

Serena Bindi est anthropologue et maître de conférences à l'Université de Paris, au sein du Centre d'Anthropologie culturelle (CANTHEL). Ses travaux, basés sur des matériaux ethnographiques collectés dans l'État indien himalayen de l'Uttarakhand, s'inscrivent dans les domaines de l'anthropologie du religieux et de l'anthropologie de la santé. Elle s'est intéressée à la possession oraculaire ; aux aspects matériels et corporels du religieux ; aux processus de patrimonialisation de la possession ; au pluralisme thérapeutique. Ses recherches actuelles portent sur la gestion conflictuelle des traumatismes engendrés par les catastrophes naturelles meurtrières qui ont récemment touché la région. Elle s'intéresse à l'expérience du deuil et à la gestion des émotions et des troubles somatiques entraînés par la perte d'un proche, dans un paysage thérapeutique en mutation, où les rituels de possession coexistent de plus en plus avec des pratiques psychologiques et psychiatriques d'introduction récente.

Jean Benoist est médecin et anthropologue. Successivement chef de laboratoire des Instituts Pasteur d'outre-mer, professeur à l'université de Montréal – où il a contribué à la création du département d'anthropologie et créé le Centre de Recherches Caraïbes – puis à celle d'Aix-en-Provence, il a travaillé sur les sociétés créoles (Guadeloupe, Martinique, Réunion, île Maurice, Haïti). Ses recherches ont porté sur plusieurs domaines de l'anthropologie : structure génétique de populations abordée sous l'angle biologique et sous celui des modulations sociales de ces structures (isolement, relations raciales, isolats) ; sociétés de plantation dans les îles créoles ; formes de l'hindouisme implanté dans les îles (Antilles, Mascareignes) par les travailleurs immigrés au XIX^e siècle. Cela l'a conduit à passer de la connaissance des structures sociales et culturelles des sociétés créoles, et de leur rapport au religieux, à l'étude des rapports entre les pratiques médicales et la culture. Une part importante de ses travaux porte ainsi sur l'anthropologie médicale, qu'il a enseignée à Aix-en-Provence de 1981 à 2000. Il a aussi été l'un des fondateurs du Comité international des études créoles, puis de l'association AMADES.

Mots-clés : religion – thérapeutique – biomédecine – pluralisme médical – sociétés créoles

Les entrelacs de la maladie et de la religion, un continuum de recours. Entretien avec Jean Benoist.

Serena Bindi,
Université de Paris / CANTHEL

Jean Benoist,
Anthropologue et médecin

« La recherche est une prodigieuse leçon de modestie. Pratiquement jamais les schémas sur lesquels on a raisonné initialement se révèlent exacts ; il faut constamment les retoucher, les réviser. Ce n'est qu'à ce prix que le modèle devient un outil efficace. Leçon de modestie, mais aussi de persévérance, puisque peu à peu les problèmes s'éclairent et se simplifient. » (M. Tubiana, 2007).

Vous avez parcouru un long chemin conduisant de la médecine à l'anthropologie biologique et jusqu'à l'ethnologie orientée vers l'étude de la culture, de la thérapeutique et de la religion des sociétés créoles. Pourriez-vous revenir sur votre itinéraire de recherche ? Comment avez-vous choisi ces terrains et ces sujets ?

J'ai toujours eu le goût du décentrement. Je n'ai jamais accepté de demeurer longtemps occupé à la même tâche, à la même question intellectuelle, dans un même univers de pensée. Dès mes premiers souvenirs d'adolescent, je me vois aux prises avec une contradiction : j'étais fortement attiré par les sciences de la nature et tout autant par la littérature et l'art. C'est dans la quête de conciliation de ces deux pôles, que je me suis acheminé sans le savoir vers l'anthropologie (on préférerait alors dire « ethnologie »). Pour éviter de rester trop superficiel, il m'est apparu au cours de mes études médicales que la meilleure préface à l'exploration globale de l'homme était la médecine : elle donne accès à toute la biologie, à toute la structure du corps, à toutes ses altérations, mais aussi à tous les dialogues. Le médecin est le seul qui puisse dire à quiconque de se déshabiller, de se laisser palper, le seul à pouvoir lui poser les questions les plus intimes sur son corps, sur sa vie, sur ses sensations, ses interprétations. Il pénètre dans son malade comme le romancier dans son héros. Pour dépasser toutefois la médecine, j'ai fait en même temps une licence en sciences (physiologie et chimie biologique) et j'ai suivi les cours d'ethnologie que donnaient, à la faculté de lettres de Lyon, le jeune André Leroi-Gourhan et Gabriel Manessy.

J'ai ensuite été élève de l'institut Pasteur, période durant laquelle j'ai également beaucoup fréquenté les chercheurs du Musée de l'Homme et obtenu le certificat d'ethnologie. Devenu chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de la Martinique, j'ai commencé mes recherches sur la même lancée. Travaux sur les maladies tropicales, sur la lèpre et sur la drépanocytose, et mise en marche de ma future thèse d'anthropologie. Je commençai aussi à publier quelques textes purement ethnologiques.

Il m'apparut très vite que les gens étaient profondément marqués par la discipline dans laquelle ils avaient été formés, qu'ils y trouvaient littéralement leur identité. On *est* un philosophe, ou un anthropologue, un biologiste, un botaniste, un scientifique ou un littéraire. On peut, et même on doit, regarder de l'autre côté des frontières, mais les franchir ne signifie nullement les effacer. J'eus d'emblée l'ambition d'avoir littéralement une double nationalité disciplinaire. D'ailleurs André Leroi-Gourhan, docteur ès lettres et docteur ès sciences, cautionnait par sa vie ma démarche et il l'a par la suite encouragée. J'ai donc tenu dès le début de mes recherches à acquérir une formation aussi solide en médecine et en anthropologie. Le fait d'enseigner, dès l'âge de 30 ans, à l'université de Montréal a été crucial à cet égard. Nous avons construit un département en harmonie avec ce qui se faisait dans la plupart des universités des États-Unis, fort loin de la néfaste coupure entre Sciences et Lettres qui sévit en France jusqu'à l'émergence si difficile de sciences sociales capables de fuir cette dichotomie mais qui demeurent toujours très imprégnées de philosophie et assez peu de sciences de la nature. Nos étudiants recevaient des cours et faisaient des travaux dans les quatre branches de l'anthropologie que sont l'archéologie, la linguistique, l'anthropologie biologique et l'anthropologie sociale et culturelle. Tout étudiant devait suivre une formation dans chacune d'elles.

Dès mes premières recherches j'ai conjugué le social et le biologique. Ma thèse porta sur le métissage. Il a formé la population martiniquaise ; j'étudiais le métissage au niveau biologique, avec les indicateurs morphologiques et génétiques dont on disposait alors, puis la dynamique sociale qui, en structurant les rapports entre groupes

d'origine, en filtrant les unions, en les canalisant, permettait de comprendre à la fois la réalité biologique et les fondements sociaux de son émergence et de ses particularités. Dans le même esprit, je pus faire émerger un vaste programme de recherche en collaboration avec l'INSERM. L'analyse généalogique de la structuration des unions au sein d'un petit territoire (l'île de Saint-Barthélemy, 14 km²) cloisonné en sous-populations a révélé l'impact de cette structuration sociale sur l'évolution génétique, tant normale que pathologique de cette population.

C'est dans ce cadre intellectuel que j'ai été confronté à un autre moment aux phénomènes religieux.

Je peux donc dire que mon « itinéraire » a été une perpétuelle tentative d'associer des extrêmes, à la fois par instinct presque irrésistible de ne pas me laisser emprisonner et par la maturation progressive de ma quête des interactions du biologique et du social, de la maladie et de la culture. Cela devint l'inaccessible mais essentielle étoile polaire qui orienta mes choix ultérieurs. Tout alors a dépendu du hasard des rencontres et des propositions reçues. Ce n'est donc que rétrospectivement que l'on peut parler d'un itinéraire, car ma logique a toujours été celle du trajet du promeneur et non pas la quête d'un objectif précis vers lequel on se tend. Une flânerie intellectuelle orientée est plus féconde qu'un projet structuré qui paraît clair au départ mais qui peut pousser à se plier aux exigences du moment, qu'elles proviennent de la mode ou des institutions.

Et c'est au long de ce chemin que j'ai rencontré les entrelacs de la maladie et de la religion.

Comment en êtes-vous venu à vous intéresser au rapport médecine / religion ?

Initialement, ce fut dans ma rencontre avec l'hindouisme lors d'une démarche de recherche qui en était a priori très loin mais dont la logique me poussa inévitablement dans cette direction. Par la suite, le vaudou haïtien, diverses pratiques de thérapie en France et au Québec, au Bénin et à l'île Maurice ont élargi mon champ d'observation.

Devant vivre plusieurs années à la Martinique, j'avais entrepris de décrypter une structure globale que masquaient alors les apparences immédiates et un discours du type : « C'est un département français comme les autres ». Cela pouvait sembler juste si on ne s'en tenait qu'aux dimensions administratives et aux infrastructures (santé, enseignement, équipement routier) qui étaient effectivement bien plus proches de ce qui existait sur le territoire français que de ce qu'offraient les autres îles de la Caraïbe. Mais au-dessous de cet ordre-là, il y en avait un autre, qui structurait la société selon de toutes autres forces, l'ordre de la « société de plantation », sur lequel n'avaient pas porté de travaux en français, alors que Porto-Rico, la Jamaïque, Trinidad, et le Brésil, entre autres, avaient été bien analysés par des chercheurs anglais et américains (M. G. Smith, C. Wagley, S. Mintz, E. Wolf, entre autres). Je me demandai quelle était la validité de ce modèle à la Martinique, à la Guadeloupe et à la Réunion. Long travail de terrain qui a abouti à diverses publications. J'ai travaillé à la fois au sein des élites dirigeantes et des paysans et ouvriers agricoles des grandes plantations et j'ai rencontré, chez beaucoup de ceux qui descendaient de travailleurs indiens engagés au XIX^e siècle, la pratique de cultes hindous. Comme beaucoup, j'avais vibré dans

ma jeunesse à la lecture de Lanza del Vasto, de Gandhi, d'Auribindo, de Romain Rolland, etc. Je rencontrai à la Martinique des gens qui pratiquaient des cultes issus de l'hindouisme ! Un hindouisme populaire, celui des campagnes d'où venaient leurs ancêtres. Cette religion étant l'une des composantes de leur vie quotidienne, je ne pouvais pas la contourner ou ne l'aborder que superficiellement. C'est donc devenu une étape essentielle de mon travail anthropologique (et cela aboutit plus tard à mon livre *Hindouismes créoles*, 1993).

Or, pour reprendre la distinction de Mandelbaum, cette forme de l'hindouisme ne comporte pas seulement des aspects transcendants mais aussi une dimension pragmatique. On s'attend que les dieux auxquels on offre des prières, des cadeaux, des rituels, accordent des faveurs dont on les récompense par la suite en accomplissant d'autres rituels. On demande bien des sortes de faveurs mais la plupart concernent la protection de la santé ou la guérison de la maladie. Je tiens à remarquer d'emblée que même si j'ai employé le mot de « guérisseur » dans quelques textes pour désigner certains de ceux qui conduisaient ces cultes, je les considérais, ils se considéraient, et leur public les suivait en cela, comme des « prêtres », interlocuteurs du monde surnaturel qu'ils pouvaient solliciter. À travers eux ne se déroule donc pas une rencontre entre médecine et religion, mais un temps intégré comprenant à la fois ce que nous isolons sous le terme de « prière » et ce que nous isolons sous le terme de « soin ». C'est le surgissement d'un rapport avec le surnaturel qui se présente selon la situation et la demande que transmet le prêtre... Nous sommes là à la source commune de la médecine et de la religion : les questions fondamentales, même si elles demeurent informulées, sur le sens de la vie et de la mort. « Pourquoi est-ce que je souffre ? Pourquoi ceux que j'aime meurent-ils ? ». On tente d'échapper au cul-de-sac de la réponse proprement scientifique. Malraux n'avait-il pas écrit que notre société est la première à donner au monde une explication sans lui donner de signification ? Il continuait par ces mots : « On peut vivre selon Bouddha ou selon Jésus. On ne peut pas vivre selon Darwin. »

Cette absence de frontières religion/maladie fut pour moi la grande leçon que l'hindouisme m'a donnée à mes débuts en ces matières. Par la suite, j'ai tenté d'en tirer parti, non pas en généralisant mais en cherchant ce qui, au moins partiellement, se retrouve dans la plupart des rapports entre des individus et la mort ou la maladie. Que leurs explications et le choix de leurs actions face à ces questions inévitables soient liés ou non à des religions formalisées, à des modes d'explications véhiculés au sein de traditions, à des réflexions philosophiques ou à des références scientifiques apparaît alors comme autant de variations dans les modalités de réalisation sociale d'une démarche fondamentalement homologue de celle que m'avaient apprise les modestes prêtres auxquels s'adressaient les travailleurs des plantations.

Les règles qui, de façon croissante, encadrent la pratique de la recherche en anthropologie, et notamment dans le domaine de la santé, sont décrites souvent comme un obstacle. Que pensez-vous de l'extension du modèle de l'éthique biomédicale à la recherche en sciences sociales ? Quelles peuvent être les normes d'une éthique de la recherche en anthropologie de la santé ?

Vous me posez là une question qui me fait sortir de mon domaine de compétence, et je ne peux que vous donner une opinion personnelle, fondée sur mon expérience. La règle fondamentale de l'éthique médicale est de ne pas nuire au malade, par action ou par omission. L'anthropologue lui, à mon sens, a pour règle de ne pas nuire à la communauté qui l'accepte, à ne pas y créer des tensions, à ne pas s'engager dans ses luttes internes, à ne pas faire la propagande de son idéologie. J'irai plus loin : comme un individu, une société a droit à sa vie privée. Ce qu'elle cherche à cacher, quelle qu'en soit la raison, il n'a pas à le divulguer. Par deux fois, j'ai fait ce choix. Le premier était assez simple, il s'agissait de la protection collective d'un individu poursuivi pour un délit. Bien qu'ayant tout appris au sujet de son acte, assez grave, j'étais tenu au devoir de n'en rien dire, pas même dans mes écrits. Le second est plus important. J'ai fait une recherche sur des pratiques religieuses marginales (magie, invocation d'esprits, sacrifices d'animaux) exercées en vue de soins. Elles étaient violemment refusées par l'orthodoxie religieuse et par l'élite sociale au pouvoir. Des collègues du pays, tout en m'ayant aidé dans cette recherche, m'ont demandé de ne rien en publier en raison du risque qu'ils pouvaient encourir. Pas un risque vital, mais le risque d'obstructions subtiles au cours de leur carrière. Je me suis donc abstenu.

Quant à l'application des règles éthiques que les recherches médicales sont tenues d'appliquer lorsque des êtres humains sont en cause, il me semble que la rigidité est un obstacle (par exemple le consentement éclairé), mais que la souplesse peut conduire au laxisme. Bien des communautés amérindiennes nord-américaines exercent une surveillance étroite de ce que fait, voit, dit l'anthropologue ; d'autres sociétés semblent ignorer sa présence et ses œuvres. À mon sens, les approches de la médecine et de l'anthropologie sont si différentes que des règles éthiques communes ne peuvent qu'être souvent en porte à faux avec le réel. Sauf sans doute dans des travaux d'anthropobiologie des populations, impliquant un échantillonnage, des prélèvements, et donc un consentement. Là, on est très proche de la recherche médicale.

Mais dans un autre domaine, qui me paraît important, on parle beaucoup de l'obligation morale de la restitution des résultats de la recherche sans penser que cette restitution peut créer des conflits au sein de la communauté même : des acteurs, même rendus anonymes, peuvent être identifiables. La diversité interne de l'anthropologie me semble exiger une réflexion éthique qui soit propre à la discipline.

Vous avez organisé un colloque, qui s'intitulait « Qu'est-ce que guérir ? », à propos des dimensions culturelles et religieuses de la santé. D'après vous, qu'est-ce que guérir ?

Ambroise Paré a écrit : « Je le pensai jusqu'à la fin de la cure, et Dieu le guérit. » On ne peut mieux dire. Partage du soin et de la guérison : il y a ceux qui se disent « soignants » et ceux qui se disent « guérisseurs », ceux qui croient au ciel et ceux qui n'y croient pas...

Et le réel de la maladie dans tout cela ? Jamais la médecine, hospitalière ou privée, ne présente d'« offres de guérison », elle offre des soins. Par contre les « médecines autres » parlent de guérison. Cela mérite réflexion. Promesse de charlatans ou certitude

de thaumaturges ? Mythes spiritualistes qui disent que la matière est soumise à l'esprit et que l'on guérit le corps en passant par l'âme ? Affirmation, chez certains, qu'ils ont fait une découverte que la science récuse pour d'obscures raisons ? Même s'il y a un peu de tout cela dans les « offres de guérison », se contenter de ces explications serait d'une vue un peu courte.

La présence de divers modes de prise en charge de la maladie est bien trop forte, leur acceptation bien trop générale pour que ces raisons suffisent. Ce n'est pas le *contenu* ou la forme de ces offres qui fait leur force : c'est leur *message*. À mesure que la validité biologique de tant de pratiques apparaît bien faible, leur attrait demeure. Si elles laissent de plus en plus à la biomédecine le soin de « panser », leur part de mystère les place toujours du côté du « guérir », malgré l'érosion du divin.

La technicité croissante de la médecine a entraîné son abandon des paroles qui expliquaient ou consolait sans nécessairement agir sur le corps malade. Mais ce reflux du médecin l'a écarté de vastes parts du champ des malheurs et des angoisses humaines. Or, ne parler que de « médecine », de « soins », c'est se tenir à la surface d'un sous-sol profond. Et l'anthropologue se doit d'éviter de rester ainsi en surface. Sans cesser d'être exigeant sur la réalité du corps malade, il doit porter son attention sur la demande de secours que lancent les êtres humains lorsque le mal ou le malheur les saisissent, et faire comprendre qu'il existe un vaste continuum de recours et que ce continuum est construit de façon variable selon les sociétés. Et que guérir attend un message audible, sous peine de laisser une cicatrice intérieure qui masque la guérison.

Car si la santé, disait René Leriche, est « le silence des organes », il ne faut pas oublier que ce n'est pas un organe que perçoit, que conçoit un malade. Son état biologique, normal ou pathologique est un fait de nature, mais aussi un fait pensé, pensé culturellement, donc de bien des façons. Et quand l'organe s'est tu, la pensée de la maladie, de l'état de malade, cette représentation peut longtemps persister. Et il faut également soigner la représentation pour guérir pleinement. Qu'elle vienne de Dieu ou qu'elle suive toute autre voie de l'inconnaissable, cette attention à la représentation répond à la seconde partie de la phrase d'Ambroise Paré.

Pourriez-vous revenir sur les auteurs qui ont le plus apporté à vos travaux ?

Ce ne sont pas des ouvrages d'anthropologie médicale que je placerais au premier plan, mais deux livres que je considère comme fondamentaux. Le premier est l'œuvre d'un historien, l'énorme et magnifique livre de Marc Bloch, *Les rois thaumaturges* (1983). L'autre est le livre de Roger Bastide, *Les religions africaines au Brésil* (1960). Celui de Marc Bloch donne une trame critique indispensable à tout chercheur qui souhaite observer les rapports entre religion et maladie. Le livre de Bastide m'a apporté des clés de lecture de la réalité complexe de l'exil des dieux en terre étrangère et des enchaînements sociaux que ce transfert entraîne. Je dois dire qu'en écrivant *Hindouismes créoles* (1993), j'ai souvent pensé à ce livre de Bastide et que j'ai tenté alors de donner un petit frère hindou aux cultes africains qu'il étudie et qui, transplantés les uns et les autres dans une société de plantation où leurs fidèles étaient socialement écrasés, leur ont donné un passé, un ethos et leur ont permis d'élaborer leur société.

Laissez-moi parler un peu longuement du livre de Marc Bloch, à la fois fondamental et pas assez lu par les anthropologues s'intéressant aux interventions d'origine religieuse dans les soins donnés à des maladies.

Le livre dit l'histoire d'un miracle royal : le roi de France, et pendant un certain temps le roi d'Angleterre, avaient reçu de Dieu le pouvoir de guérir une maladie qui se nommait « les écrouelles ». Pendant un millénaire les rois de France ont consacré du temps et fait des tournées pour aller toucher les malades que guérissait leur pouvoir sacré. Ils attestaient ainsi du caractère sacré de leur royauté. Toute la hiérarchie culturelle et sociale partageait cette croyance avec le peuple ; véritable patrimoine, elle était fondée sur un consensus indiscuté. Quand des doutes ont commencé à se faire entendre, il a émergé un obstacle dont nous trouvons l'analogie de nos jours à propos des soins religieux. Car « pour rejeter comme irréal un fait que proclament ainsi une multitude de témoins ou prétendus témoins, il faut une hardiesse que seule peut donner, ou justifier, une connaissance sérieuse des résultats obtenus par l'étude du témoignage humain » (Bloch, 1983 : 413). La pression est forte contre ceux qui doutent. Et Marc Bloch poursuit en constatant qu'alors « malgré les apparences, la démarche intellectuelle la plus simple et peut-être la plus sensée était alors d'accepter le fait considéré comme prouvé par l'expérience commune; quitte à lui chercher des causes différentes de celles que lui attribuait l'imagination populaire » (*loc. cit.*). Comment sait-on que le roi guérit, si ce n'est par le témoignage de « guéris » ? Il est très difficile de sortir du consensus général sur la véracité des faits et de leur explication. Or, « Avant de rechercher comment les rois guérissaient, n'oublions pas de nous demander s'ils guérissaient vraiment [...] Le vrai problème sera donc de comprendre comment, alors qu'ils ne guérissaient point, on a pu croire à leur pouvoir thaumaturgique » (*op. cit.* : 420) L'observateur de l'extérieur doit faire preuve de ce regard éloigné. Cette démarche est essentielle pour comprendre sur quelle base les porteurs d'écrouelles se disaient guéris. On constate que cette base consiste en des attestations et que, lorsqu'on remet en cause certaines questions, on n'aborde jamais les fondements factuels. Cela demande une exigence que n'ont pas toujours les auteurs qui « réfléchissent » sur la guérison et leur rappelle que notre recherche ne doit jamais interférer avec nos convictions personnelles. Il est une merveilleuse éducation à une anthropologie des rapports santé/religion, ce livre de Marc Bloch : une anthropologie qui sache à la fois raison garder et vivre avec empathie les relations avec ceux dont l'anthropologue tente de comprendre la pensée.

Quant à ce qui est plus strictement anthropologique, je vois émerger quelques références qui ont balisé des étapes de mes réflexions, comme Arthur Kleinman (1980) dans *Patients and Healers in the Context of Culture* qui me paraît un modèle d'équilibre de l'analyse d'un terrain solide et qui n'a aucun de ces discours théoriques prétentieux qui m'ont écarté d'autres auteurs. C'est à la rencontre avec les travaux de Charles Leslie que je dois l'éveil de mon attention envers le pluralisme médical, à laquelle mes terrains ont admirablement répondu. Mais ce qui a le plus compté, c'est la masse des travaux qui se sont accumulés, et qui exigeaient de vastes lectures, comme on enseigne aux étudiants en Amérique du Nord à le faire. J'ai de ce fait construit un outil pédagogique qui a été fort utilisé : l'ouvrage *Petite bibliothèque*

d'anthropologie médicale (2002), qui regroupe un grand nombre de comptes rendus parus dans de bonnes revues et rédigés par des spécialistes de qualité. Cette anthologie de recensions donne un vaste panorama de la diversité des travaux et des approches, de la richesse du domaine et de son évolution. J'ai fait deux autres volumes (2008 et 2017) par la suite, et tout est en ligne gratuitement téléchargeable¹.

En France, les rencontres pionnières qu'Alain Epelboin a suscitées à partir de son *Bulletin d'ethnomédecine*² se sont concrétisées dans le volume collectif paru au CNRS sur l'anthropologie médicale en France et ont été pour moi l'occasion de rencontrer plusieurs de ceux qui allaient marquer cette orientation de l'anthropologie. D'autres, bien plus jeunes m'ont beaucoup appris : mes thésards. J'ai dirigé plus de 30 thèses, dont un bon nombre en anthropologie médicale. Plusieurs ont été pour moi une incitation à pousser plus loin les réflexions, à m'ouvrir à des thèmes que j'avais négligés, et je pense que la dialectique intellectuelle qui se noue tout au long du suivi d'une thèse est l'une des plus riches formations complémentaires que puisse recevoir un enseignant.

Dans l'ouvrage Soigner au pluriel (1996), un livre important que vous avez édité sur le pluralisme médical, on découvre comment les individus franchissent les barrières entre différents systèmes et passent d'un corps de référence à un autre, alors que, inversement, les praticiens ont tendance, le plus souvent, à souligner l'exclusivité de leurs pratiques et l'incompatibilité de celles-ci avec d'autres. À la Réunion puis à l'île Maurice, vous avez été amené à travailler sur ces modes de coexistence de plusieurs systèmes de référence étiologique et de prise en charge de la maladie. En approchant les itinéraires thérapeutiques des individus dans ces contextes thérapeutiques pluriels, est-il possible, d'après vous, de dégager des hiérarchies ou des logiques dans le comportement face au mal ?

Cette question est très complexe. Mais quelques constats s'imposent. Le premier tient à la diversité des offres de soin, qui est présente dans toute société et qui construit son « système médical ». Mais attention, « système médical » au sens où l'entendent les anthropologues, incorporant, hors de tout jugement de valeur, toutes les offres, connaissances, pratiques de soin disponibles dans une société donnée.

La diversité du système, qui inclut des guérisseurs, des hôpitaux, des plantes, des prières etc., implique que le malade ne se cantonne pas à un seul élément. Sa navigation entre thérapeutes ne se fait évidemment pas au hasard : face à un même besoin, ses choix sont orientés par divers motifs sociaux et culturels, conscients et inconscients. Même si sa décision apparaît comme individuelle, son environnement social et familial l'oriente. Comment ? On s'est beaucoup attaché à en déceler la logique. Et c'est là qu'il convient de poser un regard critique sur les données. Il est très difficile de suivre sur une durée suffisante l'enchaînement des décisions qui conduisent d'abord vers telle thérapie, puis vers telles autres. Le récit du malade et

¹ - http://classiques.uqac.ca/contemporains/anthropologie_medicale/index.html

² - *Bulletin d'ethnomédecine* (1980-1987, 39 numéros).

de son entourage supplée souvent à l'observation, et c'est là que diverses confusions sont possibles. Des omissions involontaires, des actes motivés par la maladie mais jugés par le malade comme hors du champ thérapeutique (promesses religieuses, vœux) amputent le tracé intégral de l'itinéraire réel. D'autres actes peuvent sembler en faire partie alors qu'ils sont dus à d'autres raisons. De plus, les réponses, même les plus sincères, se conforment involontairement à des choix-types, à des modèles que l'interlocuteur exprime à partir de ce que sa culture lui a appris à juger bon, à ce qu'il pense de l'attente de son interlocuteur. J'ai pu bénéficier de l'occasion assez rare de suivre au long cours (plusieurs années) les itinéraires thérapeutiques d'un réseau familial où j'étais particulièrement bien introduit. Et l'observation montre combien, dès qu'une maladie s'aggrave, les décisions tiennent à des situations momentanées dont la complexité nous échappe souvent, car beaucoup d'enjeux et d'influences sont en cause dans la diversité des recours. Alors, des hiérarchies ou des logiques ? J'ai peut-être péché par excès de prudence, mais je n'ai jamais pu en prouver. Saisir ce qui se présente, ce que des personnes significatives proposent, sans s'interroger sur les fondements de leurs propositions, et avancer à tâtons : voilà ce que j'ai vu. Un itinéraire thérapeutique a une historicité construite en cheminant entre le hasard et la nécessité.

Quête de sens, quête de soin. Pourriez-vous revenir brièvement sur les termes de ce « débat » que vous avez abordé, notamment dans la conclusion de Soigner au pluriel ?

Quête de sens ? La question m'a toujours gêné. On peut certes se la poser, mais comment y répondre ? Ce que j'ai constaté dans les nombreuses situations que j'ai pu suivre de près, c'est que l'on cherche avant tout un résultat, on cherche l'efficacité. Mais on est souvent démuni pour juger d'avance ce qui peut être efficace. Et après plusieurs échecs « on ne sait plus à quel saint se vouer ». Alors on suit des conseils, on se tourne vers la rumeur publique, on adopte des pratiques qu'on a vu être celles de voisins, de parents, on lit la publicité, on questionne les réseaux sociaux...

On cherche une solution. Peut-être une explication permettrait-elle d'y accéder ? Mais cette explication ne répond pas à une demande presque philosophique « de sens », elle est une quête étiologique, destinée à trouver un soin efficace. Elle surgit bien plus dans l'entourage du malade. Successivement plusieurs « offres de sens » se présentent avec les diverses « offres de soin ». On les accepte ou on les rejette. Je n'ai pas vu qu'elles fassent directement l'objet d'une quête.

Je dois dire que mes observations ne m'ont pas conduit à conclure qu'il y avait quête de sens, car cela m'a toujours semblé à distance de ce que vivent les gens et de ce qu'exprime leur discours.

Dans quelle mesure pensez-vous que ces observations que vous avez faites dans le monde créole se prêtent à généralisation ?

Ce que la créolité a de spécifique, c'est que malgré la grande diversité des origines des personnes, des apports culturels et des cultes, il s'est construit un socle commun, propre à chaque île. Si bien que les apports divers sont un patrimoine commun. Cela entraîne une perméabilité entre les religions (je pense à tels lieux où convergent des

membres de toutes religions), et à une sorte de « bilinguisme » religieux permettant de suivre deux religions à la fois. De ce fait les itinéraires thérapeutiques, lorsqu'il y a lieu de recourir à des thérapies religieuses, passent avec souplesse d'une pratique à une autre : ils ne conduisent pas vers l'inconnu, et ne sont marqués par aucun interdit a priori. Que ce patrimoine soit commun l'emporte alors sur les contrastes des origines et des appartenances. On peut donc généraliser les observations, mais en restant attentifs à cette particularité, qui joue pour l'observateur comme un amplificateur de la diversité des itinéraires et qui défie la quête d'une autre cohérence que celle d'une combinatoire destinée à accroître les chances de guérison.

Les médecines traditionnelles ne sont pas toujours valorisées dans une logique d'efficacité mais aussi dans des logiques identitaires et patrimoniales. Cela se retrouve dans la façon dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en œuvre une politique de préservation et de valorisation de la médecine traditionnelle sous la forme de ce qu'elle nomme les « Médecines Alternatives et Complémentaires (CAM) ». Il y a néanmoins une tendance à la valorisation de la médecine des plantes, à la mise en avant de l'efficacité de principes actifs de ces dernières ou de l'efficacité mécanique de certains gestes. En revanche, le rite et son efficacité au niveau du « sens » sont difficilement pris en compte dans cette démarche de valorisation et intégration des médecines CAM. Qu'en pensez-vous ?

Qu'entendez-vous par « logique d'efficacité », plus exactement que prenez-vous en compte pour parler de l'efficacité d'un soin ? La déclaration d'Alma Ata et les prises de position de l'OMS vis-à-vis de la médecine traditionnelle sont entravées par leur origine ambiguë. D'une part, l'impossibilité d'assurer dans le monde entier des soins équivalents à ceux que reçoivent les malades des pays les mieux équipés, a poussé à répondre au moindre coût aux besoins de soins. La réalité économique a poussé à la quête de médicaments aisément accessibles et une liste des médicaments essentiels a été établie ; on a aussi cherché ce qui pouvait être utilisé parmi les ressources locales. Et là s'est faite l'articulation avec les thérapies traditionnelles, l'OMS ne pouvant toutefois s'évader loin de la logique scientifique.

Les pratiques rituelles, même lorsqu'elles répondent à des demandes de soin, ne sont pas des thérapeutiques au sens où l'OMS peut l'entendre. Tout au plus sont-elles vues comme des sortes d'excipients de médicaments actifs que l'on tente de démêler de leur environnement rituel. Cela rend sourd au message du rite. L'objectif exprimé a été d'obtenir une production locale et peu onéreuse à partir de la pharmacopée traditionnelle. Divers laboratoires, comme celui d'ethnopharmacologie de Metz, se sont centrés sur l'analyse des plantes à la recherche de molécules biologiquement actives, tandis que, sur le terrain, des chercheurs comme ceux de Tramil, ont relevé les pratiques, les recettes, les modes d'administration.

Mais, dans les deux cas, il reste un vide, majeur à mon avis : c'est celui de l'évaluation thérapeutique. On sait que celle-ci n'est pas demandée en France pour les plantes médicinales, dont l'autorisation de mise sur le marché ne repose que sur la tradition et sur l'examen de la conformité botanique du produit en vente.

J'en viens à l'essentiel de votre question ; déjà « la mise en avant de l'efficacité des principes actifs » est très sommaire, et même si l'on prouve les effets physiologiques de certaines substances extraites de plantes, cela ne dit rien de ce qui se passe dans la pratique des thérapeutes traditionnels, qui administrent la plante entière (dont le contenu en produits actifs est variable), dans un accompagnement qu'on néglige. Et surtout dont on n'a d'autre écho de ses effets que les discours de ces thérapeutes et de ceux qu'ils ont traités. Si cela peut avoir valeur d'indice, ce n'est jamais une preuve ni une mesure et l'OMS ne peut donc que se tenir à distance.

Sans doute cette distance serait-elle encore plus grande si n'entraient en jeu des motivations liées aux relations internationales. Enjeu identitaire, revendications d'égalité entre cultures, affirmations de la qualité de connaissances que l'on dit écrasées dans des confrontations internationales qui les occultent : bien des États membres se placent sous cet angle même s'ils s'expriment comme s'il s'agissait uniquement de ressources pour soigner.

Or il existe dans toute médecine, traditionnelle ou non, des discours étiologiques, des symboles gestuels et visuels accompagnant le soin, enveloppant non pas le médicament mais le malade. Tels des bras entourant l'enfant malade, quel qu'il soit et quels que soient ses symptômes. Dans son langage, selon ses propres conceptions de la maladie, il reçoit des réponses d'une personne en qui il a confiance, confiance fondée sur des pouvoirs qu'il lui reconnaît. On trouve au sein cet ordre des choses que l'OMS ne peut accepter. Car réintégrer ces médecines traditionnelles dans le cadre mondial, à égalité avec toutes autres, ce n'est pas valoriser ce qui en elles peut donner prise à la critique de leur rationalité. On cherche donc à sauvegarder les médecines traditionnelles à partir de critères « scientifiquement corrects ».

Il y a là un rôle à jouer par les anthropologues, à condition qu'ils ne se prêtent pas aux déraillements de ceux qui veulent à tout prix croire à cette « efficacité symbolique » si mal construite par Lévi-Strauss (1949) qui y voyait une « manipulation symbolique de l'organe malade », alors que nous ne disposons d'aucune preuve en ce sens. Le bébé à ne pas jeter avec l'eau du bain est autre. Il est l'impact du rituel sur le vécu de la maladie, vécu qui conditionne souvent pour une bonne part le bien être ou le mal être du malade et dont l'amélioration est pour lui, et en réalité également, une étape de la guérison. Car la cicatrice d'un mal organique guéri peut être un inéluctable sentiment d'être toujours malade, sentiment qui se cure autrement que par la pharmacologie ou la chirurgie.

Beaucoup d'anthropologues de la santé sont impliqués dans des débats concernant l'intégration de la médecine traditionnelle – y compris des thérapies faisant appel au religieux – dans les systèmes de santé ou dans des programmes de santé nationaux ou portés par des ONG, tels que le Dava et Dua project en Inde. Qu'en pensez-vous ? Quel rôle peut jouer l'anthropologie dans ce domaine ?

Il existe tant d'offres de soin, allant des hôpitaux aux praticiens les plus divers, tant d'exercices de thérapies sous mille formes, avec des produits à ingérer, avec des manipulations corporelles, avec des échanges de parole, avec des prières, avec des rituels etc. La plupart des offres se disent réelles, donc efficaces, c'est la condition

de leur existence. Mais comment cette efficacité est-elle définie, comment est-elle évaluée ?

Je juge donc plus honnête de m'abstenir de répondre, par ignorance, car je ne veux pas trancher sur la base d'une opinion qui viendrait combler le vide des connaissances. Ce n'est d'ailleurs nullement de la compétence de l'anthropologue de prendre position sur ce sujet. Il peut avoir des opinions, des croyances religieuses, il a le droit de s'appuyer sur elles dans sa conduite et dans ses jugements. Mais pas dans sa recherche ou dans l'expression de ses résultats. Pasteur, très croyant, disait « laisser Dieu à la porte » de son laboratoire. Modèle d'une exigence intellectuelle indispensable. Sur quels critères, sur quelle forme de démonstration, sur quelle logique s'appuierait l'anthropologie pour « valoriser » les thérapies dites « spirituelles » au-delà de leur valeur identitaire et patrimoniale, souvent très forte et qu'il convient de protéger contre les iconoclastes de la culture ?

Ce que j'ai toujours constaté (et cela vaut aussi pour des doctrines de soin plus matérielles, telles l'homéopathie ou l'ostéopathie) c'est que ces thérapies, sans fondement appuyé sur des connaissances scientifiques accumulées, exigent une adhésion, une foi, qui se fonde sur un discours, sur une doctrine et non sur une démonstration par des faits.

Car, d'après tout ce que j'ai pu observer, les médecines douces ne répondent en première instance qu'aux maladies douces. Dès que l'atteinte est plus grave, on s'adresse, où que l'on soit dans le monde et de quelque option religieuse que l'on soit, à la biomédecine. Voyez ce qui se passe avec l'épidémie actuelle... Si le soin échoue, et c'est le destin de chacun qu'il échoue un jour, le spirituel occupe la place et, tel un pansement, il couvre le mal et calme quelque peu la douleur du malade et de son entourage. Et, à ce moment, il peut aider à masquer l'absurdité du malheur.

Vous avez aussi enseigné l'anthropologie aux médecins et futurs médecins. Comment vos cours étaient-ils reçus ?

L'indifférence réciproque a souvent été la seule relation entre sciences sociales et sciences de la santé ; les seules sciences sociales qui ont franchi l'obstacle sont celles qui partageaient les méthodes des sciences de la santé, telle la démographie. L'anthropologie a suscité beaucoup de scepticisme, remplacé désormais par un attrait, voire un engouement. Mais chacun a eu tendance à s'approprier quelque peu le domaine de l'autre. Le médecin considère aisément qu'il lui suffit d'une brève initiation par quelques lectures, ou même quelques cours dispensés en faculté de médecine, pour être en droit de se juger compétent dans cette « science molle ». L'anthropologue travaillant dans le domaine de la santé peut penser être au fait du champ médical, dont il n'a en général qu'une connaissance vernaculaire.

Chacun doit évaluer ses limites. Commençons par le scepticisme médical. Médecin moi-même, ayant travaillé dans des laboratoires de recherche biologique avant de me tourner vers une science sociale, combien de fois me suis-je fait dire qu'il était temps que je revienne à des choses plus sérieuses ! Combien de fois aussi ai-je entendu des anthropologues prendre les médecins pour des êtres insensibles à la réalité humaine, qui « soignent l'organe et non le malade », et autres fadaïses bien éloignées de la réalité de la clinique quotidienne !

Cela dit, comment mes cours étaient-ils reçus ? J'ai eu pour étudiants à la fois de nombreux médecins et des étudiants issus d'un cursus d'anthropologie. Parmi eux, plusieurs ont fait une thèse sur des sujets où les faits médicaux, souvent intriqués aux faits de religion, avaient une place centrale. Une place à part doit être accordée aux psychiatres. Ils ne venaient pas pour préparer une thèse mais pour explorer les confins culturels de la psychiatrie dans la ligne des travaux menés à Dakar à l'hôpital de Fann par Henri Collomb et Andras Zempleni, collaboration exemplaire d'un psychiatre et d'un ethnologue formé à la psychologie. Ils étaient également influencés par l'image de deux chercheurs dont l'influence a été grande au-delà des étudiants : Tobie Nathan et Georges Devereux. L'un et l'autre, de façons très différentes, ont plongé dans les dimensions anthropologiques des problèmes psychiques, Devereux, en proposant ce qu'il a nommé une méthode « complémentariste » ne souhaitait pas fondre les approches mais les combiner en demandant à chacune sa propre contribution, Nathan par l'instauration de consultations de psychologie transculturelle où il associait étroitement sa pratique de psychologue et le langage culturel de ses consultants.

Nombre de mes étudiants médecins avaient fréquenté des ONG humanitaires. Déconcertés par leur expérience, ils venaient chercher des clés pour la comprendre. Je dois dire que c'est à eux que j'ai eu le sentiment que nous apportions le plus. Quelques-uns ont fait le grand saut et sont devenus des anthropologues, et plusieurs ont acquis une grande réputation. Ce qui m'a le plus frappé c'est la réaction de ceux qui, après le DEA, ont continué à exercer en cabinet. Ils me disaient : « Nos rapports avec nos malades ont changé. Nous attachons de l'importance à des faits que nous négligions, nous écoutons mieux, nous en apprenons plus sur nos malades et dans certains cas cela ouvre des perspectives inattendues ». Tout se passe comme si, à la manière dont joue une psychanalyse pour celui qui va devenir psychanalyste, ce qu'on pourrait nommer une « culturanalyse » apportait au regard de ces praticiens le mélange de distance et d'empathie qu'enseigne l'anthropologie

Quelle qu'ait pu être leur orientation ultérieure, la plupart sont restés attachés à ce qui les avait marqués durant cette formation, et c'est sous l'impulsion de deux d'entre eux, Alice Desclaux et Bernard Faliu qu'a été créée l'association Amades relais entre chercheurs et praticiens, qui a donné une véritable impulsion aux publications et à la diffusion de l'anthropologie médicale.

Et, aujourd'hui, que pensez-vous de l'intégration de l'anthropologie médicale dans le cursus des médecins ?

L'option est a priori séduisante mais ce que j'ai pu observer me rend sceptique. On a introduit les sciences humaines et sociales dans les études de médecine, parmi les formations destinées à donner des bases à ce qui sera au centre de leurs études : la nosologie, le diagnostic, le soin, le pronostic. L'intérêt de la plupart des étudiants pour l'enseignement du sociologique et du culturel est faible. Les cours de santé publique et d'hygiène du milieu, et même la notion de prévention sont secondaires à leurs yeux. Il en irait ainsi à plus forte raison de l'anthropologie médicale dont ils n'ont aucune idée quant à l'objet et au contenu. Ces choses molles leur paraissent superflues et périphériques,

ce qui se comprend en raison de l'ampleur du travail que demande la médecine pour acquérir les connaissances techniques sur lesquelles elle s'appuie pour diagnostiquer, pour pronostiquer et pour soigner : cela implique la maîtrise d'un corpus très divers de connaissances scientifiques, de techniques et un entraînement à leur pratique.

Les étudiants sont d'abord sensibles à cela. C'est aussi le cas de la majorité des médecins que j'ai pu rencontrer et pour qui bien soigner est avant tout bien diagnostiquer et bien traiter.

Ces raisons, issues de mon expérience d'enseignant et d'anthropologue, m'incitent à une grande réserve vis-à-vis de l'inclusion de l'anthropologie médicale dans un enseignement initial dont la pertinence ne leur apparaît pas encore et qui peuvent les détourner par la suite d'y prêter intérêt.

Il me paraît plus efficace de créer des D.U. ou des cours post universitaires destinés à des praticiens. En effet, ceux qui ont vécu une certaine pratique, surtout hors d'un hôpital, constatent que bien des personnes qui les consultent viennent pour des choses bénignes, destinées à régresser spontanément. La vraie demande adressée au médecin peut alors être sous-jacente à ce qui est exprimé. Elle médicalise de petits problèmes biologiques pour solliciter indirectement que l'on s'occupe d'une difficulté de vivre. Le médecin, en ce cas, se tourne plutôt vers la psychologie.

Par contre les expériences de l'interculturel vécues par les médecins qui ont travaillé dans des pays dont la culture est très différente de la leur, comme par ceux qui, de plus en plus nombreux, rencontrent des immigrés, des étudiants étrangers, des adeptes de théories médicales venues d'autres cultures leur donnent une grande sensibilité à l'anthropologie médicale. À condition que celle-ci ne se laisse pas biaiser et ne se limite pas à une « sous-spécialité » destinée à des médecins. Il s'agit d'éviter de traiter de questions trop étroitement ciblées. Enseigner non une anthropologie médicale mais bien l'abord anthropologique de questions posées par la maladie dans une société donnée. D'ailleurs le diplôme de DEA que j'avais mis au point allait très au-delà de l'anthropologie médicale bien que ce soit elle qui ait le plus été mise en relief, car très spécifique à ce DEA.

Ce numéro de cArgo fait suite à l'organisation d'un colloque qui s'est tenu en 2017 et auquel ont participé beaucoup de jeunes chercheurs. Quels conseils donneriez-vous à quelqu'un qui viendrait vous voir et vous dirait : « Je suis en Master 1, je n'ai pas de sujet de mémoire, mais je suis passionné par les thérapies religieuses, ou par les intersections entre santé et religion » ? Quels sont pour vous les thèmes porteurs aujourd'hui ?

Si l'étudiant est un anthropologue, je commencerais par le mettre en garde contre le goût des explications globales, dont Jean-François Revel a écrit avec justesse qu'il est l'héritage le plus regrettable que la philosophie ait laissé à l'anthropologie. Cela implique rigueur et modestie. Et aussi de quitter les sentiers déjà trop battus car trop d'anthropologues se satisfont de voir ailleurs ce qu'on a déjà bien vu en d'autres lieux.

Je continuerais en lui demandant d'abandonner l'idée de se centrer sur « les thérapies religieuses », ou sur toute autre forme de thérapie d'ailleurs. Mais d'élargir son champ

d'observation, en choisissant, dans un espace social donné et bien précisé, de relever et d'étudier tout ce qui se fait et peut s'observer dans la prévention des malheurs et dans les moyens de les prendre en charge. Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Avec qui ? Quand ? Ce n'est que lors du travail de synthèse et d'écriture qu'il pourra trier. Sinon, il ne travaillera pas sur du réel, sur une société vivante, mais sur un morceau artificiellement disjoint de tout ce qui est à l'origine des forces qui le traversent et qui renferme souvent des questions et des explications que le réductionnisme à un champ partiel effacerait.

J'essayerais surtout de le placer devant une double responsabilité : envers lui-même et envers les partenaires sur lesquels il effectue la recherche. Le domaine de la maladie et celui de la religion sont l'objet bien souvent d'un investissement extrêmement profond des individus. Quelque loin de nous que soit alors leur pensée, voire si aberrants que leur pratique ou leur discours puissent parfois nous sembler, nous ne devons pas être des perturbateurs, des destructeurs. Notre écoute ne peut qu'être entièrement positive et nous faire entrer dans la logique, dans la pensée, de celui qui est en face de nous, pour qu'il ne soit plus en face, mais à côté de nous. Et ce n'est pas difficile si l'observation de ses actes et le récit qu'il en fait nous passionnent, nous intéressent en eux-mêmes, par eux-mêmes. Non pas pour nous dans notre cadre, non pas en confrontation avec nos propres représentations, notre idéologie, notre morale. Tout cela doit se taire. Ce qu'il nous est impossible à penser nous devons l'accepter de celui qui le pense.

Mais je dirais aussi à cet étudiant que l'empathie absolue doit s'accompagner – et l'exercice est difficile – d'un regard critique intransigeant qui reste jugulé en lui mais qui sera explicité lors de l'analyse de ses données. Lorsque l'interlocuteur a parlé de son mal, lorsqu'il a interprété des symptômes, une étiologie, un traitement, lorsqu'il s'est référé à un sort, à un esprit, à une divinité tout doit être passé au crible de l'analyse la plus rigoureuse. La recherche opère alors à deux niveaux : elle porte sur le monde de la maladie dans une société donnée, tâche de l'anthropologue que ne saurait accomplir sans biais le médecin qui n'aurait pas une solide connaissance de l'anthropologie. Elle porte aussi sur le corpus d'une « médecine traditionnelle » et se doit de saisir son enracinement dans la société, ainsi que la nature et les limites de ses « savoirs ». La formation scientifique et médicale est alors indispensable : elle apprend à ne jamais se satisfaire des témoignages, des raisonnements, des discours même les plus convaincants, mais à exiger des preuves. Des preuves accessibles à tous. Et aussi à exprimer clairement les zones où l'observation a été insuffisante, celles où l'interprétation est impossible ou aléatoire.

Confrontation de deux démarches dans un regard intellectuel, en quelque sorte binoculaire, qui permet de saisir dans tout ce relief la réalité étudiée.

Je me laisserais peut-être aller à attirer son attention sur un champ d'études qui me semble insuffisamment exploré. Permettez que j'en parle ici bien qu'il ne s'agisse pas du thème central de notre entretien. Travaillant avec divers intellectuels (des juristes, des physiciens, des pharmacologues, des philosophes, des spécialistes des sciences sociales en général et des anthropologues en particulier), j'ai toujours été étonné du

degré d'ignorance qu'ils avaient sur leur propre corps, sur son fonctionnement, sur son anatomie et corrélativement bien entendu sur la maladie, voire sur les sciences, en général. Même des anthropologues spécialisés dans la santé et la maladie ont des représentations qui semblent plus proches de ce que l'on nomme les « représentations populaires » que des connaissances apportées par la recherche médicale. « *La représentation du corps et de la maladie chez l'intellectuel, chez l'universitaire occidental* » est un champ qui recèle sans doute bien des surprises et qui serait une expérience réflexive pour l'anthropologie de la santé. Il y a là un terrain de recherche qui peut s'inspirer de l'œuvre pionnière de Christine Durif-Bruckert (1994), œuvre qui n'a malheureusement pas été, à ma connaissance, prolongée par d'autres chercheurs.

Il est un autre thème qui peut permettre de dépasser l'horizon des recherches classiques sur les relations entre médecine et religion. Partant des acquis de tant de travaux sur la place de la thérapie dans diverses religions, religions internationales ou pratiques plus locales, le vaudou par exemple, je me tournerais vers des pratiques qui ne sont pas explicitement religieuses : l'ensemble incertain et mouvant, qui, au-delà de la religion, implique le surnaturel, l'inconnaissable, l'invisible. Comment adhère-t-on à la scientologie, à l'homéopathie, à l'ostéopathie ? Il n'est pas besoin de Dieu ou de religion explicite pour concevoir qu'il y a des Mystères... Je tenterais de confronter la structure de leurs explications, leurs formes de validation des étiologies, des thérapies et des pouvoirs des thérapeutes en me demandant si elles n'entrent pas dans un champ de logique homologue de celui qui est classiquement celui des religions. À partir de là, je tenterais de débusquer dans toutes les formes de pratiques de soin, y compris au sein de la pratique clinique de la biomédecine, ce qui ressortit à la même logique et comment en empruntant le langage de la science ceux qui exercent ces soins fonctionnent dans leur démarche et aux yeux de ceux qu'ils soignent d'une façon analogue à ce qui est, dans une autre société, un recours explicitement religieux. Cela concerne la conception de la maladie, les types de diagnostic et le rapport aux soins prescrits. Au-delà de ce que l'on a pu nommer les « religions sans Dieu », il s'agit d'aller vers des pratiques dont les apparences sont de plus en plus voisines de la biomédecine : l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture, les usages de plantes médicinales, diverses formes de diététique, de méditation... Je me donnerais comme objectif de tracer un tableau permettant de comprendre comment et pourquoi le soin, même s'il semble de plus en plus dépouillé de son vêtement religieux, conserve sous les apparences, nombre de formes issues des recours aux religions. Je placerais cela en face des interrogations, des demandes, des attentes des malades et je tenterais de dégager le gradient, s'il en est un, qui va de ce qui est le plus explicitement religieux jusqu'à la biomédecine la plus matérielle. À ce niveau l'anthropologie médicale rejoint l'anthropologie générale dont elle devient une voie d'approche particulière ; elle rejoint aussi la médecine en lui donnant accès à un appareil critique sur ses méthodes et sur ses convictions.

Si cet étudiant est médecin, je ne m'attendrai pas *a priori* à ce qu'il fasse un travail à proprement parler anthropologique, mais à ce que l'anthropologie lui donne accès à des soubassements, autrement inaccessibles, des réalités médicales auxquelles il est

confronté. Ainsi, à la Réunion, en collaboration avec le laboratoire de parasitologie et d'hygiène du milieu, nous avons entrepris un travail d'épidémiologie socio-culturelle qui a permis de déceler dans les valeurs de l'hindouisme vis-à-vis de l'impureté un facteur important de la différence de prévalence de certaines parasitoses avec le reste de la population.

Je lui dirai également qu'il n'y a pas que dans l'interculturel que les conceptions de la maladie sont diverses. Celles qui existent dans notre société le sont plus qu'un discours standard ne le dit ; il n'est que de voir les réactions aux vaccinations pour en juger. Le médecin sensibilisé à cela par l'anthropologie, en se penchant avec cette sensibilité élargie sur des discours de malades qui ne semblent pas avoir directement trait à leurs symptômes, accède mieux à leurs représentations et à leurs demandes informulées. Et il retrouve, via l'anthropologie, cette « partie manquante de la médecine » que souligna Andras Zempleni (1985)³.

Entretien épistolaire réalisé pendant les mois de Mai et Juin 2021⁴.

³- Signalons aussi l'entretien avec J. Benoist réalisé par J. Lévy (2000), et des textes (articles ou ouvrages dirigés) de J. Benoist qui abordent plusieurs des thèmes de cet entretien : Benoist (1966, 1982, 1993, 1998), Benoist et Cathebras (1993), Massé et Benoist (2010), Picot et Benoist (1975).

⁴- Cet entretien a été réalisé dans le cadre du programme de recherche « Fantômes ou fantômes ? L'expérience du deuil dans un paysage thérapeutique en mutation », qui porte sur les reconfigurations contemporaines entre médecine et religion dans la gestion du deuil en Himalaya indien et népalais, et qui a été cofinancé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR-19-CE27-0015 PHANTASIES, 2020-2024) et l'IDEX Dynamique Université de Paris (IdEx ANR-18-IDEX-0001, 2019-2022).

Bibliographie

Bastide R.,

1960, *Les religions africaines au Brésil. Vers une sociologie des interpénétrations de civilisations*, Paris, PUF.

Benoist J.,

1966, « Du social au biologique : étude de quelques interactions », *L'Homme*, 6/1 : 5-26.

Benoist J.,

1982, « Possession, médiation, guérison. Un chamanisme sud-indien à l'île de la Réunion », *L'Ethnographie*, 87-88 : 227-239.

Benoist J.,

1993, *Hindouismes créoles. Mascareignes, Antilles*, Paris, Éditions du Comité des travaux historiques et scientifiques.

Benoist J. (éd.),

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

Benoist J.,

1998, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF.

Benoist J.,

2002, *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*, Tome 1, Paris, AMADES, Karthala. Édition numérique par Les Classiques en Sciences Sociales, en ligne. http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/petite_biblio_anthro_med_t1/petite_biblio_anthro_med_t1.pdf

Benoist J.,

2008, *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*, Tome 2, Chicoutimi, Les Classiques en Sciences Sociales, en ligne. http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/petite_biblio_anthro_med_t2/petite_biblio_anthro_med_t2.pdf

Benoist J.,

2017, *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*, Tome 3, Chicoutimi, Les Classiques en Sciences Sociales, en ligne : http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/petite_biblio_anthro_med_t3/petite_biblio_anthro_med_t3.pdf

Benoist J. et Cathebras P.,

1993, « The body: From an immateriality to another », *Social Science & Medicine*, 36/7: 857-865.

Bloch M.,

1983, *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale, particulièrement en France et en Angleterre*, Paris, Gallimard (1^{er} édition 1924).

Durif-Bruckert C.,

1994, *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Métailié.

Kleinman A.,

1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration in the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

Lévi-Strauss C.,

1949, « L'efficacité symbolique », *Revue de l'histoire des religions*, 135/1 : 5-27.

Lévy J. J.,

2000, *Entretiens avec Jean Benoist. Entre les corps et les dieux : itinéraires anthropologiques*, Montréal, Liber.

Mandelbaum D. G.,

1966, « Transcendental and Pragmatic Aspects of religion », *American Anthropologist*, 68 : 1174-1191.

Massé R. et Benoist J. (éds.),

2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala.

Picot H. et Benoist J.,

1975, « Interaction of Social and Ecological Factors in the Epidemiology of Helminth Parasites », in E. S. Watts *et al.* (éds.), *Biosocial interrelations in cultural adaptation*, Paris, Mouton : 223- 247.

Retel-Laurentin A. (éd.),

1983, *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris, CNRS.

Revel J.-F.,

1957, *Pourquoi des philosophes ?*, Paris, Éditions Julliard.

Tubiana M.,

2007, *N'oublions pas demain*, Paris, Éditions de Fallois : 226.

Zempleni A.,

1985, « La maladie et ses causes », *L'ethnographie*, 96-97 : 13-44.