

Jean Benoist

Médecin et anthropologue
Laboratoire d'Écologie humaine, Université d'Aix-Marseille III, France.

(2004)

“Rencontres de médecines:
s'opposer ou s'ajuster.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Jean Benoist, anthropologue

“Rencontres de médecines: s'opposer ou s'ajuster”.

Un article publié dans **L'autre, Cliniques, cultures et sociétés**, 2004, vol. 5, no 2 pp. 277-286.

M Jean Benoist, anthropologue, nous a accordé le 17 juillet 2007 son autorisation de diffuser toutes ses publications dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : oj.benoist@wanadoo.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

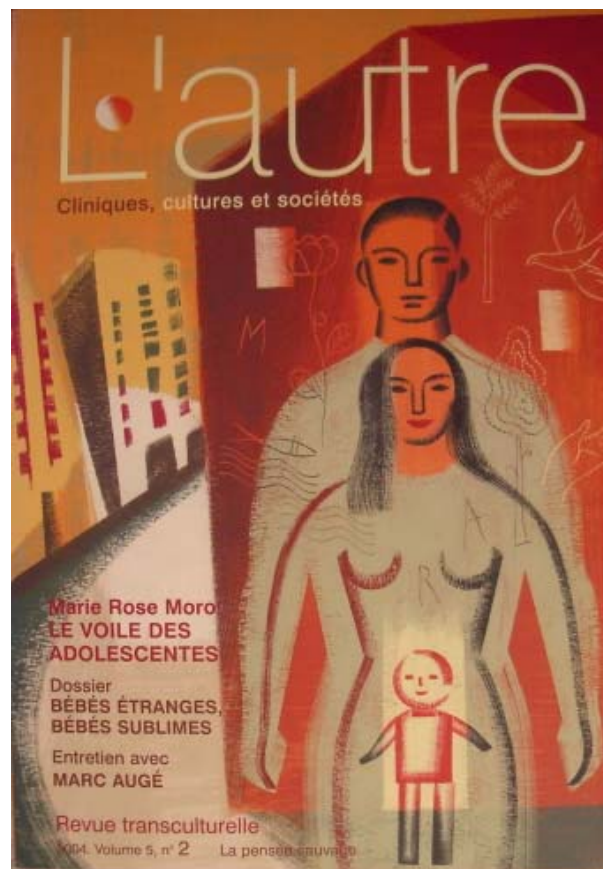
Édition numérique réalisée le 1^{er} décembre 2007 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Jean Benoist

Médecin et anthropologue
Laboratoire d'Écologie humaine, Université d'Aix-Marseille III, France.

“Rencontres de médecines: s'opposer ou s'ajuster”



Un article publié dans **L'autre, Cliniques, cultures et sociétés**, 2004, vol. 5, no 2 pp. 277-286.

Table des matières

[Introduction](#)

[Le traditionnel et le moderne](#)
[Contradiction ou continuité ?](#)
[Les voies d'un ajustement](#)

[Bibliographie](#)

[Résumé](#) – Abstract - Resumem

Jean Benoist

“Rencontres de médecines: s'opposer ou s'ajuster”.

Un article publié dans **L'autre, Cliniques, cultures et sociétés**, 2004, vol. 5, no 2 pp. 277-286.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Les tenants de ce qu'il est convenu de nommer « les médecines traditionnelles » et ceux de ce qui est, également de façon assez convenue, désigné comme « médecine moderne » semblent se livrer à un de ces combats de théâtre que les acteurs recommencent chaque fois qu'il y a des spectateurs, mais où il ne saurait n'y avoir ni vainqueur ni vaincu, afin que le spectacle puisse recommencer le lendemain. Si bien que la question « Se combattre ou s'ajuster ? » est difficile. Peut-être faut-il la formuler autrement pour sortir de cette impasse que sont les exclusives mutuelles ?

Les solutions apparemment les plus acceptées ne sont pas à cet égard les meilleures. Pensons aux suites de la conférence d'Alma-Ata où l'OMS a pris en compte de façon positive les tradipraticiens et a poussé à leur acceptation comme partenaires par des services de santé alors fort réticents. Si on n'en retient que ce qui concerne l'usage des connaissances traditionnelles, le bilan est bien mince. Certes, on a étudié les pharmacopées, on a été collecter les plantes médicinales, on a utilisé leurs préparations courantes, on a identifié leurs composantes.

Mais, en ce domaine, on est largement passé à côté de ce qui fait l'essentiel de l'usage des plantes : jamais des plantes ne sont recueillies, préparées et utilisées en dehors d'un cadre rituel et d'une formation initiatique qui donnent seuls à ceux qui les manient le « pouvoir » de les rendre efficaces. De continent en continent et d'époque en époque, on retrouve cette constante. Aux yeux de ceux qui soignent, il s'agit là du fondement de leur action, qui compte bien plus que la plante elle-même, qui peut d'ailleurs varier bien plus que le rituel qui accompagne son usage. Et celui qui reçoit le soin est pénétré de la même façon de voir. Si bien que l'extraction d'un alcaloïde actif, ou même simplement l'administration médicale de plantes utilisées par les tradipraticiens n'est pas une intégration de ceux-ci mais, littéralement, leur désintégration.

Dans la même mouvance, on a toléré un peu mieux la prise en charge de troubles comportementaux par des rituels. Mais en prenant pour des soins ce qui est avant tout un acte à la fois social et transcendantal...

Cela nous invite à une première mise en garde, qui porte sur le risque de réductionnisme que fait courir à notre conception des pratiques traditionnelles tout ce qui vise à les assimiler trop rapidement à des « médecines », à chercher en elles des techniques parmi lesquelles on triera.

Une autre mise en garde, symétrique, concerne la biomédecine. Confrontée à des demandes et à des attentes imprévues, elle tend de plus en plus à dépasser les marges du champ de sa compétence, en acceptant de participer à une réponse médicale à des problèmes sociaux, devenant souvent un alibi médical à l'identification de besoins d'un autre ordre.

L'image positive de la prise en charge des patients par les traditionnels peut alors tenter certains soignants ; l'étroitesse des moyens à leur disposition face à une impatience qui les dépasse, la séduction de certains thérapeutes par ce qui ébranle une rationalité qui semble les étouffer, leur adhésion dans certains cas à des systèmes de croyance où le spirituel se mêle aux pratiques de bien-être et de guérison, tout cela met en relief des thérapies venues d'ailleurs : à ceux qui cherchent

des croyances sans adhérer à des cultes, il est possible, au moindre coût, de réenchanter le monde devenu outrageusement matériel.

Or, pas plus qu'ils ne sont là pour dépouiller les thérapies traditionnelles de leur dimension rituelle, les anthropologues ne sont là pour injecter du « spirituel » chez des modernes qui voudraient s'en orner ou s'en nourrir.

Mais, une fois posées ces limites, la tâche de savoir comment gérer les rapports entre médecines traditionnelles et médecine moderne n'est pas plus simple.

Nous sommes là, en effet, au cœur d'un espace de tension. Tension qui ne se limite pas à des façons de concevoir la connaissance, ou à des façons de soigner, mais qui s'enracine bien plus profondément. Car ce « médical » qui passe ainsi au premier plan, puisqu'il s'agit de « médecines », n'est-il pas le masque de dynamiques plus larges, de contradictions à des niveaux plus importants qu'à celui de recettes ou de façons de soigner ?

Quelles lignes parcourent cet espace de tension ? Comment aborder d'un œil un peu neuf les explications à proposer et déboucher sur quelques conclusions pratiques et sur quelques lignes d'une éthique de conduite en la matière des relations entre médecines traditionnelle et moderne ?

La traditionnel et le moderne

[Retour à la table des matières](#)

Proposons-nous dans une première étape de ne pas tenir compte de la frontière qui peut sembler si évidente entre le « traditionnel » et le « moderne » en ces domaines. Car, pour clarifier ce qui donne source à des contradictions, il convient d'abord de bien identifier leur siège. Or ce n'est pas entre des « médecines » que se situent les tensions, mais entre des systèmes de soins entendus dans un sens bien plus large, entre des conceptions que se fait la société de l'organisation de

ces systèmes et de la façon d'accéder à des fonctions en leur sein et de les exercer. Bien plus, c'est au sein du champ sémantique de termes apparemment aussi consensuels, mais en réalité aussi trompeurs, que « maladie » ou « malheur » que s'inscrivent certaines contradictions.

Nous devons alors nous appuyer sur quelques évidences fondatrices

- *Le champ du soin s'étend bien au-delà de ce qui est généralement considéré comme le « médical ».* Nous ne devons jamais oublier que les racines de la demande de soin sont communes avec celles de la prière. Médecine et religion sont jumelles, voire sœurs siamoises, même si elles peuvent donner, selon les voies par lesquelles on les aborde, l'impression d'être très différentes. Il n'est que de plonger dans la réalité des conduites des malades pour observer, ici et ailleurs, partout, combien cette racine commune est vivante, combien, hormis à la pointe des techniques ou dans l'abstraction de certaines prières, religion et soins sont entrelacés.

- Et une première ligne de conduite que l'observation nous impose est qu'il *est impossible de trier entre soins et prière*, sauf à disloquer un ensemble que ceux qui se tournent vers lui voient comme une unité.

- *Il existe une opposition entre les modes de connaissance issus de la science expérimentale qui fonde la biomédecine et ceux qui fondent les pratiques plus enracinées dans la tradition.* La science s'est donné comme devise de dire « je ne sais pas » lorsqu'elle n'a pas d'explication qui tienne aux yeux de l'observation et de l'expérience, et elle se refuse à construire des réponses purement intellectuelles à toutes les questions qu'on lui pose. Mais la médecine, même celle qui se veut la plus scientifique, peut-elle toujours procéder ainsi ? Quel est le malade qui accepterait pleinement le constat d'ignorance ? A son problème, à sa douleur, à son angoisse, il cherche une réponse. Et répondre est une partie, souvent notable, du soin. Sont alors détenteurs de réponse tous ceux dont la parole est crédible pour celui qui demande un secours. Et là, nous retrouvons la force du religieux, cautionné par la confiance en ce qu'il représente. Mais aussi celle de ces autres formes de connaissance qui ne portent pas en elles le doute systématique

que véhicule la science : on sait parce qu'on a toujours su, parce qu'avant nous d'autres ont su. Et le système d'explication du mal, de la douleur, de leurs causes et de la façon d'y remédier est cohérent, convaincant. Quant à son efficacité ? Nous verrons plus loin combien la question de l'efficacité est ambiguë.

- Un autre lieu important de tensions possibles et de contradiction est *la conception de la personne qui émane de la façon dont les diverses médecines donnent une explication aux maux du corps*. Seule la biomédecine pousse jusqu'à son terme l'identification de tout l'être à son corps, rien qu'à son corps, à la fois mécanique, chimie, biologie, dont les perturbations s'incarnent dans cette matière animée. Toutes les autres façons de concevoir la maladie laissent une place à la personne, au monde, au surnaturel dans leur identification du mal, qu'il s'agisse de son siège, de ses causes ou de son destin. En procédant ainsi, la biomédecine tend à réduire la personne à son corps, même si sa pratique quotidienne ne s'y limite pas. Attitude que le malade accepte mal, et qui le rend sensible aux voix qui ancrent son mal au cosmos et au surnaturel, aux voix qui lui disent que sa personne n'est pas cet objet corporel qui se détraque et qu'on répare.

Ces axes de tension qui parcourent tout ce qui a trait à la maladie, à son vécu, à sa prise en charge, font émerger quelques lieux de contradiction, dont l'existence est sous-jacente au débat moderne/traditionnel en matière de soins :

- On a souvent désigné la médecine moderne, la biomédecine, sous le nom de « médecine cosmopolite », par opposé aux médecines traditionnelles qui sont avant tout locales. Derrière cette opposition se profilent des conséquences que l'on sous-estime parfois. Cosmopolite traduit « universel » : médecine accédant à ce que tous les hommes partagent en tant qu'espèce vivante, indépendamment de la façon dont ils organisent leur vie et lui donnent un sens. Accéder à l'anatomie, et plus encore aux fondements de la biologie, connaître ce qui se passe au cœur de la vie des cellules et des organes, c'est effectivement accéder à un universel, qui dépasse l'humain et qui est celui de tous les êtres organisés.

Mais « universel », en s'opposant à « local » ou à « particulier », s'oppose aussi à ce qui dans le local est le plus revendiqué : l'identitaire. On ne saurait assez tenir compte de l'agression identitaire que peut représenter la lutte de front contre les médecines traditionnelles, car elle heurte ce qui en fait des patrimoines. Bien des médecines savantes des grandes traditions (arabe, indienne, chinoise, voire certains aspects de la médecine européenne) sont ainsi porteuses d'identité. Il en va de même des médecines vernaculaires, plus localisées. Ce n'est pas seulement leurs connaissances que l'on apprécie mais ce qui, dans leurs « façons de faire », relève plus de la culture que de la technique et qui est si important dans la manière dont est assumée la prise en charge de la maladie, du malheur, des mal-être et des malaises. Les formes de soin sont aussi des patrimoines culturels...

- Un autre lieu de contradiction est celui où s'évalue l'efficacité du soin. On connaît combien sont rigoureux les protocoles expérimentaux d'évaluation des médicaments avant que ceux-ci reçoivent une autorisation de mise sur le marché. Aucun témoignage direct, qu'il vienne du malade ou des soignants n'a de valeur s'il n'a résisté aux contre-épreuves destinées à dépister les illusions, les biais d'observation. On veut serrer ainsi au plus près l'efficacité spécifique d'un produit avant de le taxer de « médicament ».

Mais ce que l'on élimine alors, ces messages subliminaires incorporés dans l'administration du soin, est une part constitutive de l'efficacité finale, celle qui se constate dans le succès personnel du thérapeute. En effet, être malade, c'est à la fois avoir un trouble quelque part, et vivre ce trouble. Etre efficace dans le soin au malade, c'est donc agir à la fois sur le trouble et sur la façon dont il est vécu. Vécu par le malade comme par son entourage, dont la conduite influence ce vécu, et donne donc par contrecoup au thérapeute un moyen de prise sur lui. Que de confusion, lorsque l'on télescope dans un dialogue de sourds ces deux niveaux d'efficacité !

- Il est une dernière contradiction, qui concerne les objectifs et le champ que l'on fixe à la thérapie elle-même. La médecine moderne circonscrit son champ, le délimite, en se référant, explicitement ou non à la conception qu'elle a du corps humain et de ses dérangements ; les médecines traditionnelles laissent leur champ ouvert, il embrasse

toutes les formes du malheur et si la maladie leur apparaît comme une sorte de concentré de malheur, celui-ci peut se diluer dans beaucoup d'autres domaines de la vie, prendre d'autres formes sans perdre son unité fondamentale qui renvoie à une conception non du corps humain mais de la société et du monde.

Contradiction ou continuité ?

[Retour à la table des matières](#)

On pourrait aller plus loin, mais ce bref rappel suffit à nous montrer que parler de « médecine », de « soins », c'est se tenir à la surface d'un sous-sol profond, riche en implications. Et nous devons essayer, justement, d'éviter de rester en surface pour ne pas poursuivre indéfiniment le vain débat de théâtre évoqué au début.

Alors reconnaissons que face à la demande de secours que lancent les êtres humains lorsque le mal ou le malheur les saisissent, il existe un vaste continuum de recours et que ce continuum est découpé de façon variable selon les sociétés.

À titre d'exemple tournons-nous vers la société marocaine, car elle est particulièrement illustrative à cet égard. Il y coexiste « plusieurs systèmes médicaux qui paraissent contradictoires, mais qui constituent un système global de recours cohérent pour les acteurs sociaux. Ces systèmes relèvent de deux grandes catégories : la biomédecine, désignée sous le nom de "médecine des chrétiens" et la médecine traditionnelle, nommée "notre médecine" (...). Cette dernière « inclut un savoir local qui consiste en l'utilisation de plantes médicinales, de prières, de rites et de pratiques dont la plupart font référence à l'islam, même si ce n'est pas de façon orthodoxe et si leur origine est loin d'être musulmane » (Radi 1996 : 170). Comme dans toutes les sociétés, ces systèmes qui semblent se combattre, si on en croit leurs acteurs de soin, se combinent dans la pratique quotidienne des malades. « On admet plus ou moins le système traditionnel parce que la sorcellerie, le mauvais œil et la possession font partie intégrante de la panoplie culturelle et parce que les antagonismes sont vécus avec acuité. On admet aussi la biomédecine parce que la supériorité de la techni-

que comme la supériorité sociale des praticiens sont évidentes. La distinction entre les maladies naturelles et les maladies surnaturelles permet donc d'organiser la coexistence de deux conceptions du mal, en concédant à l'une la gestion du corps biologique et à l'autre la gestion du corps social » (id. p. 202).

Ces comportements traduisent bien le fait que, si la détresse peut certes s'exprimer en paroles, elle communique aussi sous la forme de manifestations physiques. Celles-ci, qui sont les mots d'un langage en action, disent comme un tout inséparable, parce que vécues ainsi, l'histoire d'un corps, celle de liens sociaux, celle d'une insertion dans le monde. Le ou les codes utilisés dans ce langage servent à un effort de communication, et il convient de lire correctement leur message.

Les patients, qui paraissent nomadiser entre des soignants alors qu'ils passent avant tout d'un système de code à un autre, agissent ainsi afin d'être compris dans tout ce qu'ils expriment. Refuser la rationalité sous-jacente à ces complémentarités vécues, c'est ne poser qu'un regard unique et appauvri sur les phénomènes, et ne jamais accéder à eux. Car, comme l'aurait dit Merleau-Ponty, un objet ne peut être saisi dans sa totalité ni de quelque part ni d'autre part, mais seulement s'il est vu « de toutes parts ». Prenons pour exemple la transe. Qu'est-elle ? On peut la situer par rapport à la religion, mais aussi par rapport à la médecine, à l'art, à la vie sociale et communautaire, à l'histoire. Quel est son véritable lieu de sens ? Ou plutôt, en existe-t-il un ? Un regard unique la situe entièrement dans un seul champ, celui de la médecine, ou celui de la religion ; il peut aussi la placer dans la vie de la société et dans les relations entre ses membres et ne la connaître que comme ethnologue. Chaque regard partiel laisse de côté des zones essentielles de ce qu'il croit voir en entier.

N'en va-t-il pas ainsi de la maladie, du malheur, et de tout ce qui est amené à leur répondre ?

Dans ses réponses, le « traditionnel » n'est pas un système figé, étroitement local, comme on tend, de loin, à l'imaginer. Il change sans cesse. Dans ses pratiques, ses techniques, ses concepts, il est divers, fluctuant, ouvert aux apports extérieurs. C'est ainsi qu'il s'est formé, et qu'il continue d'évoluer. Mais pour le connaître dans cette réalité, il

faut l'observer longuement. Seul le travail ethnologique au long cours peut mettre en évidence l'incorporation de nouveaux médicaments, l'acquisition de techniques, de concepts, de rituels. En son sein, des courants venus des profondeurs des traditions locales se brassent avec ceux que véhiculent les grandes religions, mais aussi avec ceux qui prennent source dans tous les champs des contacts possibles, y compris, de plus en plus ceux de la modernité.

On assiste en effet de nos jours à l'émergence de ce que l'on pourrait nommer de « nouveaux traditionnels ». Pensons à l'essor actuel des cultes chrétiens de guérison, soit sous la forme de nouvelles Églises africaines, soit sous celle des divers aspects du Pentecôtisme sur le continent américain et en Europe, ou encore à la prolifération des sectes et pèlerinages à finalité de secours et de soin. L'hindouisme, le bouddhisme, certains courants qui traversent l'islam vont dans le même sens. La confrontation des novateurs en matière religieuse avec les courants populaires et les traditions locales fait surgir lieux de culte et de soins, pèlerinages ayant souvent des finalités de guérison.

Une plongée dans les usages des médecines nous montre ainsi qu'il existe bien des niveaux auxquels gérer le désordre. Et qu'à chaque niveau se font des ajustements et des oppositions entre rationalités. Dans la pratique quotidienne cependant, les malades semblent naviguer à l'aise entre ces contradictions. La leçon qu'ils donnent est celle d'un pragmatisme qui use de tout ce qui s'offre, et qui ne récuse pas au nom de la raison ce que l'expérience vécue ou l'emprise culturelle permettent d'expérimenter subjectivement.

Les voies d'un ajustement

[Retour à la table des matières](#)

« *S'ajuster ?* », ainsi que s'interroge le titre, n'est pas un vain mot, mais une voie nécessaire. L'acte thérapeutique, « en temps réel » n'est pas technique : il est un événement, pour le malade et pour son entourage, un événement qui, pour être compris doit être pour eux « lisible ». Cette lisibilité exige des relais entre ce que fait le soignant et ce qu'entend celui qui le consulte. Les plaintes des malades, leurs appels

vers le divin, vers le miracle, vers les connaissances secrètes et les pouvoirs issus du surnaturel montrent combien il manque à la médecine une part essentielle de la capacité de répondre aux attentes de ceux qui souffrent.

Mais est-ce son rôle d'acquérir cette part ? La permanence des recours traditionnels, qui étonne si souvent les médecins, tient à leur capacité d'offrir au souffrant, des réponses là où la biomédecine se tait. Les thérapeutes, médecins ou psychologues, devraient-ils alors chercher chez les « traditionnels », au prix d'une imitation de leurs pratiques, de techniques et de recettes pour combler son manque ?

L'expérience montre que non, et de combien de ridicules se sont rendus coupables ceux qui ont mêlé sans foi des gestes et des propos de guérisseurs à une consultation où le malade les attendait dans leur rôle seulement ! Nous atteignons là un seuil : il y a des limites infranchissables à la médecine, à la biomédecine. Si elle s'ancre dans l'universel humain, doit-elle aussi s'infléchir vers le spécifique, l'identitaire (sauf dans leurs dimensions relationnelles, afin d'établir le dialogue avec ceux qu'elle soigne) ? Ne s'agit-il pas là de territoires autres, qui ne peuvent devenir les siens ?

Alors, « s'ajuster », n'est-ce pas trouver l'articulation la plus judicieuse entre ces grands courants porteurs de secours : celui que la biomédecine a construit à partir des découvertes de la biologie, et celui qui, issu des traditions et des religions, s'appuie sur la relation de la personne au monde et à son destin ? En matière de soin, une vérité médicale va bien au-delà d'une vérité scientifique, et de la même façon, la vérité d'un rituel va au delà de la vérité médicale. La mise au point de leur articulation est encore inachevée, bien que, ici et là, des praticiens et des hommes de religion s'y emploient empiriquement au quotidien face aux souffrances et aux angoisses à soulager.

Une autre voie mérite exploration. Qu'ils partent du cœur de la famille, de la relation aux plantes et à l'univers environnant ou des religions, les soins, les explications, le langage même de la maladie dits « traditionnels » ont, nous l'avons vu, une densité identitaire très forte. En les refoulant devant « les lumières de la science », c'est cette valeur identitaire que l'on blesse. Et, quelles que soient les nécessités d'un

changement sanitaire, de la diffusion des connaissances et des pratiques de santé, on ne peut tout effacer sans que cette blessure soit grave. Et l'adhésion même aux principes les plus indispensables de la médecine et de la santé publique, de la santé physique comme mentale, exige que la blessure identitaire soit évitée. Il s'agit pour cela de trouver les moyens de donner le droit d'exister à ce qui existe sans droit. Par-delà une évaluation médicale, s'impose une évaluation sociale et culturelle des soins

Mais la tradition n'a pas non plus à être acceptée sans examen. Pas plus que devant la modernité nous ne pouvons nous incliner sans esprit critique devant tout ce qui vient de la « tradition ». C'est l'un des grands mérites de l'anthropologie médicale que de savoir être « critique ». Elle a accompli une œuvre importante en faisant une analyse critique de la médecine moderne : mise en évidence des soubassements idéologiques de conduites de soin, analyse des rapports de pouvoir au sein des discours de savoir, inégalités d'accès au soin dans les systèmes de santé, qui discriminent selon l'origine, le sexe, l'âge etc.

On manque par contre d'une approche symétrique des médecines traditionnelles. Une anthropologie critique des médecines traditionnelles s'impose : comment jouent-elles au sein des rapports sociaux, quels pouvoirs sociaux cautionnent-elles, quels accidents entraînent-elles, comment se passe leur fonctionnement économique, quelle est la place qu'elles accordent aux éléments les plus faibles et les plus défavorisés, aux femmes, aux étrangers ? Ont-elles des effets iatrogènes, qu'ils soient biologiques ou psychologiques ? Comment pratiquent-elles elles-mêmes les ajustements aux techniques et aux ressources modernes ? Où sont-elles un complément, où sont-elles une ressource indispensable, et où sont-elles un frein ? Et plus encore doit-on évaluer de façon critique la récupération du « traditionnel » par des thérapeutes de nos propres cités.

Évoquons simplement quelques exemples de questions qui mériteraient une approche critique, et non simplement une description et une analyse socioculturelle, en nous questionnant sur des formes de thérapie qui concernent le domaine des psychologues et des psychiatres.

Alors que tous les efforts sont faits en vue d'intégrer le malade mental dans la vie sociale, par la création d'institutions non-carcérales, qui jouent pour lui le rôle d'un recours, d'un moyen d'arrimage aux soins sans qu'elles le coupent de la société globale, on voit exister au nom de soins traditionnels des modes de prise en charge qui méritent au moins réflexion par leurs conséquences très contradictoires avec cette évolution. Pour rester au Maroc, pensons à l'incarcération thérapeutique dans le cadre du culte de Bouya Omar. Le malade se voit confiner dans l'institution, pour des périodes souvent longues. Le discours tenu ne place certes pas le malade lui-même au premier plan, puisqu'il est plus une victime qu'un individu détérioré à soigner : « c'est pour emprisonner le *djinn* afin de l'expulser du corps du malade par l'action judiciaire du saint » (Naamouni 1993 : 154) que l'action est entreprise. Toutefois « l'efficacité thérapeutique vis-à-vis de la maladie mentale que la tradition populaire reconnaît à Bouya Omar, est inséparable de cette thérapeutique carcérale » (id. p. 161). Le discours et la pratique du psychiatre peuvent-ils vraiment s'ajuster à cette réalité, et comment ? Le débat en tout cas mérite d'être aussi poussé que possible avant de conclure.

Un exemple indien vient en écho à celui qui vient d'être évoqué. Il s'agit de la prise en charge de malades mentaux dans l'enceinte sacrée du *dargah*, (où est située la tombe d'un saint musulman) puis des dérivés spécialisés en forme de maison pour les malades mentaux qui s'appuient sur cette tradition et conduisent à des abus inquiétants. Une attaque en sorcellerie, la possession par un mauvais esprit, interprétées comme l'origine du mal, ou le simple constat de l'impéritie de la psychiatrie moderne motivent le séjour au *dargah* (Singaravelou 2002), mais depuis une vingtaine d'années se développe hors de l'enceinte du *dargah*, son contrepoint : le pensionnat. Il prend la forme d'une détention - les « pensionnaires » y sont enchaînés par deux, rarement de plein gré et leur séjour n'a pas de limites prévisibles.

Il y a un vaste programme à entreprendre sous ce thème. Ni aveugle, ni naïf, le rapport avec les médecines traditionnelles ne peut être pleinement ouvert que s'il est également « critique ».

Il en ressort alors que nous ne pouvons pas échapper à un autre ordre de conclusion, qui est de la dimension de l'éthique : il existe des

principes éthiques à l'ajustement entre médecines. Le premier est bien connu de tous ceux qui soignent, c'est le *primum non nocere*, avant tout ne pas nuire. Et la prudence est de règle, la démarche doit se faire en étant accompagnée d'une observation minutieuse, toujours prête à remettre en cause toute idée préconçue.

Mais l'éthique va plus loin. Soigner, c'est aider, et non dominer ou rendre dépendant de soi. Attention à « l'influence », car elle peut être une capture. Il existe chez ceux qui soignent en référence aux pouvoirs liés au religieux, ou à ce qui évoque l'ordre du non-naturel, la tentation des mages : soigner les corps pour gouverner les âmes. Or, de même que la liberté des sociétés s'enracine dans la « dépossession du monde » telle que l'invoquait Jacques Berque, celle des hommes malades n'exige-t-elle pas leur dépossession ?

Il existe aussi ce que l'on pourrait appeler une éthique de l'identité. Terme à la mode, au nom duquel bien des abus se profilent. Il est certes nécessaire d'accepter le *medicine-man*, lorsqu'il est la dernière conscience d'un peuple qui meurt. Ceux qui viennent à lui expriment, par leur choix une douleur d'identité. Et ce « droit à la différence » qui semble toujours difficile à faire respecter peut légitimement s'instaurer dans les choix en matière de soin. Mais attention, le droit à la différence ne doit jamais devenir un renvoi vers la différence, ce nouvel apartheid qui peut émerger sur le « respect » des identités, des cultures. Parvenant à convaincre ceux-là même qu'il ampute, il peut les couper de l'accès à la plénitude des choix possibles, au nom du respect de la tradition, de sa défense, de son usage.

Il convient que jamais, lorsqu'on décide de prendre appui sur un système traditionnel de soin et sur son environnement religieux, on ne dénie à chacun un autre droit, aussi fondamental : le *droit à la non-différence*, sur lequel est fondée l'éthique médicale.

BIBLIOGRAPHIE

[Retour à la table des matières](#)

Naamouni K. *Le culte de Bouya Omar*. Casablanca : EDDIF ; 1993.

Radi S. Les maux entre Dieu, les génies et les hommes. In Benoist J, ed. *Soigner au pluriel, essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala ; 1996. p. 171-203.

Singaravelou L. Du dargah aux « Mental Hostels » d'Ervadi (Tamil Nadu) : entre hospitalité et « hospitalisation ». In : Massé R, Benoist J, ed. *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Karthala ; 2002.

RÉSUMÉ

Rencontres de médecines : s'opposer ou s'ajuster

Après avoir mis en évidence la tension et même la contradiction existant entre les thérapies traditionnelles, marquées par le spirituel et le rituel, et la biomédecine, l'auteur s'interroge sur la continuité qui peut exister néanmoins entre ces deux approches de soin ainsi que sur les voies d'un ajustement et d'une articulation dont il énonce les conditions à la fois critiques et éthiques.

Mots-clés :

Thérapies traditionnelles, tradipraticiens, anthropologie médicale, biomédecine, médicament, efficacité symbolique, éthique.

ABSTRACT

Encounters between medicines : opposition or arrangement

The author points out the tension or (EVEN CONTRADICTION ?) between traditional therapies focussing on spiritual and ritual aspects and biomedicine. He wonders about the continuity between the two approaches of healing as well as about ways of adjustment and connection including their critical and ethical conditions.

Key words :

Traditional therapies, traditional healers, medical anthropology, biomedicine, medication, symbolic efficacy, ethics.

RESUMEN

Encuentro de medicinas diferentes : oposición o ajuste

El autor señala la tensión y la contradicción entre las terapias tradicionales, caracterizadas por la dimensión espiritual y ritual, y la biomedicina. Luego se interroga sobre la continuidad que por otra parte puede existir entre medicinas diferentes. Finalmente se refiere a los modos en que éstas ajustan y se articulan, y a los aspectos críticos y éticos que tal tipo de proceso implica.

Palabras claves :

Terapias tradicionales, terapeutas tradicionales, antropología médica, biomedicina, medicamento, eficacia simbólica, ética.

Fin du texte