. En effet, le peu de femmes qui ont fait état de bouffées congestives (12,5 %) en parlent en termes très clairs, ce qui laisse croire que la différence entre le Japon et l'Amérique du Nord est quantitative et non pas qualitative, et qu'elle est statistiquement significative.

Les médecins japonais traitent tous les jours des patientes d'âge moyen dont les symptômes et les expériences diffèrent remarquablement de ce qui est considéré comme les signes « normaux » dans les textes médicaux d'Europe ou d'Amérique du Nord (Lock 1993). Lorsque j'ai mené cette recherche, presque aucun médecin n'a mentionné les bouffées congestives parmi les symptômes « normaux ». Après avoir assisté à des conférences et avoir lu les comptes rendus des rencontres de l'International Menopause Society, ainsi que la documentation provenant d'autres sources, quelques-uns de ces médecins en sont venus à croire que la faible description des

symptômes était due, au Japon, au fait que les femmes japonaises ne sont tout simplement pas « suffisamment » à l'écoute de leur corps. Toutefois, la majorité des médecins préfèrent avancer l'hypothèse selon laquelle une différence biologique suffisamment marquée — découlant peut-être de l'environnement, de l'alimentation ou des facteurs génétiques — entraînerait une différence significative dans l'expérience subjective liée à la période de fin des menstruations entre de nombreuses femmes japonaises (mais pas toutes) et les femmes nord-américaines. À la lumière des résultats de ma recherche, je suis d'accord avec ces médecins, et je conclus que ces expériences intrinsèques ont un effet sur la production du discours médical et populaire (mais *sans* le déterminer) concernant le phénomène de *kônenki* au Japon.

Les récits japonais sur la fin des menstruations semblent bizarres aux oreilles de la plupart des Nord-Américains et des Européens parce que l'accent est mis surtout sur des symptômes de rigidité des épaules, d'étourdissements et autres symptômes non spécifiques. Ces récits tentent d'orientaliser ce discours et de l'écarter, le qualifiant d'anormal. Le danger, bien sûr, consiste à considérer le corps euro-américain blanc comme l'étalon-or. L'autre danger est que le modèle médical universel de la ménopause s'en tire indemne. Les descriptions recueillies dans le cadre de recherches menées à Hong Kong, à Singapour, à Taiwan, en Chine, en Corée, aux Philippines, en Thaïlande, en Malaisie et en Indonésie révèlent toutes une faible incidence de bouffées congestives et de sueurs nocturnes (voir Lock et Kaufert 2001, pour plus de détails). Une partie de cette recherche souffre de faiblesses méthodologiques, mais la cohérence relative de ces résultats est néanmoins significative. Dans une étude exhaustive menée au Yucatán (1989), Beyene n'a recensé aucune description des symptômes « typiques » de la ménopause.

En somme, ces données laissent fortement croire qu'il n'est pas approprié de conceptualiser la fin des menstruations comme une transformation biologique invariable modifiée uniquement par la culture. Pas plus qu'on ne doit supposer que les femmes ménopausées sont toutes également susceptibles de cardiopathies, d'ostéoporose et autres maladies chroniques à déclenchement tardif. Pour chaque femme, la coproduction de la biologie et de la culture contribue tant à l'expérience intrinsèque qu'à la représentation de celle-ci. Là où la culture et les attributs biologiques communs sont largement répandus au sein d'un groupe de personnes, l'expérience intrinsèque sera, par conséquent, raisonnablement similaire pour la plupart des individus.

Afin d'élaborer une théorie à partir des constatations ci-dessus, j'ai créé le concept de « biologies locales » (Lock 1993). En utilisant ce concept, je n'entends pas suggérer l'idée selon laquelle les catégories biologiques sont un construit historique et culturel (bien qu'en effet cela soit le cas)

ni que ce concept indique une différence biologique mesurable entre les populations humaines, mais plutôt le fait que les biologies locales éclairent en partie l'expérience incarnée — c'est-à-dire l'expérience des sensations physiques, notamment celle du bien-être, de la santé, de la maladie et ainsi de suite —, et qu'elles impliquent en réalité le corps matériel, mais que ce corps dépend lui-même de facteurs évolutifs, environnementaux et autres.

L'incarnation de l'expérience physique dépend aussi de la manière dont nous nous représentons notre propre corps et dont les autres se le représentent à partir des catégories locales de connaissances et d'expérience. Si l'on veut considérer cette incarnation du point de vue social, on doit inévitablement tenir compte de l'histoire, de la politique, de la langue et des connaissances locales, notamment le savoir scientifique dans la mesure où il est disponible. Cela signifie en pratique que le savoir concernant la biologie est éclairé par la composante sociale et que cette dernière est en retour éclairée par la réalité de la matérialité. En d'autres mots, les savoirs biologique et social sont coproduits et dialectiquement reproduits, et le lieu principal où cet engagement prend place est le corps socialisé, marqué par l'expérience subjective. Par conséquent, le corps matériel ne peut constituer une boîte noire, que l'on suppose universelle, couverte de multiples couches de vestiges socioculturels. Le matériel et le social sont tous deux contingents — tous deux locaux.

L'incarnation de la coproduction de biologies et de culture locales est, par définition, intériorisée et individualisée. Dans la mesure où chaque humain est unique sur le plan de la génétique et de l'expérience de vie, cette réalisation est personnelle. À un autre niveau d'abstraction, la majeure partie des expériences incarnées sont communes à tous — douleur, réponse immunologique à l'infection, modifications biologiques causées par le vieillissement (bien que ce dernier exemple, bien sûr, tributaire du sexe) et ainsi de suite. Mais même les plus fondamentaux de ces éléments biologiques sont soumis à la contingence, comme de nombreuses études l'ont montré (voir, par exemple, Good M-J *et al.* 1992 ; Lock *et al.* 2005 ; Worthman 1995). Cette contingence est tributaire des facteurs biologiques individuels et, bien sûr, du langage et du contexte linguistique, politique environnemental et social dans lesquels vivent les individus. Cependant, certains types d'expériences incarnées sont relativement communs à différents groupes, notamment parce qu'ils ont en commun l'environnement, l'histoire, la langue, les comportements et les valeurs. Il existe aussi d'autres facteurs contributifs : les attributs biologiques communs à une grande proportion d'individus vivant dans une proximité immédiate et qui, pour une grande part, partagent un même ancêtre biologique.

La migration continuelle qui remonte jusqu'à la préhistoire, et qui est accélérée aujourd'hui par la mondialisation, fait en sorte que les personnes

partageant les mêmes attributs biologiques sont largement dispersées. Néanmoins, jusqu'à la fin du siècle dernier, hormis ceux qui vivaient à proximité des principales routes traditionnelles d'échanges commerciaux, la majorité de gens avaient tendance à passer toute leur existence à faible distance de leur lieu de naissance. Les attributs biologiques sont utilisés par les généticiens des populations et autres scientifiques pour répartir les individus dans des populations qui, bien sûr, ne coïncident pas avec les groupes ethniques ou les communautés auto-définies. Toutefois le simple fait que les scientifiques s'intéressent à documenter les caractéristiques d'inclusion et d'exclusion fondées sur les attributs biologiques – par le biais autrefois des taxinomies anatomiques, des groupes sanguins, etc., et de nos jours au moyen de l'échantillonage d'ADN – a rendu la tâche relativement facile à ceux qui cherchaient, en recourant à un discours empreint de préjugés, à sortir de leur contexte les typologies toujours provisoires de la biologie des populations et à les apparier aux groupements sociaux afin de reproduire et de naturaliser une rhétorique raciste. Certains généticiens des populations et anthropologues en biologie ont en fait encouragé ce type d'appariement (parfois par inadvertance), comme le montre clairement les critiques continues formulées par les anthropologues à l'endroit du *Projet sur la diversité du génome humain* maintenant aboli (Marks 1995 ; Lock 1999).

Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que de nombreux scientifiques sociaux aient prononcé l'anathème contre la reconnaissance de la différence biologique, et par conséquent des biologies locales, mais, compte tenu de la vitesse à laquelle la nouvelle génétique révèle la complexité de la différence biologique, et l'importance de celle-ci pour la santé, il serait particulièrement malavisé de s'acharner à ignorer ces découvertes. On doit de toute urgence faire échec, indépendamment des atures éléments, aux déclarations outrageuses de certains généticiens, diffusées de manière disproportionnellement fréquente dans les médias, concernant la nouvelle génétique vue comme la source d'une vie meilleure pour nous tous (Lock, Prest et Lloyd : à paraître).

Il va sans dire qu'il n'y a pas de relation simple entre les biologies locales et les sociétés, les États-nations, l'ethnicité, les communautés ou même les familles, néanmoins, la subjectivité intrinsèque est sculptée, jusqu'à un certain point, par la contingence des biologies locales, qui sont peut-être bien partiellement communes aux groupes de personnes vivant à proximité les unes des autres. Ces attributs biologiques pourraient bien avoir la possibilité de contribuer à la création d'un discours puissant, voire hégémonique, en lien avec la santé, la souffrance, la maladie et les transitions du cycle de vie au sein du public et des professionnels de la médecine. Lorsqu'on examine les résultats des recherches comparatives entre le Japon et l'Amérique du Nord, concernant la ménopause, ce genre de discours hégémonique semble

opérer, et je me suis sentie interpellée pour créer le concept de biologies locales afin d'interpréter les résultats de recherche (Lock 1993). En outre, ce concept doit être bien sûr appliqué également à tous les endroits visés par l'enquête, y compris l'Europe et l'Amérique du Nord. En me fondant sur ce type de concept, mon souhait était d'empêcher que l'on considère les données japonaises comme exotiques et, du même coup, de remettre en question l'hégémonie du modèle médical dominant apparenté à la maladie, en ce qui concerne la fin des menstruations.

En somme, les différences entre les biologies locales esquissent en partie le portrait de la construction culturelle de la ménopause, et de sa médicalisation, sans toutefois la déterminer. Il ne fait aucun doute que les déterminismes biologiques et génétiques doivent être rejetés définitivement. Mais il est aussi nécessaire de rejeter les arguments, tout aussi déterministes, de la construction sociale et culturelle du corps et des pratiques médicales qui y sont liées, dans lesquelles le corps matériel est considéré comme une boîte noire. Les prétentions à la vérité au sujet du corps exigent une contextualisation et une évaluation critique, mais l'entière ignorance de la réalité de la biologie et de son interdépendance avec l'histoire et la culture est extrêmement rétrograde.

Au chapitre de la recherche actuelle qui porte sur ces épineuses questions, soulignons le travail de Briggs et Mantini-Briggs 2003; Bledsoe 2002; Fulwiley 2004; Nguyen 2005; Montana sous presse.

APRÈS LA NATURE : LES BIOTECHNOLOGIES ET LA RÉINVENTION DE LA NORME

Au fil des ans, l'anthropologie médicale a joué un rôle prépondérant dans la formulation de commentaires critiques sur la médicalisation et, plus récemment, sur la généticisation. Hormis quelques exceptions notables, la majeure partie de ce type de recherche porte surtout sur la pratique clinique, les groupes de soutien et, à l'occasion, la dynamique familiale. La position initiale adoptée par la majorité des chercheurs, et qui consiste à affirmer que la médicalisation constitue une menace pour l'autonomie individuelle, a graduellement été modifiée, en particulier à la lumière des découvertes empiriques faites par les anthropologues médicaux, qui ont montré que bon nombre de personnes recherchaient activement une aide médicale dans l'espoir que leur souffrance puisse être expliquée par un diagnostic médical et dès lors traitée ou du moins gérée efficacement, dans le cas des transitions liées aux cycles de la vie. De plus, par suite de la médicalisation, les gens se voient souvent libérés de la responsabilité personnelle de leur état de santé,

et souvent du stigmate qui y est associé (voir Lock 2004, pour un résumé de la littérature).

Le monde de la génomique, qui connaît un essor prodigieux, constitue un nouveau domaine d'intérêt connexe pour les anthropologues médicaux. D'autres technologies biomédicales nouvelles et en expansion entraînent la création de projets de recherche stimulants dans lesquels le discours scientifique fondamental et la politique en matière de technologies biomédicales doivent faire partie intégrante de l'analyse. En outre, le nouveau discours bioéthique concernant ces nouvelles technologies exige une attention critique de la part des anthropologues médicaux. La portée et la profondeur de la manipulation du monde matériel exercée par l'humain au cours du XXI[e] siècle, ainsi que ses ramifications éventuelles – techniques, culturelles, économiques et politiques – sont énormes. L'investigation de ces changements par les scientifiques sociaux est significativement différente de la teneur du discours bioéthique à leur sujet.

Tandis que la bioéthique part souvent de l'hypothèse selon laquelle on peut déduire le bien ou le mal, le bon ou le mauvais ainsi que les coûts et les avantages des technologies biomédicales en appliquant à la situation des principes moraux sortis de leur contexte, les scientifiques sociaux, en particulier les anthropologues, demeurent plutôt terre-à-terre et examinent non seulement le discours contradictoire, mais aussi les pratiques réelles et leurs effets dans un contexte donné. Il n'est pas étonnant que l'accent soit mis par les scientifiques sociaux sur les prétentions contradictoires à la vérité, sur la légitimation politisée du discours dominant et, fréquemment, sur la suppression active du discours le moins soutenu. En ce qui a trait aux OGM et à la génomique, cela témoigne d'une hésitation à appliquer le « principe de précaution » (voir Nestle 2003). Les anthropologues médicaux commencent à examiner les conséquences locales et mondiales de l'application de ces nouvelles technologies (Bibeau 2004; Franklin et Lock 2003; Fulwiley 2004; Rapp 2003). Mais avant tout, les anthropologues examinent les défis que posent ces technologies relativement à ce qui a été accepté comme démarcations inattaquables entre nature et culture et, par conséquent, la nécessité de repenser ce qui maintenant sera considéré comme la « norme », ou encore d'examiner ce que « normal » pourrait en venir à signifier, par suite de l'existence de technologies d'amélioration de toutes sortes.

Comme dans toute anthropologie digne de ce nom, le jugement moral est mis en veilleuse en faveur de l'analyse des positions et des activités déclarées des protagonistes. Bien sûr, il ne s'agit pas de défendre un relativisme culturel incontesté, ni de suggérer que les préoccupations concernant l'orientation vers laquelle pourraient nous mener certaines technologies, si elles étaient librement appliquées, ne sont pas valables. Mais il est clair que les conséquences morales des résultats qu'entraîneront ces moyens

technologiques ne peuvent être clairement perçues à l'avance ni séparément de la production du savoir concret et de ses applications pratiques. L'un des plus grands défis du scientifique social consiste à reconnaître que tout le savoir lié à la génomique, et à bien d'autres technologies biomédicales, sont des connaissances en devenir; il est provisoire, instable et toujours susceptible d'être révisé ou abandonné. De plus, les « faits » des sciences fondamentales, sortis de leur contexte, ne peuvent être que d'une utilité limitée, sinon d'aucune, pour la pratique clinique, ou pour toute application dans quelque contexte que ce soit en dehors de l'environnement contrôlé d'un laboratoire.

L'un des problèmes est qu'on ne connaît pas les effets à long terme de nombreuses techniques biomédicales sur les individus, les familles, la société, les générations futures ni même le monde naturel – qu'il s'agisse de l'application répétée de techniques de reproduction, de thérapie génétique (encore au stade expérimental), de modification de la lignée germinale (actuellement interdite mais soupçonnée d'être réalisée dans des laboratoires expérimentaux) ou de la consommation d'aliments transgéniques à un rythme régulier, pour ne donner que quelques exemples. La recommandation officielle de l'usage à grande échelle du traitement hormonal substitutif, qui a dû être infirmée, constitue un bon exemple de mise en garde à ce chapitre.

Deuxièmement, le savoir découlant des sciences fondamentales est instable; il est aussi sujet à moult interprétations contradictoires. Par exemple, les estimations des risques de contracter une maladie donnée peuvent être calculées pour les personnes porteuses des gènes associés à cette maladie. Mais ces estimations sont constamment susceptibles d'être révisées à la lumière des nouvelles découvertes de la génomique. Selon cette science, en effet, seuls quelques cas limités de mutation génétique suivraient le modèle d'hérédité mendélien et détermineraient effectivement la maladie. De la conception jusqu'à la mort, l'action de presque tout l'ensemble de nos gènes est modifiée profondément par les interactions entre les gènes, les protéines qu'ils produisent et, surtout, l'environnement. Le gène ne peut plus être conçu comme la pierre d'assise de la vie. En pratique, le gène est devenu, en effet, de moins en moins prévisible. Entre temps, des grossesses désirées ont été interrompues et d'autres niveaux d'anxiété ont fait souffrir certaines familles, au nom de l'information génétique. Les gens ne sont pas informés du fait que le savoir découlant de la génomique est provisoire, instable et sert en fait souvent à la désinformation. De plus, il y a toujours le problème de l'adaptation à des cas individuels de l'estimation des risques concernant quoi que ce soit. Il y a une question fondamentale qui exigera davantage d'attention, à savoir pourquoi, dans notre société contemporaine, sommes-nous si nombreux à sembler croire que nous pourrons mieux

maîtriser notre vie grâce aux prédictions sur l'avenir de notre santé, fondées sur notre séquence d'ADN. Ces estimations probabilistes des risques ressemblent de près à des formes plus classiques de divination.

Les possibilités de la recherche anthropologique dans ce domaine sont vastes, mais la plupart des recherches peuvent être menées efficacement en l'absence de connaissances approfondies du discours scientifique pertinent, des politiques, de la pratique scientifique et de l'influence du secteur privé sur la recherche contemporaine. La meilleure des recherches ne se limitera pas à l'examen des effets de la généticisation sur les individus et les familles, mais elle se penchera aussi sur la manière dont ces technologies et le discours qui l'accompagne nous promettent l'avènement de ce que nous croyons actuellement être la « bonne » société.

Dès 1992, Marilyn Strathern a cartographié les conséquences des nouvelles technologies reproductives sur ce qui est censé être le domaine « naturel » de la parenté. Cette recherche impliquait, entre autres, la documentation de la vaste utilisation réfléchie du concept de « choix » en lien avec la procréation – ce que Strathern a appelé la « mise en entreprise de la parenté ». Plus récemment, dans le cadre de recherches en cours, Paul Rabinow procède à une enquête sur le grand nombre de nouvelles technologies liées à l'ADN, en fondant son approche sur le concept d'« assemblage » – dans le sillage de Foucault, il s'attache principalement à démontrer comment les prétentions à la vérité au sujet de la « vie », et de la manipulation de celle-ci, sont actuellement soutenues par un discours qui repose sur le savoir créé grâce aux techniques biomédicales innovatrices et dont la majeure partie est provisoire (1992 ; 1996 ;1999).

Charis Thompson, dans ses travaux sur les changements ontologiques qu'entraînent ce qu'elle appelle « le mode de (re)production biotech » sous le signe du « capital de promesses », nous donne une petite idée de l'orientation que pourraient prendre certaines recherches à venir en anthropologie médicale. Selon Thompson :

> « Le mode de (re)production biotech comporte déjà son propre système caractéristique d'échange et de valeur, ses propres notions des dimensions actuellement admises du temps et de l'espace, ses propres normes épistémiques, ses formes de politique hégémonique ainsi que ses propres hiérarchies et définitions des biens et services marchands et de l'identité individuelle. » [Traduction] (Thompson 2000 : 5)

De même, les travaux du philosophe Hans Jorg Rheinberger placent au premier plan les changements survenus à notre époque dans la manière dont les nouvelles biotechnologies modifient la compréhension de la vie elle-même :

> « L'arrivée des technologies d'ADN recombinant a entraîné un changement radical. L'essor des techniques génétiques repose sur la perspective d'une représentation intercellulaire de projets extracellulaires – la possibilité de "réécrire" la vie. [Traduction] (Rheinberger 2000 : 19)

Cependant, inciter la perspective anthropologique à s'intéresser à la biotechnologie suppose bien plus que la simple formulation d'affirmations au sujet de la modification des significations rattachées à la nature et à la culture, ou l'identification des changements dans la manière dont le biologique est réellement constitué pour être utilisé comme technologie (les vecteurs viraux pour la thérapie génique ; les suspensions de lignées cellulaires ; les organes humains pour la transplantation). L'apparition des technologies qui ont la possibilité de transformer totalement la « normalité » exige une attention ethnographique soutenue quant aux conséquences qu'elles auront sur la société en général. Selon Franklin et Lock :

> « L'analyse culturelle des formes de représentation visuelles, textuelles, discursives et nationales du corps exige qu'on s'attarde de près non seulement à l'incarnation, mais aussi à la biologie en tant que siège de la production du savoir, de litiges moraux et de valeur économique. À ce titre, il s'agit d'un espace de spectacle esthétique, de narration héroïque et d'avenir imaginé. Situer la convergence entre ces nouvelles formations culturelles et la négociation de leur application dans la vie de tous les jours constitue le défi particulier de ces nouveaux terrains où les ethnographies des mondes contemporains de la biologie sont cartographiées. » [Traduction] (2003 : 22)

L'AVENIR

D'abord, il ne faut pas oublier nos pères fondateurs et autres théoriciens dont le travail a plus que résisté au passage du temps : E.E. Evans Pritchard, Max Weber, Pierre Bourdieu, Michel Foucault, Georges Canguilhem et les autres.

Il est évident que l'anthropologie médicale avant-gardiste doit continuer à témoigner des inégalités, de la discrimination et, par-dessus tout, de la violation des droits de la personne et de la violence que doivent subir un si grand nombre de gens dans leur vie quotidienne. Nous devons insister sur le fait que nos résultats, qu'il s'agisse du traitement réservé aux femmes et aux enfants, de la manipulation politique du savoir médical ou des pratiques de certaines ONG (Nguyen 2005 ; Pandolfi 2002), méritent l'attention des milieux politiques, des multinationales et des décideurs, ce qui constitue, certes, un défi de taille. Comme Slavoj Zizek l'a récemment souligné au sujet d'Abu Ghraib, en Iraq, c'est avant tout les « impondérables certains » qui doivent être mis en lumière, le « savoir qui ne soupçonne pas sa propre

existence », le savoir que nous prétendons ignorer (2004 : 19). Dans ces conditions, l'injustice et les atrocités humaines sont laissées à l'état sauvage.

En outre, il incombe aux anthropologues médicaux de faire échec aux arguments que certains décideurs et bioéthiciens commencent à formuler en faveur de l'idée d'une solution technologique destinée aux pays en voie de développement – que cette technologie prenne la forme des OGM, des techniques de reproduction ou de toute autre technologie nouvelle, telle que la puce génétique – alors que nous ne disposons encore d'aucun moyen de remédier aux problèmes d'hygiène de base, d'alimentation et d'eau potable. Il est évident que la technologie a sa place – la vaccination est indispensable, tout comme les médicaments contre le VIH-sida et autre maladies mortelles, ainsi que les OGM, à certaines conditions encore inconnues – mais les preuves flagrantes accumulées au fil de nombreuses années de recherche ne peuvent pas être ignorées : la pauvreté est la principale cause de maladie et le plus grand assassin ; et la santé publique est la meilleure forme de prévention.

Les anthropologues médicaux commencent à documenter la manière dont un certain public dans bien des pays recherche actuellement une solution d'ordre technique, expliquant ainsi que l'utilisation excessive de médicaments, des techniques de reproduction et autres techniques biomédicales ne peut pas être uniquement justifiée par les intérêts des médecins ou même des sociétés pharmaceutiques – bien qu'en effet ceux-ci en soient profondément complices. On a constaté que les groupes de revendication, les parents inquiets ou mécontents et les personnes qui souhaitent vaincre leur infertilité ou se transformer fondamentalement par l'utilisation du Prozac, par exemple, soutiennent activement l'utilisation relativement libre de la technologie. Il faut que cette tendance fasse l'objet d'une recherche ethnographique attentive qui devra tenir compte, comme cela se fait dans certaines recherches, des éléments exacts de connaissances et de croyances que possèdent les populations quant aux conséquences des techniques qu'elles recherchent. La compréhension du public relativement au savoir scientifique, en particulier sa connaissance de la nature provisoire de ce savoir, est un domaine qui devra retenir davantage l'attention des chercheurs. De même, les groupes de revendication d'envergure nationale tels que Best Friends – un mouvement étasunien qui fait la promotion de l'abstinence sexuelle chez les jeunes – devrait susciter le plus grand intérêt des anthropologues. Pourquoi un groupe comme celui-ci, largement composé de jeunes afro-américains, se voit-il accorder de nos jours un soutien financier de plusieurs millions de dollars par l'administration fédérale ?

Une autre tâche qui exigera une plus grande attention dans l'avenir porte sur l'utilisation croissante de sujets humains à des fins de recherches. Todeschini s'est penché sur l'usage expérimental de données recueillies

auprès des victimes des bombes atomiques larguées sur Hiroshima et Nagasaki (2001) et Petryna a analysé les politiques en matière de biologie liées aux victimes du désastre de Chernobyl (2002). Avec une régularité de plus en plus marquée, les résidents des pays en développement servent de sujets aux expérimentations pour la mise au point des médicaments, des vaccins, des tests de contraception, en grande partie parce que les contrôles sur l'éthique dans la recherche médicale ont été resserrés et sont dans le même temps devenus prohibitifs dans les pays développés.

Bon nombre de nouvelles techniques biomédicales se caractérisent par l'utilisation d'organes, de tissus et de cellules corporels à des fins de recherche et d'outils thérapeutiques. La cartographie de l'expansion rapide de la réification du corps humain et de ses parties ainsi que des liens étroits entre ces activités et les inégalités croissantes entre pauvres et riches deviendra une tâche primordiale pour l'anthropologie médicale dans l'avenir.

Nous vivons dans une ère de nationalisme accru. L'orientation d'une partie de la nouvelle génomique vise à documenter en profondeur la différence biologique inscrite dans l'ADN. Il est urgent que les anthropologues médicaux analysent les conséquences politiques de cette recherche tout en refusant du même coup de nier catégoriquement la différence biologique. Cela nécessitera une collaboration étroite avec les scientifiques et avec les populations dont on a étudié l'ADN ou qui sont visées par ce type de recherche. Encore une fois, le concept de race est hautement présent dans la littérature scientifique, et a très souvent été utilisé activement par des scientifiques appartenant à un groupe minoritaire lors des derniers développements de la biopolitique. Ce tournant présente un énorme défi pour les anthropologues médicaux quant à la manière dont ils doivent se situer devant leurs informateurs et présenter les résultats de leurs recherches qui font abstraction de connaissances anthropologiques bien fondées.

L'une des forces de l'anthropologie médicale a consisté à documenter la manière dont les frontières du normal et de l'anormal, de la nature et de la culture, de soi et d'autrui sont continuellement remises en question et modifiées par les biosciences. Cette documentation augmentera de manière exponentielle au cours des années et des décennies à venir. C'est, d'abord et avant tout, dans ce domaine où la morale et les valeurs non vérifiées se trouvent exposées que ce type de recherche continuera d'être, par conséquent, un riche filon d'enquête; un domaine qui, plus que tout autre, érige des ponts entre le passé et l'avenir de l'anthropologie dans son ensemble.

Ce ne sont là que quelques-unes des sphères où l'anthropologie médicale a un rôle unique à jouer. Je suis d'avis que cette discipline entre dans une nouvelle ère, une ère qui continuera d'exiger l'adoption d'une approche interprétative critique, l'utilisation de techniques de recherches ethnographiques et de techniques connexes de recherche de preuves empiriques,

la remise en question des concepts et des prétentions à la vérité du monde des biosciences et de celles formulées par les politiciens et les décideurs. Mais il y aura aussi une volonté de s'engager activement avec l'Autre, que cela signifie les activistes politiques, les scientifiques engagés, d'autres scientifiques sociaux, les décideurs, les ONG ou les médias. Pendant trop longtemps, les remarquables observations découlant de tant d'excellents travaux de recherche en anthropologie médicale sont passées inaperçues dans la société en général. Cela doit changer, et ce changement ne pourra venir que grâce nos efforts concertés.

Notes

1. Cela est également vrai pour l'acupuncture et les plantes médicinales qui sont importées et adoptées en Europe et en Amérique du Nord, tout comme c'est le cas, par exemple, des vaccinations qui sont effectuées dans toute l'Afrique.

Références

ABU-LUGHOD L., 1999, « The Interpretation of Culture(s) after Television » : 110-135, dans S. Ortner (ed.), *The Fate of « Culture » : Geertz and Beyond.* Berkeley, University of California Press.

ADAMS V., 2001, « Establishing Proof: Translating « Science » and the State in Tibetan Medicine » : 200-220, *in* M. Nichter and M. Lock (eds.), *New Horizons in Medical Anthropology : Essays in Honour of Charles Leslie.* Routledge.

ADELSON N., 2000, *« Being Alive Well » : Health and the Politics of Cree Well-Being.* University of Toronto Press.

AVIS N. E. et S. MCKINLEY, 1991, « A Longitudinal Analysis of Women's Attitudes Toward the Menopause: Results from the Massachusetts Women's Health Study », *Maturitas,* 13 : 65-79.

BEYENE Y., 1989, *From Menarche to Menopause : Reproductive Lives of Peasant Women in Two Cultures.* Albany, State University of New York Press.

BIBEAU G., 2004, *Le Québec Transgénique : Science Marché, Humanité.* Montréal, Boréal.

BLEDSOE C. H., 2002, *Contingent Lives : Fertility, Time, and Aging in West Africa.* Chicago, The University of Chicago Press.

BRAIDOTTI R., 1989, « Organs Without Bodies », *Differences : A Journal of Feminist Cultural Studies,* 1 : 147-161.

BRIGGS C. et C. MANTINI-BRIGGS, 2003, *Stories in the Time of Cholera : Racial Profiling During a Medical Nightmare.* Berkeley, University of California Press.

BUTLER J., 1993, *Bodies That Matter : On the Discursive Limits of Sex.* New York, Routledge.

COHEN L., 1998, *No Aging in India : Alzheimer's, the Bad Family and Other Modern Things.* Berkeley, University of California Press.

——, 2001, « The Other Kidney: Biopolitics beyond Recognition », *Body & Society,* 7, 2-3 : 9-29.

EAGLETON T., 1993, « It Is Not Quite True That I Have a Body, and Not Quite True That I Am One Either », *London Review of Books,* May 27 : 7-10.

FARMER P., 2003, *Pathologies of Power : Health, Human Rights and the New War on the Poor.* Berkekey, University of California Press.

FARQUHAR J., 2002, *Appetites : Food and Sex in Post-Socialist China.* Durham, Duke University Press.

FARQUHAR J. et M. LOCK (sous presse), *Beyond the Body Proper : Reading the Anthropology of Material Life.* Durham, Duke University Press.

FASSIN D., 2001, « Culturalism as Ideology » : 300-317, dans C.M. Obermeyer (éd.), *Cultural Perspectives on Reproductive Health.* Oxford, Oxford University Press.

FERZACCA S., 2002, « Governing Bodies in New Order Indonesia » : 35-57, dans M. Nichter et M. Lock (éd.), *New Horizons in Medical Anthropology : Essays in Honour of Charles Leslie.* New York, Routledge.

FOUCAULT M., 1979, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, trad. Alan Sheridan. New York, Vintage.

FRANKENBERG R., 1980, « Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective », *Social Science and Medicine*, 14: 197-207.

FRANKLIN S. et M. LOCK, 2003, *Remaking Life & Death: Toward an Anthropology of the Biosciences*. Santa Fe, School of American Research.

FULWILEY D., 2004, « From Discriminate Biopower to Everyday Biopolitics: Views of Genetic Testing in Dakar », *Medical Anthropology*, 23: 157-194.

GEERTZ C., 1995a, « Culture Wars », *The New York Review of Books*, 42: 4-6.

——, 1995b, *After the Fact: Two Countries, Four Decades, One Anthropologist*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

GINSBURG F. D. et R. RAPP, 1995, *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press.

GOOD DELVECCHIO M.-J., B. J. GOOD, P. E. BRODWIN et A. KLEINMAN, 1992, *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley, University of California Press.

GREENHALGH S., 1994, « Controlling Birth and Bodies in Village China », *American Ethnologist*, 21, 1: 3-30.

INHORN M. C., 2003, *Local Babies, Global Science: Gender, Religion, and in Vitro Fertilization in Egypt*. New York, Routledge.

KAUFERT P., P. GILBERT et R. TATE, 1992, « Defining Menopausal Status: The Impact of Longitudinal Data », *Maturitas*, 14: 143-155.

KEAT R., 1986, « The Human Body in Social Theory: Reich, Foucault, and the Representative Hypotheses », *Radical Philosophy*, 42: 24-32.

KIRMAYER L., 1992, « The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience », *Medical Anthropology Quarterly*, 6: 323-346.

LATOUR B., 1993, *We Have Never Been Modern*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

LESLIE C., 1973, « The Professionalizing Ideology of Medical Revivalism »: 16-42, dans M. Singer (éd.), *Entrepreneurship and Modernization of Occupational Cultures in South Asia*. Durham, Duke University Press.

LOCK M., 1993, *Encounters With Aging*. Berkeley, University of California Press.

——, 1999, « Genetic Diversity and the Politics of Difference », *Chicago-Kent Law Review*, 75, 1: 83-111.

——, 2002, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkely, University of California Press.

——, 2004, « Biomedical Technologies, Anthropological Approaches »: 86-95, dans Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. Kluwer Academic Plenum Publishers.

——, 2005, « Alzheimer's Disease : A Tangled Concept » : 196-222, dans S. McKinnon et S. Silverman (éd.), *Complexities : Beyond Nature and Nurture.* New York, Routledge.

LOCK M. et P. KAUFERT, 1998, *Pragmatic Women and Body Politics.* Cambridge, Cambridge University Press.

LOCK M. et P. KAUFERT, 2001, « Menopause, Local Biologies and Cultures of Aging », *American Journal of Human Biology,* 13 : 494-503.

LOCK M., V.-K. NGUYEN et C. ZAROWSKI, 2005, « Global and Local Perspectives on Population Health : Taking Contingency Seriously », dans C. Hertzman, J. Heyman et B. Evans (éd.), *Social Inequalities and Health.* Oxford, Oxford University Press.

LOCK M., J. PREST et S. LLOYD (à paraître), « Genetic Susceptibility and Alzheimer's Disease : the Penetrance and Uptake of Genetic Knowledge », dans L. Cohen et A. Leibing (éd.), *The Anthropology of Alzheimer's Disease.* Rutgers University Press.

MARCUS G. E., 1999, « The Uses of Complicity in the Changing Mise-en-Scène of Anthropological Fieldwork » : 86-109, dans S. Ortner (éd.), *The Fate of « Culture » : Geertz and Beyond.* Berkeley, University of California Press.

MARKS J., 1995, « The Human Genome Diversity Project : Good *For* if Not Good *As* Anthropology ? », Washington, American Anthropological Association, *Anthropology Newsletter,* 36, avril, p.72.

MONTANA M., 2003, « The Genetics of Inequality : Biological Capital and the Making of Race in a Diabetes Science ». Thèse de doctorat, Département d'anthropologie, Stanford University, California.

NESTLE M., 2003, *Safe Food : Bacteria, Biotechnology and Bioterrorism,* Berkeley, University of California Press.

NGUYEN V. K., 2005, *The Republic of Therapy : Biopolitics Before and After HIV in West Africa and Beyond.* Durham, Duke University Press.

NICHTER M., 1992, « Of Ticks, Kings, Spirits, and the Promise of Vaccines », dans C.Leslie et A. Young (éd.), *Paths to Asian Medical Knowledge.* Berkeley, University of California Press.

ORTNER S. B. (Éd.), 1999, *The Fate of « Culture » : Geertz and Beyond.* Berkeley, University of California Press.

PANDOLFI M., 2002, « "Moral entrepreneurs", souverainetés mouvantes et barbelés. Le bio-politique dans les Balkans postcommunistes », *Anthropologie et Sociétés,* Pandolfi, M. et M. Abélès (éd.), *Politiques jeux d'espaces,* 26, 1 : 29-50.

PETRYNA A., 2002, *Life Exposed : Biological Citizens after Chernobyl.* New Jersey, Princeton University Press.

PIGG S. L., 2002, « Too Bold, Too Hot : Crossing "Culture" in AIDS Prevention in Nepal » : 58-80, dans M. Nichter et M. Lock (éd.), *New Horizons in Medical Anthropology : Essays in Honour of Charles Leslie.* New York, Routledge.

PORDIE L. (sous presse), *Exploring Tibetan Medicine in Contemporary Context : Perspectives in Social Sciences.*

RABINOW P., 1992, «Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality»: 234-252, dans J. Crary et S. Kwinter (éd.), *Incorporation*, New York, NY.

——, 1996, *Making PCR: A Story of Biotechnology*. Chicago, University of Chicago Press.

——, 1999, *French DNA: Trouble in Purgatory*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

RAPP R., 1999, *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York, Routledge.

——, 2001, «Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory», *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 4: 466-477.

——, 2003, «Cell Life and Death, Child Life and Death: Genomic Horizons, Genetic Diseases, Family Stories»: 129-165, dans S. Franklin et M. Lock (éd.), *Remaking Life & Death: Toward an Anthropology of the Biosciences*. Santa Fe, School of American Research.

RHEINBERGER H.-J., 2000, «Beyond Nature and Culture: Modes of Reasoning in the Age of Molecular Biology and Medicine»: 19-30, dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio (éd.), *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

ROSE S., 1997, *Lifelines: Life Beyond the Gene*. Oxford, Oxford University Press.

ROSEMAN M., 2002, «Making Sense Out of Modernity»: 111-140, dans M. Nichter et M. Lock (éd.), *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. New York, Routledge.

SCHEPER-HUGHES N., 1992, *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.

——, 2001, «Commodity Fetishism in Organs Trafficking», *Body & Society*, 7, 2-3: 31-62.

STRATHERN M., 1992, *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Londres, Routledge.

THOMPSON C., 2000, *The Biotech Mode of Reproduction*. Paper prepared for the School of American Research advancement seminar «Animation and Cessation: Anthropological Perspectives on Changing Definitions of Life and Death in the Context of Biomedicine». Santa Fe, New Mexico.

TODESCHINI M., 2002, «The Bomb's Womb: Women and the Atom Bomb»: 102-156, dans V. Das, A. Kleinman, M. Lock, M. Ramphele et P. Reynolds (éd.), *Remaking a World: Violence, Social Suffering and Recovery*. Oxford, Oxford University Press.

VAN DER GEEST S. et S. REYNOLDS WHYTE, 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Londres, Kluwer Academic.

WORSLEY P., 1982, «Non-Western Medical Systems», *Annual Review of Anthropology*, 11: 315-348.

WORTHMAN C., 1995 « Hormones, Sex, and Gender », *Annual Review of Anthropology*, 24 : 593-616.

YOUNG A., 1982, « The Anthropologies of Illness and Sickness », *Annual Review of Anthropology*, 11 : 257-285.

——, 1995, *The Harmony of Illusions : Inventing Posttraumatic Stress Disorder.* Princeton, Princeton University Press.

ZIZEK S., 2004, « Between Two Deaths », *London Review of Books*, 26 : 11.

RECYCLÉ
Papier fait à partir de matériaux recyclés
FSC® C103567
FSC www.fsc.org

MARQUIS
Marquis imprimeur inc.
Québec, Canada
2011

Imprimé sur du papier Silva Enviro 100% postconsommation traité sans chlore, accrédité ÉcoLogo et fait à partir de biogaz.

100%
PERMANENT
BIO GAZ ÉNERGIE

Collection

Sociétés, cultures et santé

Comme les autres sciences sociales, l'anthropologie se heurte à la mondialisation des phénomènes sociaux qui gagne en ampleur, en intensité et en complexité maintenant. Les analyses que propose l'anthropologie ne peuvent certes faire l'impasse sur ces transformations sociales majeures.

En proposant à des anthropologues de renom, spécialisés en anthropologie médicale, de produire une synthèse des recherches et des enseignements dans leurs pays respectifs, d'une part, ou d'aborder quelques thèmes plus généraux, d'autre part, les responsables de cet ouvrage visent en quelque sorte à globaliser l'anthropologie médicale pour qu'elle soit en phase avec les questions dont elle traite. C'est aussi leur espoir que ces articles contribuent à un élargissement des perspectives qui sera utile aussi bien aux chercheurs chevronnés qu'aux étudiants qui s'initient à ce domaine de l'anthropologie contemporaine.

Francine Saillant est professeure au Département d'anthropologie de l'Université Laval et directrice de la revue *Anthropologie et Sociétés*. Elle a publié récemment *Transformations sociales, genre et santé* (en coll. avec M. Boulianne) (PUL, 2003), *Identités, vulnérabilités, communautés* (en coll. avec M. Clément et C. Gaucher) (Nota Bene, 2004) et *Communautés et socialités* (en coll. avec Éric Gagnon) (Liber, 2005). Ses travaux en anthropologie médicale portent sur les systèmes d'aide et de soins au sein de diverses communautés, notamment au Brésil. Elle conduit actuellement des travaux sur l'anthropologie de l'humanitaire et sur la place des ONG et de la société civile dans le développement des formes d'aide et de soins à l'intérieur des communautés locales.

Serge Genest est professeur au Département d'anthropologie de l'Université Laval. Ses travaux en anthropologie médicale portent principalement sur le sida, l'analyse des pratiques biomédicales, la santé et l'environnement.

ISBN 2-7637-8247-7
9 782763 782478

Collection dirigée par Francine Saillant

Illustration de la couverture: Louis Soutter (1871-1942)
Glace d'argent, miroir d'ébène, vers 1938, encre noire et gouache rouge sur papier, 44 x 58,1 cm
© Musée cantonal des Beaux-Arts de Lausanne, photo J.-C. Ducret, Musée des Beaux-Arts de Lausanne