

Anthropologie et Sociétés



Jean BENOIST (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, coll. Médecines du Monde, 1996, 520 p., fig., réf., tabl., index.

Raymond Massé

Volume 20, numéro 2, 1996

Algérie. Aux marges du religieux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015428ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015428ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Massé, R. (1996). Compte rendu de [Jean BENOIST (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, coll. Médecines du Monde, 1996, 520 p., fig., réf., tabl., index.] *Anthropologie et Sociétés*, 20(2), 178-181. <https://doi.org/10.7202/015428ar>

Hors Québec, à l'est comme à l'ouest, le repli ethnique semble la seule issue s'il est toujours impensable et irréaliste de concevoir — comme certains l'ont fait malgré tout à l'occasion du Congrès acadien tenu à Moncton en 1994 — un territoire permettant d'asseoir un pays réel. Personnellement, je me suis toujours demandé pourquoi les intellectuels acadiens, dont Thériault, banalisent constamment cette idée et préfèrent inventer des chantiers qui ont tout de l'utopie. Seraient-ils enfermés dans une lecture culturelle du fait acadien, lecture dont les assises renvoient à un Canada qui n'existe plus ?

Claude Bariteau
Département d'anthropologie
Université Laval

Références

- ADAM, H., 1996, « Les politiques de l'identité. Nationalisme, patriotisme et multiculturalisme », *Anthropologie et Sociétés*, 19, 3 : 87-109.
- ROBIN, G., 1995, *Un monde sans maître*. Paris, Éditions Odile Jacob.
- SALISBURY, R.F., 1985, *Affluence and Cultural Survival*. Actes du colloque tenu au printemps 1981. Washington, American Ethnological Society.

Jean BENOIST (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, coll. Médecines du Monde, 1996, 520 p., fig., réf., tabl., index.

Au confluent des traditionnelles études anthropologiques des ethnomédecines abordées comme systèmes fermés de croyances et de pratiques et des analyses critiques de la biomédecine menées par une anthropologie médicale critique émerge depuis quelques années un regain d'intérêt pour la rencontre des médecines. « Soigner au pluriel » s'inscrit dans le cadre de cet intérêt pour le pluralisme médical. Sous la direction de Jean Benoist, les auteurs des 17 textes qui composent cet ouvrage s'intéressent à la dynamique par laquelle « le pluriel prend forme » dans des contextes socioculturels diversifiés, essentiellement des sociétés issues de métissages multiples et liées à la France postcoloniale (Guyane, Mali, Île Maurice, La Réunion, Tahiti, Burkina Faso, Sénégal). Le but, ici, est d'aller au-delà des simples descriptions de la pluralité des savoirs, des conduites, des thérapeutes ou des étiologies. L'enjeu est de mettre à jour les facteurs qui influent sur les itinéraires thérapeutiques de malades qui semblent s'accommoder facilement de l'usage simultané d'une pluralité de soins apparemment contradictoires et fondés sur des théories éthnomédicales incommensurables.

Un premier constat qui se dégage de ces ethnographies est que le pluralisme se présente sous la forme d'une multitude de « singularités » ; quelles qu'en soient les formes, ce pluralisme est la règle et non l'exception dans l'ensemble des sociétés

étudiées. Une première explication tient à la nature des groupes ethniques en présence, à la spécificité des rapports historiques qu'ont entretenus des cultures ethnomédicales et religieuses originales, aux dynamiques interethniques et aux rapports sociopolitiques propres à chaque société de même qu'aux modalités d'intégration de la biomédecine. Mais, dans le cadre de ces rencontres de sociétés, le pluralisme médical n'est aucunement réductible à un « produit » historique : il est une dynamique qui façonne les rapports sociaux. Une illustration en est l'impact des ethnomédecines sur les dynamiques identitaires. Chappuis, par exemple, analyse le rôle de certaines « maladies frontières » qui, en tant que « zones de résistance » d'une identité menacée, fondent l'identité des Wajana de la Guyane française. Le pluralisme devient un stimulant qui, dans un contexte de confrontation interculturelle, permet au chamanisme traditionnel, non seulement de subsister, mais de se renouveler à travers un processus syncrétique d'intégration de savoirs et de pratiques autres. Dans certains contextes, on assiste même à un processus d'inversion symbolique qui consiste à attribuer les pouvoirs thérapeutiques les plus élevés aux groupes ethnoculturels occupant le bas de la hiérarchie sociale. C'est ce que montre Taverne avec les cas des Noirs Marrons et des Amérindiens de Guyane qui voient le pouvoir de leur médecine créole être consacré par le biais d'une « idéologie naturaliste des racines » véhiculée par les Blancs : comme le fait remarquer Sturzenegger, c'est aussi le cas des Indios du Chaco Argentin consultés par les Créoles chez qui, « paradoxalement, les pouvoirs attribués à l'Indien témoignent de sa marginalité » (p. 87). Dans d'autres cas — notamment celui que relate Micollier, le Qigong chinois — le recours aux pratiques traditionnelles peut être mis au service d'une logique politique axée sur la réactualisation « scientifique » de ces pratiques par un État préoccupé de renforcer sa légitimité et de donner des assises scientifiques à la médecine chinoise exportée. Mais le pluralisme médical (tout comme le pluralisme alimentaire à La Réunion, selon Cohen) ne fait pas que définir les frontières de l'identité ethnique. Dans plusieurs cas, comme le montre Benoist à travers l'étude du *Sivananda Healing Center* de l'Île Maurice, « les lieux de soins sont des lieux privilégiés de perméabilité interethnique » (p. 95), des lieux de pratique interethnique des soins, de convergence des religions, et par là, des groupes sociaux. De même, Jacquemot montre que le *terreiro* umbandiste, loin d'être le lieu fermé de l'exclusivisme thérapeutique, est le « lieu d'accès privilégié aux conduites de recours pluriels » (p. 170). Bref, le pluralisme médical peut tantôt définir les frontières de l'identité ethnique, tantôt devenir un lieu d'échange interethnique.

Au-delà de cette trame de fond marquée par les logiques de reproduction ou de redéfinition de la dialectique identité/altérité, se dessine une pluralité de motifs guidant les choix thérapeutiques. Jacquemot invoque la classification étiologique en maladie matérielle et maladie spirituelle comme facteur délimitant les sphères d'action de l'umbandisme brésilien et de la biomédecine. Radi et Headley en arriveront aux mêmes conclusions dans leurs analyses du recours aux médecines traditionnelles et à la biomédecine au Maroc et à Java, tout en reconnaissant toutefois que, chacune ayant son champ spécifique d'activité, il n'y a ni réfutation de l'une par l'autre ni même interférence, le malade les consultant pour des raisons différentes. Vernazza-Licht propose, dans un autre registre, que le recours des sidéens

français aux médecines parallèles fait d'eux des « réformateurs sociaux », car il leur offre un « moyen de s'individualiser par rapport aux autres patients » en dénonçant l'apathie et l'attitude de perdants de ceux qui ont une confiance aveugle en la biomédecine. Ce recours devient un geste de protestation contre l'institution médicale à laquelle une société intolérante a délégué le pouvoir de contrôler ses déviants.

Le recours aux médecines traditionnelles peut aussi servir d'« outil de promotion sociale et d'apprentissage professionnel dans des professions relatives au champ de la pourvoyance médicale » (p. 421), comme le montre Epelboin à partir de l'analyse détaillée de l'itinéraire thérapeutique d'un jeune Sénégalais possédé par les *djinn*s. Les multiples consultations faites en France, au Sénégal et en Arabie saoudite constituent une sorte de voyage initiatique qui fera du possédé passif un possédé actif apte à guérir. Mais le recours aux médecines « alternatives » résulte aussi, parfois, d'une certaine imperméabilité de la biomédecine aux attentes et aux besoins des populations. Desclaux, par exemple, montre de quelle façon la propension des professionnels de la biomédecine à culpabiliser les mères pour les maladies de leurs enfants conduit à l'abstention thérapeutique ou, au moins, à un certain retour aux médecines traditionnelles au Burkina Faso. En revanche Bargès, à partir de l'analyse du traitement biomédical de la lèpre au Mali, montre que c'est parfois la médecine occidentale qui balise elle-même ses propres frontières et celle des malades, alors que les thérapeutes traditionnels démontrent plus de souplesse et d'ouverture envers un traitement moins ségrégonniste des lépreux.

L'objectif de l'ouvrage n'est toutefois pas une quête des « logiques » qui gouvernent les choix thérapeutiques. Les collaborateurs étaient invités à se démarquer des approches rationalistes, parfois réductionnistes, qui, à partir du suivi au cas par cas du chapelet hétérogène de pratiques diagnostiques et thérapeutiques, visent à mettre en évidence la régularité, la cohérence et l'ordre logique dans la séquence des étapes de la recherche d'aide. Benoist propose « d'éviter de construire à tout prix des règles là où priment souvent des tâtonnements » (p. 7) et de surinterpréter les faits ; sans tomber dans le piège d'une herméneutique des itinéraires, il conviait les collaborateurs à analyser la conjugaison de logiques multiples et les conditions conjoncturelles qui sapent les tentatives de formalisation de ces itinéraires. Plusieurs des textes concluent d'ailleurs à l'importance d'un retour à une logique pragmatique. Cathébras pense que les motifs idéologiques prévalant dans les années 1970 pour justifier le recours aux médecines « alternatives » (recherche d'une médecine humaniste) feraient place à des motifs pragmatiques de recherche du bien-être et d'augmentation des chances de guérison, bref à une « logique consumériste ». Bourdier souligne qu'en Inde, au-delà des multiples fondements des logiques de recours, « le patient recherche moins une forme de recours particulier qu'une solution efficace, abordable (socialement, économiquement...) et en conformité avec la totalité insécable de la maladie » (p. 436). À Tahiti, selon Lemaître, le recours aux médecines de contact se caractérise par une attitude pragmatique d'ouverture des Tahitiens à toutes les possibilités de soins offertes ; on a besoin « d'optimiser les chances de guérison » en utilisant les moyens qui paraissent les plus adéquats (p. 462). Cette mise à jour des logiques des choix thérapeutiques ne

serait aucunement facilitée par une analyse « microscopique » des itinéraires thérapeutiques ; au contraire, conclut Werner à partir d'une ethnographie minutieuse des itinéraires des Sénégalais de Pikine, « en changeant d'échelle, la complexité augmente et le microcosme familial devient un univers qui se dérobe à l'investigation » (p. 387).

En faisant écho à ces observations, Benoist soulève deux questions fondamentales dans sa conclusion : la rationalité sous-jacente aux itinéraires et leur quête de sens. Il met les anthropologues en garde contre la hantise « de ne laisser subsister aucune incohérence dans les conduites » et l'obsession de « voir dans chaque itinéraire la concrétisation d'un projet de trajectoire » (p. 500). Même si les analyses présentées dans ce livre mettent en évidence une part d'indétermination dans les cheminements thérapeutiques individuels, il faut une grande prudence pour avancer que tout se déroule « dans la dynamique d'une micro-historicité individuelle souvent imprévisible et construite à coup de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents » (p. 501), que le sens des recours pluralistes « se développe plus dans la marge d'autonomie du sujet que dans le cadre des règles de la société et des connaissances et des valeurs qu'on y partage » (p. 501). Si l'anthropologie moderne doit dépasser l'évaluation de « la » logique des comportements de recherche de soins, elle ne peut évacuer l'analyse des conditions du recours à la pluralité des corps de logiques « alternatives » (symbolique, de participation, consensuelle, de sens commun, etc.) qui encadrent les comportements individuels. Même si les soignants ethnomédicaux et les soignés s'accrochent à des logiques divergentes sans y voir de contradictions, il faut éviter le risque de réduire ces recherches de soins à une fonction utilitariste de recherche de moyens complémentaires de guérison et à une « recherche d'action, d'efficacité » c'est-à-dire à un simple désir de transformer positivement un état en exploitant toutes les voies disponibles. Même si les anthropologues interprètent, parfois abusivement, les recherches de soins comme des quêtes de sens de la maladie, le recours aux thérapies plurielles ne peut être réduit à une simple quête de soins efficaces : ces démarches sont chargées de sens et les thérapies sont productrices de sens. Les polémiques autour de ces questions fondamentales pour l'anthropologie de la maladie contemporaine soulevées en conclusion ne font, toutefois, que souligner la pertinence du matériel ethnographique présenté dans cet important ouvrage.

Raymond Massé
Département d'anthropologie
Université Laval

Daniel R. WOLF, *Les « Rebels » Une fraternité de motards hors-la-loi*. Trad. par Marie-Cécile Brasseur. Montréal, Éditions Balzac, 1995, 406 p., append., bibliogr., gloss., index.

Cet ouvrage est une étude ethnographique d'un groupe de motards hors-la-loi des prairies canadiennes réalisée au début des années 1980. L'auteur, Daniel R. Wolf, s'adresse au lecteur sous le nom de « Coyote », en tant qu'ancien membre