

Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux

Raymond Massé

Volume 21, Number 1, 1997

Confluences

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/015461ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/015461ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)

1703-7921 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Massé, R. (1997). Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. *Anthropologie et Sociétés*, 21(1), 53–72. <https://doi.org/10.7202/015461ar>

Article abstract

The Mirages of Rationality in Ethnomedicinal Knowledges

Rationality is a key value in the management of health Systems. It is at the very heart of the rationalization project of western care Systems and is referred to as the ultimate criterion in evaluation of world ethnomedicines. Anthropology has since the very beginning argued on the logical, illogical or alogical foundations of ethnomedicinal knowledges and practices and has contested the immanence of the rationality in the western medical system. We argue here that the main contribution of anthropology to the analysis of the place of rationality in ethnomedicinal knowledges and practices remains in the critical analysis of three reified mirages of rationality. These are the mirage of irrational beliefs as empiricist propositional statements, as products instead of as acts of language, the mirage of the systematicity and coherence of the interrelations linking those beliefs and the mirage of consistency between practices and goals or of the universality of instrumental reason. In order to go beyond a simple critique of the abuses of rationality, we propose that anthropology must go above and beyond the debate on the formal criteria defining rationality of practices and the logics of knowledges. It must redefine ethnomedicinal knowledges not as a product empirically expressed through a constellation of beliefs, even if systematically organized, but as a process of interpretation and explanation of illness and sickness. Knowledge is not a summation of propositional beliefs but a virtual reality, the matrix from which people build illness interpretations throughout complex therapeutic itineraries that cross a plurality of care Systems and ethnomedicines. Rationality must not be sought out in the formal characteristics of knowledges and practices but in the process of meaning production.

Key words : Masse, rationality, ethnomedicine, health, epistemology, knowledge

LES MIRAGES DE LA RATIONALITÉ DES SAVOIRS ETHNOMÉDICAUX

Raymond Massé



Ainsi on trouve, parmi les illusions qui ont investi notre civilisation, la conviction absolue que la solution à nos problèmes réside dans l'application hardie d'un savoir-faire organisé rationnellement. Alors qu'en réalité nos problèmes résultent en grande partie de cette application même.

John Saul (1992 : 12)

La rationalité s'est imposée comme valeur dominante guidant l'analyse et la gestion des rapports que l'homme entretient avec la maladie. Elle est utilisée comme valeur étalon pour mesurer l'adéquation et le bien-fondé des pratiques préventives et des cheminements thérapeutiques et demeure la valeur phare des entreprises de rationalisation des services de santé, tant en Occident que dans les sociétés traditionnelles. Utilisée pour diverses fins instrumentales, elle sert de caution à la gestion de la productivité des systèmes de santé, à l'amélioration des rendements des soins, au choix des régions et des sous-groupes sociaux qui bénéficieront des programmes internationaux de prévention, au choix des maladies ciblées par ces programmes (selon des critères de réduction de la morbidité ou de gains en espérance de vie), en passant par l'identification des maladies couvertes par les agences privées ou publiques d'assurance. Elle sert de fondement aux modèles dominants d'analyse des comportements de recours aux services (notamment les concepts de rôle de malade, de comportement relié à la maladie), aux théories behavioristes des processus de décision de même qu'aux modèles psychosociaux de prédiction du comportement (par exemple, modèle de l'action raisonnée, du comportement planifié, *health belief model*) qui, tous, supposent une logique économiste coût-bénéfice axée sur le choix éclairé des solutions les plus performantes. La position hégémonique d'une logique fondée sur une pensée explicite, cohérente et exempte d'ambiguïtés sert d'assise à une rationalité instrumentale insensible aux considérations humanistes. Or, comme le rappelle Taylor, « une société fondée sur la seule raison instrumentale menace les libertés, tant individuelles que collectives... » (1992 : 20). Cette dictature de la raison soulève des enjeux sociaux, politiques et éthiques en face desquels l'anthropologie ne peut demeurer silencieuse.

Sans directement s'inscrire dans une critique de cette emprise rationaliste, les anthropologues ont fait de la rationalité, tout au long du 20^e siècle, une question centrale de leur réflexion sur la diversité culturelle. Nous avons, ailleurs (Massé 1996), divisé ces efforts en trois grandes approches qui, chacune à sa façon, ont

tenté d'affranchir la « pensée sauvage » de ses qualificatifs de prélogique, irrationnelle ou empiriste. Une première approche, dominée par l'ethnoscience et l'anthropologie cognitive, a cherché à démontrer l'universalité des fondements logiques de la pensée humaine et le caractère quasi scientifique des pratiques magico-religieuses. Selon cette approche, la pensée magique reposerait sur des démarches analytiques similaires à celles qui fondent la science tout en répondant d'une logique scientifique limitée (Sperber 1979) soit par un manque d'informations soit par l'absence d'explications différentes de celles qu'accepte le consensus social (Horton 1970). Une seconde approche, au contraire, a voulu montrer que la pensée sauvage répond de logiques qui n'ont rien de commun avec la logique scientifique. Elle ne serait pas il-logique mais a-logique, sa finalité n'étant pas d'expliquer la réalité objective mais de construire un monde signifiant. Les logiques de conformité sociale ou de participation (Lévy-Bruhl 1949), de référence ou de la différence (Augé 1984), symbolique (Izard et Smith 1979) ou de sens commun (Geertz 1983, Schutz 1962) constitueraient de telles formes de rationalités divergentes (Shweder 1986). Enfin, une troisième approche, interprétativiste et phénoménologique, dénonce les fondements empiristes de l'analyse anthropologique des « croyances irrationnelles ». Les croyances ne peuvent être réduites à des propositions clairement explicitées à travers les discours conscients des malades. Pour circonvier les biais de textualisation inhérents à toute analyse empiriciste du langage, cette approche propose une relecture des « pratiques interprétatives » (Good 1994), des processus de production du sens de la maladie et de la maladie comme expérience vécue (Kleinman 1988).

Certains ont souligné l'absence de recul critique d'une anthropologie classique face à la question de la rationalité des pratiques ethnomédicales. Young, par exemple, dénonce l'attitude des anthropologues médicaux qui ont tendance à mettre entre parenthèses les déterminants non cognitifs et non rationnels des discours et des comportements envers la maladie. Cet « homme rationnel hypothétique » à propos duquel écrivent les anthropologues serait abusivement caractérisé, selon Young (1981), par a) un langage structuré autour de concepts nettement définis et hiérarchisés qui permettent de communiquer efficacement les connaissances mais aussi d'intégrer de nouvelles connaissances ; b) un savoir généralement exempt de contradictions ; c) une capacité de raisonner par induction ou par déduction ; d) une propension naturelle à élaborer des modèles explicatifs de type cause-effet et à adopter un comportement rationnel marqué par l'évitement des causes perçues de la maladie. Good, au contraire, remet en question le fait que les « croyances irrationnelles » soient devenues le paradigme central en anthropologie (Good 1994 : 20) et craint que l'usage que l'anthropologie continue à faire du concept de « croyance » ne contribue à reproduire l'épistémologie dominante de la biomédecine et du même coup la structure des rapports de domination entre les savoirs médicaux et populaires ou traditionnels.

Dans le contexte des illusions d'efficacité et d'équité que laisse miroiter une gestion rationnelle des soins, les anthropologues doivent réfléchir sur l'influence de cette valeur dominante à l'intérieur des analyses anthropologiques des croyances et pratiques reliées à la santé et à la maladie. L'anthropologie de la santé est-elle

tombée, au même titre que la technocratie biomédicale, sous le joug de la « dictature de la raison » ? Nous devons reconnaître avec Good qu'une partie de la littérature anthropologique se démarque mollement des postulats des théories behavioristes de la motivation et des processus de décision voulant que l'individu soit un être rationnel, dédié à la maximisation des rendements de ses comportements et qui répond de façon adaptative à la menace de la maladie en sélectionnant de façon éclairée les comportements les plus efficaces (Good 1994). L'anthropologie, à travers ses efforts pour redonner une crédibilité à la « pensée sauvage », n'a-t-elle pas conféré aux savoirs et aux pratiques ethnomédicales une cohérence et une systématique qui les dénaturent ?

Nous proposerons, dans les pages qui suivent, que l'anthropologie peut éviter le piège d'une consécration de la position hégémonique de la rationalité biomédicale ou utilitariste dans la gestion des systèmes de santé occidentaux et dans les programmes internationaux de promotion de la santé ; l'anthropologie peut procéder de deux façons :

1) D'abord elle doit dénoncer trois des mirages de cette rationalité et la réification des concepts qui les sous-tendent. Le premier mirage nous porte à voir dans les croyances apparemment irrationnelles des propositions empiriques, clairement définies qui, ensemble, fondent un savoir construit à partir d'une sommation de croyances. Le second fait de la cohérence entre les buts visés et les moyens une propriété inhérente de la logique des savoirs et de la rationalité des pratiques. Le troisième mirage conduit plusieurs anthropologues à voir les croyances et les pratiques comme des éléments tangibles de « systèmes » ethnomédicaux. Le caractère propositionnel des croyances, leur cohérence et leur systématique sont trop souvent considérés comme des « propriétés » naturelles, formalisées et réifiées des savoirs logiques.

2) Ensuite, l'anthropologie doit redéfinir les savoirs en dehors des cadres empiricistes qui en font une sommation, systématique ou non, logique ou non, de croyances. Nous formulerons alors trois propositions :

- une définition des savoirs comme « processus » de signification englobant des entreprises d'interprétation et d'explication de la maladie. La logique est alors à trouver au cœur de ce processus et non dans un savoir défini comme produit de ce processus ;

- une perspective phénoménologique qui conduise à transcender l'opposition entre savoir et pratique (donc entre logique des savoirs et rationalité des pratiques) en traitant le savoir comme savoir expérientiel vécu à travers des cheminement thérapeutiques complexes ;

- une anthropologie qui, dans le contexte de cohabitation d'une pluralité de savoirs ethnomédicaux, dépasse les exercices de définition des systèmes ethnomédicaux comme logiques ou illogiques, des cheminement thérapeutiques comme rationnels ou irrationnels, pour analyser les conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités.

Les mirages de la rationalité

Le mirage des croyances irrationnelles

La centralité des « croyances irrationnelles » dans la réflexion sur la logique des savoirs s'explique, selon Good, par la difficulté qu'éprouve l'anthropologie à s'affranchir d'une théorie empiriciste du langage et d'une vision de sens commun qui définit la logique comme étant fonction d'une correspondance directe entre des croyances propositionnelles et le monde de la réalité empirique (Good 1994 : 176). Toute réflexion critique sur la rationalité devra donc éviter de réduire les croyances à des propositions clairement démarquées les unes des autres, le discours des informateurs à un échantillon des enchaînements possibles de telles croyances et le savoir à un système organisé de telles propositions. Le risque en est que l'anthropologie légitime l'épistémologie empiriste qui fonde déjà les modèles psychosociaux d'analyse des comportements sanitaires — comme le *health belief model* (Rosenstock 1974) et le modèle de l'action planifiée (Ajzen 1985) — et les modèles rationalistes des sciences de la gestion des systèmes de santé. Les pratiques liées à la maladie seraient alors conçues comme découlant d'attitudes et de normes sociales fondées sur les croyances véhiculées par les membres d'une société, emmagasinées dans leur mémoire et immédiatement accessibles, en tant que balises, lorsqu'un choix de comportement doit être actualisé. Cette épistémologie légitime, de même, l'idée voulant que l'amélioration de l'état de santé dépende de l'abandon des croyances erronées ; le salut sanitaire passerait alors, dans une perspective « fondamentaliste », par l'adoption de croyances validées par la biomédecine.

Nous sommes ici confrontés à l'une des limites de l'entreprise relativiste anthropologique : il ne suffit plus d'affirmer à la suite de Rivers (1924) que les pratiques ethnomédicales sont rationnelles du simple fait qu'elles découlent logiquement de croyances qui font sens dans une culture donnée. Il ne suffit pas non plus de suivre Vincent Descombes qui écrivait récemment : « Le villageois qui croit aux sorcières peut bien se tromper puisqu'il n'y a pas de sorcière, il n'est pas forcément porteur d'une opinion irrationnelle. Le contraste entre l'opinion dont la rationalité est mise en question et le fond sur lequel on va en juger ne peut être établi que dans une culture » (Descombes 1989 : 132). C'est le caractère empiriste lui-même des croyances qui doit être remis en question. Sperber a d'ailleurs bien montré que le relativisme « est une solution compliquée à un problème qui... ne se pose même pas » (Sperber 1982 : 79-80) du moment que l'anthropologie déborde d'une analyse des croyances factuelles (les choses que l'on sait, les faits dont on a conscience) et de l'analyse de l'adéquation entre leur contenu (qui varie d'un système culturel à l'autre) et ces « faits » pour étudier les croyances représentationnelles (opinions, convictions) c'est-à-dire les représentations de ces faits. La rationalité de cette représentation étant fonction du degré de confiance envers la source dont elle émane (guérisseur, médecin, voisin), une croyance deviendrait rationnelle dès que l'individu accorde une crédibilité aux représentations véhiculées dans sa communauté. Toutefois, une telle logique de conformité sociale

repose toujours chez Sperber sur des « croyances » représentationnelles perçues comme des faits culturels. Or, nous croyons que c'est le caractère mécanique des liens entre croyances (tant comme représentations que comme propositions) et pratiques que l'anthropologie doit remettre en question.

C'est aussi une telle conception empiriciste du langage qui sert d'assise à deux des variantes du relativisme identifiées par Hollis et Lukes (1982), soit un relativisme conceptuel qui postule que chaque culture ordonne ses expériences au moyen de concepts différents et un relativisme perceptuel voulant que le monde soit perçu et façonné par le langage et que, donc, les « mondes différents » construits par chaque culture déterminent autant de rationalités différentes. C'est pour avoir oublié que le langage est plus qu'un simple outil d'expression et de structuration de la réalité que certains anthropologues médicaux attribuent à un homme rationnel hypothétique la capacité d'exprimer clairement une pensée et de produire un discours à travers des schèmes cognitifs qui façonnent sa vision du monde.

En fait, la richesse de sens associés à la maladie n'est aucunement réductible à une série de propositions rationnelles sur sa nature ou ses causes (modèles explicatifs), propositions qui seraient élaborées par chaque individu dans le but de justifier rationnellement ses pratiques thérapeutiques. Les discours des informateurs ne peuvent être considérés comme des métalangages ayant pour seule finalité la justification raisonnée de la maladie-événement. Le langage et le raisonnement naturels ne seront jamais de la même nature et ne partageront jamais les mêmes objectifs que le langage et le raisonnement formels (Passeron 1991). Pour éviter le piège d'une « domestication de la pensée sauvage » (Goody 1977), la réflexion anthropologique sur la rationalité devra éviter celui d'une textualisation du savoir, soit « une interprétation d'énoncés oraux réifiés considérés comme des objets intégrés dans un système d'énoncés (le texte) sur lesquels d'autres énoncés (les commentaires) peuvent être produits » (Young 1981 : 325). Une telle approche implique que l'informateur est toujours en mesure a) de produire des énoncés qui reflètent clairement sa pensée, b) de faire un monitoring conscient de la trajectoire de ses énoncés oraux et c) d'exprimer, sous les contraintes formelles du langage, des schèmes non verbaux et ce, sans en réduire la richesse de sens. On suppose ensuite que d) l'anthropologue peut reconstruire, à partir du discours d'un informateur, les structures cognitives qui organisent fondamentalement sa pensée et les mécanismes de son raisonnement, e) ces formes explicites du savoir rendent compte de structures cognitives partagées par l'ensemble du groupe. Statuer sur le niveau de rationalité (ou d'irrationalité) du discours d'un informateur ou d'un corpus de croyances ethnomédicales présuppose que le langage exprime parfaitement, sans distorsion, une pensée complexe à travers des concepts clairement définis, bref, que les gens pensent ce qu'ils disent et que ce qu'ils disent est le reflet non déformé de ce qu'ils pensent et ressentent. Pourtant « le rationnel n'a pas besoin d'être synonyme d'explicite » (Shweder 1981 : 349) et, au contraire, ce sont souvent les efforts d'explicitation d'une idée qui mettent en évidence les limites de sa logique. Tant que l'action est guidée par le sens commun et n'est pas, dans le quotidien, soumise à une entreprise formelle d'explication, l'individu

demeure largement inconscient de la fragilité de la logique qui lie savoir et pratique.

L'anthropologie doit donc, suivant le message de Good (1994) remettre en question l'existence de « croyances » définies comme entités identifiables dans les discours des informateurs et ancrées dans l'esprit d'individus capables de les contrôler par la seule force de leur volonté. Ce faisant, nous pourrions éviter de projeter dans d'autres cultures notre conception volontariste, individualiste et mentaliste de la culture.

Le mirage de la cohérence dans les choix

Le second pilier de la rationalité qui relève plus du mirage que de la réalité est celui de la cohérence entre les actions entreprises (les moyens) et les buts visés (les fins), soit la capacité de rendre compte de ses comportements par l'établissement de rapports logiques entre ces deux termes. Cette notion de cohérence est centrale dans le modèle parsonien de « rôle de malade », celui de *illness behavior* (Mechanic 1986) et autres modèles sociologiques d'analyse des processus de recherche d'aide (Massé 1995 : 313-365) qui, tous, postulent que l'individu est un être rationnel dédié à la maximisation des rendements de ses comportements et que le recouvrement de la santé est le but ultime du comportement humain. Elle fonde aussi l'ensemble des modèles psychosociaux de prédiction de « comportements préventifs » (port du condom, vaccination, examen de dépistage, etc.), comportements qui sont censés reposer sur des calculs de probabilités quant au succès d'une action. Une telle approche relève d'une conception limitée de la culture et du comportement humain et d'un « utilitarisme subjectif » (Sahlins 1976) qui réduit la culture à un outil, répondant d'une logique économique, utilisé pour des fins utilitaires par un homme rationnel et libre de ses choix.

L'anthropologie, ici, n'est pas d'abord concernée par la question, fondamentalement éthique et transdisciplinaire, de l'acceptabilité et de la valeur morale des moyens utilisés ou des fins visées. Elle se doit plutôt de remettre en question la notion même de cohérence entre les moyens et les buts visés comme critère de définition de la rationalité et ce à travers la remise en question de trois postulats : 1) celui selon lequel tous les comportements visent un but et que la logique des comportements se résume à une logique d'atteinte d'objectifs pré-identifiés, consciemment et volontairement, par l'individu ; 2) celui de l'universalité des finalités utilitaristes du comportement humain ; et 3) la considération des comportements reliés à la maladie en tant que stratégies comportementales adaptatives découlant de « choix » rationnels, calculés, volontaires et délibérés.

Le premier postulat est appuyé par Tylor (1983) qui fait de l'« inconsistance logique » entre les buts visés par l'individu et les moyens utilisés l'ultime critère de définition de l'irrationalité. Il reconnaît pourtant l'existence d'une pluralité de standards de définition de la rationalité, incommensurables d'une culture à l'autre, en particulier à cause de la propension différentielle de chaque culture à la « compréhension théorique » qui permet une analyse désengagée, objective et décontextualisée des événements. Il n'en soutient pas moins qu'une condition

universelle de la rationalité est la cohérence ou l'absence de violation des critères fondamentaux qui gouvernent l'articulation des buts et moyens dans sa propre culture (Tylor 1983 : 105). Le fait de juger de la rationalité des comportements reliés à la maladie en fonction de la cohérence entre les croyances, les désirs et les actions fut critiquée par Tambiah (1990). Ce dernier rappelle que l'intentionnalité des comportements est un critère nécessaire mais non suffisant pour définir la rationalité. Les « bonnes raisons » d'agir ne sont pas construites à partir des seules croyances personnelles, des désirs et des préférences individuels. Une telle approche psychologisante évacue la question de la construction de ces préférences et de ces désirs et, surtout, évacue l'influence des rapports sociaux et des structures de pouvoir sur les « choix de l'acteur ». Elle suppose que ces comportements répondent d'intentions clairement définies et explicites chez un individu insensible aux pressions (et intentions) sociales. Bref, elle ignore la question de la construction socioculturelle de cette intentionnalité et des objectifs visés par les comportements. La cohérence entre comportements reliés à la maladie et objectifs définis en fonction des intentions et préférences individuelles est donc une condition pertinente mais ni nécessaire ni suffisante pour définir la rationalité des comportements sanitaires.

Deuxièmement, ce postulat de cohérence s'arrime à une conception utilitariste du comportement humain qui subordonne ce dernier aux impératifs d'une « raison pratique » (Sahlins 1976). Or, selon Sahlins, l'objectif de l'anthropologie n'est pas de mettre à jour l'éventail des fonctions utilitaristes possibles remplies par les comportements et de réduire la culture à une « codification des actions pragmatiques et intentionnelles de l'homme » (Sahlins 1976 : 55). Plutôt que de mesurer la prévalence de processus décisionnels à efficacité maximale et d'identifier les facteurs qui affectent la rationalité des choix, l'anthropologie devrait révéler les processus décisionnels qui ne respectent généralement pas la logique utilitariste. Ici encore, il nous faut dépasser la position relativiste selon laquelle un comportement est considéré comme rationnel dès que l'individu croit qu'il s'agit du comportement le plus efficace pour atteindre un but, ou, selon un certain fonctionnalisme écologique (Foster et Anderson 1978, McElroy et Townsend 1985), une stratégie d'adaptation aux pressions de l'environnement. On subordonne ici la rationalité d'abord à l'efficacité puis à la quête d'un but. Or, l'utilisation de seringues souillées par le toxicomane, les relations sexuelles non protégées de l'adolescent ou toute transgression volontaire de tabous sanitaires constituent des comportements à risque pour la santé qui répondent d'une logique irréductible à des critères d'efficacité ou à la quête d'un but, ce but fût-il le plaisir. Invoquer l'influence d'objectifs inconscients ne fait que ramener sous une autre forme le critère de cohérence. Or, la cohérence entre but et pratique n'est peut-être pas un objectif universel et invariable de l'agir humain. Elle suppose un niveau d'analyse de la situation souvent étranger au sens commun qui guide les pratiques quotidiennes.

En ce qui concerne le troisième postulat lié à la rationalité des choix faits par le malade, Boudon suggère que l'opposition tranchée établie entre rationalité et irrationalité vient « de ce que l'on s'en tient à une conception trop étroite de la

rationalité, celle qui suppose l'acteur complètement sûr de ses préférences, parfaitement informé de la liste des moyens permettant de les atteindre, ainsi que des caractéristiques de ces moyens, par exemple de leur accessibilité, des coûts qu'ils impliquent, etc. » (Boudon 1990 : 877). D'évidence, ce modèle de rationalité fondé sur la capacité de l'individu à évaluer ses symptômes, à faire l'inventaire des ressources disponibles et un choix éclairé de thérapeute et de thérapie (modèle endossé implicitement par les gestionnaires des programmes internationaux de santé) n'est qu'un construit socioculturel, un mythe alimenté par l'idéologie dominante occidentale (Good 1994 : 44-45). Les conditions d'une décision parfaitement rationnelle ne pouvant jamais être réunies, le choix d'un comportement sera toujours fonction d'une rationalité limitée et partielle (Lukes 1986) et ne pourra jamais être parfaitement ni prédit ni expliqué. D'ailleurs, comme l'a montré Shweder (1981), l'ambiguïté et l'inconsistance ne sont pas nécessairement des lacunes à corriger et traduisent parfois une forme d'intelligence dans la mesure où il existe, dans diverses circonstances, des avantages certains à maintenir un minimum d'ambiguïté dans les buts visés.

Montrer que les choix de thérapie sont des construits socioculturels (Rapp 1993) implique plus qu'une analyse relativiste de la construction socioculturelle des « bonnes raisons » d'agir dans telle culture ; cela invoque la possibilité de logiques différentes. En fait, le but visé par de tels comportements « efficaces » est peut-être moins la résolution d'un problème de santé que l'atteinte d'objectifs étrangers à la guérison ou à l'efficacité thérapeutique. La rationalité qui fonde, par exemple, le refus de porter le condom chez certains homosexuels s'explique peut-être mieux par une logique symbolique qui en fait un geste emblématique de protestation contre le contrôle sanitaire ou la stigmatisation sociale des gays, un geste visant à « symboliser leur identité » (Frankenberg 1993). Le débat sur les finalités divergentes qui a mobilisé les défenseurs du relativisme doit déboucher sur celui des rationalités divergentes.

La logique économiste coûts-bénéfices des choix rationnels doit donc être relue à la lumière d'une réflexion sur la notion de risque. D'abord, si le comportement adopté n'est pas celui qui présente le plus faible niveau de risque pour la santé, ce n'est pas simplement à cause d'un manque d'information ou d'une incompétence à en faire l'analyse ; il peut s'agir d'un choix délibéré, intentionnel de prise de risque. Douglas (1992a) remet ainsi en question les théories éconómistes des choix rationnels qui supposent des individus naturellement rebutés par des risques qui menacent leurs intérêts personnels. Se référant à la population des homosexuels, elle propose que leur refus d'abandonner des pratiques sexuelles à risque est une « préférence » qui ne peut être expliquée que par une théorie culturelle qui exprime les négociations établies entre l'individu et la communauté quant aux conditions d'exercice et de tolérance du « préférable ». Même si, dans les discours dominants, les concepts déculturalisés de risque, de pratiques préventives et facteurs de risque remplacent ceux de danger, de tabous et de forces surnaturelles, tant dans les sociétés occidentales que traditionnelles l'analyse de la rationalité des choix devrait être recentrée sur l'étude des différences culturelles dans la distribution du blâme et l'attribution des responsabilités (Douglas 1992b) envers

les comportements à risque. Elle devra aussi considérer les différents usages sociaux du risque dont celui de compenser, en mettant du sel dans la quotidienneté, l'incapacité de l'ordre symbolique à donner un sens à la vie sociale et personnelle des occidentaux contemporains (Le Breton 1995). Enfin, la réflexion sur les choix devra dépasser une vision épidémio-statistique pour considérer le risque comme un construit issu de la confrontation de constructions populaire et professionnelle divergentes du risque (Kaufert et O'Neil 1993) qui répondent de logiques (politiques) divergentes (Frankenberg 1993).

Le mirage des « systèmes » ethnomédicaux

L'une des stratégies utilisées par les anthropologues pour mettre en évidence la logique des croyances et la rationalité des pratiques ethnomédicales fut de montrer que la cohérence et la signification de ces dernières s'imposent lorsqu'on les considère, non plus comme un ramassis déstructuré de croyances, mais plutôt comme un « système » culturel. La cohérence de ces savoirs s'exprimerait à travers la systématisation des liens unissant les diverses composantes de la maladie et des soins (croyances liées à la nature ou aux causes, traitements, thérapeutes, etc.).

Hahn affirme que l'une des particularités de la perspective anthropologique est de regarder les systèmes de croyances et de pratiques reliés à la santé et à la maladie comme des systèmes culturels « that is, organized patterns of thinking, judging, and behaving shared by members of a society » (Hahn 1995 : 2). Cette position n'est que l'écho d'une imposante littérature anthropologique qui traite des *lay health systems*, *popular health systems* ou des *folk health systems*. Young parlera de « systèmes de croyances médicales » qu'il définit comme « un ensemble de prémisses et d'idées qui permettent aux individus d'organiser leurs perceptions et expériences des événements médicaux et d'organiser leurs interventions afin d'affecter et de contrôler ces événements » (Young 1983 : 1205). Fabrega (1977) se réfère, quant à lui, à la notion de *medical care systems* qui repose sur un système de classification des maladies (une taxonomie) mais surtout sur un savoir populaire c'est-à-dire un corpus de connaissances plus ou moins codifiées portant sur la nature des maladies, les facteurs causaux, les traitements appropriés de même que sur les comportements attendus des malades et de leur entourage. Le tout résulterait, selon Fabrega, en une « théorie populaire des maladies et des traitements » qui offre aux gens une explication « logique » des causes de la maladie et un cadre « rationnel » pour choisir les pratiques thérapeutiques appropriées. Même le savoir de sens commun devrait, selon certains, être considéré comme un « système » culturel (Geertz 1983).

Or, sans nier l'existence d'un niveau de structuration des savoirs ethnomédicaux, il faut être prudent lorsqu'on leur attribue des vertus de systématisme, de cohérence et de validité expérimentale que revendique le savoir biomédical (Blumhagen 1981). La métaphore organiciste et mécaniste du savoir comme système occulte l'illogisme et l'incohérence qui font partie des répertoires, collectifs et individuels, de liens qui structurent les diverses composantes de l'expérience

de la maladie. Une telle réification de la « nature » systémique des ethnomédecines alimente à son tour le mirage de la rationalité.

Le mirage de la systématique découle du postulat selon lequel les individus véhiculent une conception du monde cohérente, systématique et exhaustive. Or en réalité, les conceptions du monde reconstruites par les anthropologues à partir des données ethnographiques sont des construits qui ne trouvent pas automatiquement de contreparties dans la pensée populaire. La structuration du savoir ethnomédical résulte à la fois de l'effort de formalisation *a posteriori* généré chez l'informateur par les questions du chercheur et d'un exercice de modélisation qui conduit le chercheur à donner une cohérence à un ensemble de croyances pas nécessairement partagées par tous. Non seulement, l'anthropologue procède à partir d'une traduction du sens des croyances rapportées, mais, comme on le sait, à l'intérieur d'une même culture, tous les individus n'attribuent pas la même signification à tous les événements ou objets. Dans son analyse de la constitution des savoirs étiologiques à Dakar, Fassin, par exemple, met en évidence les limites des classifications formelles des causes de la maladie en montrant que « ces nosologies d'ethnologues font croire que l'énoncé d'une classification est indépendant de celui qui l'énonce » (Fassin 1993 : 191). Pourtant, l'analyse du discours de divers informateurs, voire d'un même informateur sur divers épisodes de sa maladie, montre que les explications varient selon les contextes et les circonstances. Les modèles théoriques élaborés par les ethnologues ne reposent, au mieux, que sur un échantillon limité des constructions nosologiques produites par les thérapeutes et les patients d'une culture donnée. Ces nosologies, comme toutes les formalisations des savoirs populaires, ne peuvent être que des constructions savantes formalisées d'un savoir pluriel non formalisé. Promoteur du concept de « modèles explicatifs » de la maladie à la fin des années 1970, Kleinman lui-même mettait récemment les anthropologues en garde contre un usage abusif de ce concept réduit à « an entification of medical meanings as "beliefs"; things that can be elicited, often outside the vital context of experience » (Kleinman 1995 : 8). C'est à une telle recentration de l'analyse de la rationalité dans le cadre de l'expérience productrice de sens que nous devons convier la recherche.

Les savoirs comme entreprises de signification

Les efforts visant à affranchir la recherche des divers mirages d'une rationalité formalisée et réifiée passent par une reproblématisation des savoirs définis non plus comme entités empiriques sommatives, mais comme entreprises de création du sens de la maladie évoluant au carrefour d'une pluralité de systèmes ethnomédicaux. Une fois le savoir redéfini comme *processus* de création de sens et non plus comme somme de connaissances, comme vécu expérientiel et non plus comme système, la rationalité ne peut plus être considérée ni comme une caractéristique (ultimement valorisée) de ce système, ni comme condition (ultime) de l'accumulation de connaissances, ni comme critère (ultime) départageant croyances et connaissances. Le lien unissant logique des savoirs et rationalité des pratiques n'est plus ni linéaire ni unidirectionnel. De multiples logiques déterminent de multiples formes de rationalités qui cohabitent au sein des divers savoirs

ethnomédicaux, savoirs multiples auxquels les individus feront, tour à tour, appel selon les contextes et les niveaux d'interprétation souhaités.

Les savoirs comme processus de création de sens

L'anthropologie interprétativiste a bien montré que le savoir est le domaine du sens et non de la seule connaissance, celui de la signification et non de la seule information « possédée ». Les significations attribuées aux divers objets du savoir ethnomédical (symptômes, thérapeutes, traitements, etc.) ne peuvent être interprétées en dehors des réseaux sémantiques (Good et Delvecchio-Good 1980) et des modèles explicatifs (Kleinman 1980) dans lesquels elles s'inscrivent. Toutefois, les savoirs ne sont réductibles ni à des réseaux réifiés de significations ni à des modèles explicatifs vus comme des théories explicites formalisées.

Nous avons déjà proposé (Massé 1995) que les approches cognitiviste et empiriciste doivent faire place à une approche processuelle qui aborde les savoirs comme lieux d'un « processus » de signification qui recouvre lui-même deux dynamiques : a) un processus d'interprétation du sens que prend la maladie dans le contexte biographique et de l'environnement social de l'individu et b) un processus d'explication des causes de la maladie. L'épisode de maladie n'est plus le point de convergence des explications données de tel épisode de maladie mais le point de départ, le facteur déclencheur d'une entreprise de signification enracinée dans l'histoire de vie du malade. Le savoir n'est donc pas un produit mais un potentiel, une matrice de sens activée. Les réseaux de signification et les modèles explicatifs ne doivent pas être assimilés à des « formes » réifiées qui structurent le sens mais à des entités virtuelles qui expriment la somme des possibles. De plus, ces modèles explicatifs de la maladie ne sont jamais des modèles achevés ; ils ne sont que des modèles fragmentaires, incomplets, non systématiques relevant d'une rationalité contextuelle qui conjuguent plusieurs formes de logiques (symboliques, consensuelles, de participation sociale, etc.). En fait, le processus de signification mis en œuvre lors d'un épisode donné de maladie repose sur une multiplicité de formes ou de niveaux de savoirs (empirique, théorique, intersubjectif, de sens commun, rationalisé, etc.) plus ou moins fondés sur des structures cognitives, des expériences « prototypes » ou des émotions et au sein desquelles la rationalité formelle n'occupe qu'une importance toute relative (Young 1981). Les modèles explicatifs populaires ne répondent donc que partiellement d'une logique linéaire cause-effet, demeurent largement indépendants des explications rationnelles et ne conditionnent jamais de façon mécanique les comportements reliés à la maladie. Le débat sur la rationalité doit donc passer par une analyse des divers niveaux de savoirs qui, chacun présentant un degré de formalisation et de structuration cognitive différent, appellent un niveau de rationalisation différent.

Mais l'anthropologie ne doit pas se contenter de souligner l'existence de logiques alternatives qui seraient associées à divers niveaux de savoirs. La cohabitation de pratiques logiques, illogiques et non logiques au sein de chaque ethnomédecine est déjà bien analysée. C'est la logique régissant le processus lui-même de production de signification, soit la conjugaison au quotidien des diverses

logiques, qui doit devenir l'objet de la recherche anthropologique. Cette dernière sera moins concernée par les croyances irrationnelles et les « choix logiques » de pratiques ou de soins que par la « logique des choix » entre divers niveaux de savoirs et une logique du dosage de diverses formes de logiques.

Or, il s'agit éminemment d'un processus de « bricolage » d'interprétations et d'explications dans le sens où l'entendait Lévi-Strauss (1962). De là, il est illusoire de concevoir les modèles explicatifs de la maladie et les réseaux de significations qui leur sont associés comme des logiques globales unifiées. Comme le souligne Lambek, « Instead of fully elaborated systems of thought, there are fragments drawn from various traditions and reproduced in various disciplines, fragments that are brought together rhetorically in moments of narration or conversation » (Lambek 1993 : 391).

Ces réponses à la maladie sont élaborées en fonction des intérêts, des préoccupations, des moyens et des besoins subjectifs du moment. Elles constituent des versions contextualisées d'un modèle explicatif qui prend l'allure d'un texte à multiples versions. La conjugaison de logiques qui sous-tend l'explication individuelle d'une maladie n'est qu'une version conjoncturelle des conjugaisons possibles de logiques qu'élaboreront l'individu et la collectivité pour donner sens à la maladie. La principale limite aux mirages de la rationalité et à la production de modèles explicatifs réifiés réside donc dans l'indétermination des savoirs, des pratiques, des conjugaisons possibles de logiques et des cheminements thérapeutiques, indétermination découlant de la liberté et de la créativité qui guident le processus de signification de la maladie.

Pluralisme des savoirs et pluralisme des logiques

Dans le contexte postmoderne, les sciences sociales réfutent les discours uniformisants et les métarécits qui nivellent la réalité et marginalisent les discours divergents. Les frontières qui démarquent chacun des savoirs (ethnomédicaux) et leur homogénéité interne sont remis en question (Coombe 1991). L'accent est désormais placé sur l'analyse des pluralismes médicaux (Benoist 1996), sur la cohabitation de diverses formes d'ethnomédecines, de savoirs et de pratiques ou sur les cheminements thérapeutiques qui traduisent le recours à ces divers systèmes de soins (Janzen 1996, Lambek 1993, Kleinman 1980) tout autant que sur la complexité et le pluralisme de chacun de ces savoirs locaux. Ainsi, « Local knowledge is by no means the sort of monolithic (or dualistic) entity that could be depicted in terms of such bold oppositions as 'ordinary' versus 'ritual' knowledge or a 'natural attitude' versus a 'mystical' or a 'religious' one » (Lambek 1993 : 14).

Lambek illustre bien ce pluralisme en montrant que la diversité des savoirs locaux à Mayotte s'exprime à travers trois dimensions majeures : a) l'existence de différentes traditions ou disciplines (sacrée islamiste, cosmologique arabe et spiritiste africaine) ; b) la propension d'un même individu à se référer à l'une ou l'autre de ces traditions selon les circonstances (besoins, intérêts, nature de la maladie) et les moments du processus d'interprétation de la maladie ; et enfin, c) les affinités individuelles avec chacune de ces traditions. Toute entreprise de

généralisation et de découpage du savoir en formes explicites et indépendantes devra faire place à une analyse phénoménologique de l'usage circonstancié des savoirs et du cheminement thérapeutique ancré dans les pratiques quotidiennes d'interprétation et de gestion de la maladie soit à une analyse de « *subtle shifting of perspective on a daily basis* » (Lambek 1993 : 62).

La pratique de rationalités multiples

En fait, l'anthropologie ne peut plus se limiter à statuer sur « la » logique des savoirs ethnomédicaux ; elle doit traiter du phénomène autrement plus pertinent de la cohabitation des diverses formes et niveaux de logiques (de conformité sociale, symbolique, scientifique, de référence, etc.) et de rationalités chez un même individu. L'exemple de l'articulation au quotidien d'une logique linéaire cause-effet et d'une logique de sens commun est ici éclairant, logiques qui remplissent des fonctions complémentaires dans le quotidien aussi bien chez les ouvriers des sociétés occidentales que dans les sociétés traditionnelles africaines. On sait que le savoir de sens commun est plus économique et plus facile d'accès que le savoir scientifique ; il requiert moins d'efforts intellectuels, car il cherche les causes et le sens de la maladie parmi les événements récents et avoisinants ou parmi les causes qui ont une parenté avec les effets qui leur sont attribués (Horton 1970 : 135). Bien que reposant sur des règles tant explicites qu'implicites, il délaisse la validation expérimentale des rapports de causalité, le contrôle des « variables » intermédiaires et la mesure des probabilités d'association entre causes et effets au profit d'explications consensuelles et normatives offertes par la culture. Ce savoir de sens commun délaisse volontiers la quête d'une causalité linéaire cause-effet pour s'accommoder d'une causalité circulaire qui intègre dans une spirale de relations les causes, les circonstances, les contextes, les expressions symptomatologiques et les effets de la maladie. De même, les malades ne recourent pas toujours à une analyse causale complexe pour expliquer les événements quotidiens (symptômes, échecs d'une thérapie) et puisent aisément dans les explications toutes faites que leur offre leur culture. Le fait que les gens recourent, dans le quotidien, à un faible niveau de théorisation ne signifie pas qu'ils soient incapables d'élaborer un savoir procédant d'une logique formelle, mais qu'ils ne le font pas toujours et pas dans toutes les circonstances ; bref ils exercent un choix, plus ou moins conscient, entre divers niveaux de théorisation et de sophistication de l'entreprise interprétative. L'enjeu de la recherche anthropologique devient alors l'analyse contextualisée des conditions dans lesquelles le malade recourt à tel ou tel niveau de logique qui détermine ses comportements exprimant diverses formes de rationalités. L'anthropologie de la santé répond aujourd'hui partiellement à cet intérêt phénoménologique pour la construction du sens à travers les pratiques en proposant une « *ethnographie de l'expérience de la maladie* » (Kleinman et Kleinman 1991), une anthropologie de la souffrance comme expérience humaine (Delvecchio-Good *et al.* 1992) ou encore une anthropologie des fondements existentiels de la maladie vécue et incarnée, l'*embodiment* (Csordas 1994).

Le discours ne peut donc constituer la seule voie d'accès aux savoirs, et la « pratique des savoirs » inscrite dans les cheminements thérapeutiques s'impose comme objet central de recherche. « Le savoir n'existe pas en tant qu'abstraction ; il ne se donne à lire que dans les pratiques où il intervient, et souvent même dans le décalage entre le discours sur le savoir (discours populaire ou discours savant) et la mise en pratique du savoir — qu'il s'agisse du guérisseur, du marabout ou du médecin » (Fassin 1992 : 210).

La recherche doit donc décloisonner les analyses de la logique des savoirs et de la rationalité des pratiques. Pour ce faire, elle doit retourner, comme le suggérait Schutz (1962), à une approche phénoménologique des conditions de production du sens et, en particulier, à une phénoménologie du savoir de sens commun « donné pour acquis » et des « réalités multiples » dans lesquelles évolue le malade. Elle doit porter son attention sur le « monde vécu » défini par Habermas comme « un arrière-fond de convictions plus ou moins diffuses [qui] engrange le travail d'interprétation effectué par les générations passées [et] sert de source pour définir des situations dont le caractère non problématique est présupposé par les participants » (Habermas 1987 : 86). Plus particulièrement, l'anthropologie doit s'intéresser aux conditions qui amènent l'individu à marquer ses distances face à ce monde vécu et à la logique de conformité aux « bonnes raisons » sanctionnées par le groupe pour s'aventurer dans l'entreprise de rationalisation de ce monde de sens commun qui, elle, passe selon Habermas (1987) par la production d'ententes communicationnellement obtenues à travers divers modes d'argumentation, soit par une rationalité communicationnelle.

Même si les diverses ethnomédecines sont fondées sur des savoirs et des logiques incommensurables, elles ne peuvent pas être analysées comme des entités indépendantes dès qu'elles sont considérées comme des alternatives jalonnant les itinéraires thérapeutiques. Nous avons souligné plus haut que toute ethnomédecine véhicule une pluralité de logiques et qu'aucune n'a le monopole d'une forme de logique (même si le savoir biomédical formalisé dans les manuels de médecine prétend à une logique scientifique exclusive, l'usage et les applications qu'en font les professionnels de la santé ne répondent pas automatiquement de cette logique). Le débat sur la rationalité doit donc porter sur la cohabitation d'une pluralité de savoirs qui, chacun, véhiculent une pluralité de logiques et dans lesquels puisent (chacun à des degrés différents, de façons différentes et pour des finalités différentes) les membres d'une société qui actualiseront des comportements et des itinéraires de soins répondant de rationalités variant en nature et en degré. Comme le note Fassin, à partir de l'étude d'itinéraires thérapeutiques à Dakar,

[l]e cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modifications de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte.

Nous pouvons donc suivre Shweder (1991) lorsqu'il propose que la question fondamentale n'est plus de savoir si tel comportement est rationnel ou non, mais de comprendre de quelles façons la rationalité est limitée et contextualisée. Nous nous en démarquons toutefois en ajoutant que l'enjeu est moins de baliser les frontières de la rationalité biomédicale de cause-effet que d'analyser la porosité des frontières démarquant les diverses logiques et rationalités et, simultanément, les liens que le malade tisse entre elles à travers ses complexes itinéraires thérapeutiques. La logique des choix, à l'étude de laquelle nous convions l'anthropologie, dépasse la seule analyse de chacune des logiques en présence. Il s'agit moins d'une entreprise onto-logique (à la recherche de l'essence de la rationalité) ou méta-logique (en quête des fondements communs aux diverses rationalités) que d'une étude des facteurs qui conditionnent les itinéraires inter-logiques ou trans-logiques : c'est donc une anthropologie de la pratique des logiques. L'analyse de ces itinéraires devra, toutefois, éviter le piège d'une analyse décontextualisée et désocialisée de choix strictement individuels. Comme le rappelle Benoist, « une herméneutique des itinéraires conduit à une interprétation cognitive qui néglige l'incorporation des conduites de soin dans le social » (Benoist 1996b : 7).

Conclusion

Nous avons tenté d'identifier, dans ce texte, deux conditions générales pour une actualisation du débat anthropologique sur la rationalité des pratiques et des savoirs ethnomédicaux.

La première suppose le dépassement d'une théorie empiriciste et cognitiviste du langage qui sert d'assise à la réification des caractères formels de la rationalité. Le caractère propositionnel de « croyances irrationnelles » décontextualisées doit faire place à une relecture de ces dernières en tant que produits socioculturels, instables, dynamiques et évolutifs, d'un savoir défini à la fois comme entité virtuelle et comme processus de production de sens. La cohérence entre savoirs et pratiques ne doit plus être vue comme un objectif universellement valorisé et comme critère ultime définissant la rationalité ; elle devient plutôt le fondement d'une autre forme alternative de rationalité, la rationalité linéaire de type cause-effet (ou coût-bénéfice). Cette cohérence entre moyens et finalités et la domestication par l'individu de cette rationalité linéaire seront toujours limitées par les conditions politiques de la construction socioculturelle des « bonnes raisons ».

La seconde condition serait d'abandonner la quête des caractéristiques formelles de la logique des savoirs et de la rationalité des pratiques pour analyser les processus d'interprétation et d'explication de la maladie, les conditions de cohabitation d'une pluralité de formes de logique et la phénoménologie de la construction du sens de la souffrance.

L'objectif de la recherche anthropologique ne devrait plus être la caractérisation des pratiques et des savoirs ethnomédicaux comme logiques, illogiques ou a-logiques mais plutôt l'analyse des contextes dans lesquels les individus, dans telle culture, passent d'une analyse symbolique à une analyse scientifique, d'une logique de sens commun à une logique de causalité, d'une causalité linéaire à une

causalité circulaire. Il faut transcender l'opposition binaire entre rationalité des savoirs biomédicaux et irrationalité (ou rationalité limités) des autres savoirs ethnomédicaux pour se pencher sur la cohabitation des multiples réalités construites au travers desquelles navigue l'individu en quête du sens de sa maladie.

Nous devons, enfin, rappeler que la recherche sur les caractéristiques formelles des savoirs (et de leurs logiques sous-jacentes) doit faire place à une analyse de la pratique des divers discours sur la maladie. Comme le suggère Lambek, son étude, et croyons-nous, par extension, l'ethnologie

is less concerned with the content of knowledge per se than with the ways in which its presence is socially attested and concerned, not only with who knows what but with who claims to know what, how such claims are evaluated, legitimated, and accepted, and their consequences for social relations, especially for power, morality, and... social accountability.

Lambek 1993 : 10

Or, la cohabitation de diverses formes de logique et de rationalité au sein d'une même culture, voire au sein de chacun des savoirs ethnomédicaux, confirme l'intérêt d'une analyse de la distribution sociale de ces rationalités, de ceux qui les revendiquent, les légitiment, les contrôlent, en somme l'intérêt d'une analyse des fins politiques et éthiques qu'elles servent, d'une économie politique des rationalités.

Cette analyse de la « pratique des discours et des rationalités » ou de l'exercice du pouvoir par le contrôle des savoirs et des rationalités ne doit toutefois pas accorder une importance secondaire, comme le veut une certaine anthropologie médicale critique, à l'analyse de la « pratique du recours aux savoirs et aux rationalités » qui s'exprime à travers les cheminements thérapeutiques. Le sens et la logique des itinéraires thérapeutiques n'apparaissent qu'à travers « un processus plus vaste dont la logique ne peut être reconstituée qu'a *posteriori* à travers les études de cas et dans la mesure du possible dans l'observation des pratiques des acteurs impliqués » (Bibeau *et al.* 1995 : 9).

C'est au défi d'une analyse des conditions sociopolitiques définissant les modèles dominants de rationalité, la cohabitation de logiques et de savoirs alternatifs et la construction du sens de la maladie à travers l'expérience vécue de la maladie, bref à une analyse de la logique de production de rationalités hybrides, que nous convie la littérature récente sur le pluralisme médical et les itinéraires thérapeutiques.

Références

- AJZEN I., 1985, « From Intentions to Actions : A Therapy of Planned Behavior » : 11-39, in J. Kuhl et J. Geckmann (dir.), *Action-Control : From Cognition to Behavior*. Heidelberg, Springer.
- AUGÉ M., 1984, « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement » : 36-91, in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives contemporaines.

- BENOIST J. (dir.), 1996a, *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*. Éditions Karthala, Paris.
- BENOIST J., 1996b, « Singularités du pluriel ? Introduction » : 5-16 in J. Benoist (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Éditions Karthala, Paris.
- BIBEAU G., R. COLLIGNON, E. CORIN et C. HAMONET, « Préface des traducteurs » : 7-9, in J. M. Janzen (dir.), *La quête de thérapie au Bas-Zaïre*. Éditions Karthala, Paris.
- BLUMHAGEN D.W., 1981, « On the Nature of Explanatory Models », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 : 337-340.
- BOUDON R., 1990, « La rationalité du sujet social », Paris, Encyclopedia Universalis.
- COOMBE R., 1991, « Beyond Modernity's Meanings : Engaging the Postmodern in Cultural Anthropology », *Culture* XI, 1-2 : 111-124.
- CSORDAS T. J. (dir.), 1994, *Embodiment and Experience : The Existential ground of culture and self*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DESCOMBES V., 1989, *Philosophie par gros temps*. Paris, Éditions de Minuit.
- DOUGLAS M., 1992a, « The Self as Risk-Taker : A Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS » : 102-124, in M. Douglas (dir.), *Risk and Blame : Essays in Cultural Theory*. Londres, Routledge.
- , 1992b, « Risk and Blame » : 3-21, in M. Douglas (dir.), *Risk and Blame : Essays in Cultural Theory*. Londres, Routledge.
- FABREGA H., 1977, « The Scope of Ethnomedical Science », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 : 201-228.
- FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Les champs de la santé.
- FOSTER G. M., B. G. ANDERSON, 1978, *Medical Anthropology*. New York, John Wiley and Sons.
- FRANKENBERG R., 1993, « Risk : Anthropological and Epidemiological Narratives of Prevention » : 210-244, in S. Lindenbaum et M. Lock (dir.) *Knowledge, Power and Practice : The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles, University of California Press.
- GEERTZ C., 1983, « Common Sense as a Cultural System » : 73-93, in C. Geertz (dir.), *Local Knowledge : Further Essays in Interpretative Anthropology*. New York, Basic Books.
- GOOD B. J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- GOOD B. J. et M. J. DELVECCHIO-GOOD, 1980, « The Meanings of Symptoms : A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice » : 165-196, in L. Eisenberg et A. Kleinman (dir.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht (Pays-Bas), D. Reidel.
- GOODY J., 1977, *The Domestication of Savage Mind*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DELVECCHIO-GOOD M. J., P. E. BRODWIN, B. J. GOOD et A. KLEINMAN (dir.), 1992, *Pain as Human Experience : An Anthropological Perspective*. Berkeley, University of California Press.
- HABERMAS J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*. Tome 1. *Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*. Paris, Fayard.

- HAHN R. A., 1995, *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven et Londres, Yale University Press.
- HOLLIS M. et S. LUKES (dir.), 1982, *Rationality and Relativism*. Oxford, Basil Blackwell.
- HORTON R., 1970, « African Traditional Thought and Western Science » : 131-171, in B. R. Wilson (dir.), *Rationality*. Oxford, Basil Blackwell.
- IZARD M. et P. SMITH, 1979, *La fonction symbolique*. Paris, Gallimard.
- JANZEN, J. M., 1996, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris Karthala. Traduit de *The Quest for therapy in lower Zaïre*. Berkeley, University of California Press, 1978.
- KAUFERT P. A. et J. O'NEIL, 1993, « Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth : Clinicians, Epidemiologists, and Inuit Women » : 32-44, in S. Lindenbaum et M. Lock (dir.) *Knowledge, Power and Practice : The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles, University of California Press.
- KLEINMAN A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- , 1981, « On Illness Meanings and Clinical Interpretation : Not 'Rational Man' but a Rational Approach to man the Sufferer/Man the Healer », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 : 373-377.
- , 1988, *Rethinking Psychiatry : From Cultural Category to Personal Experience*. New York, Free Press.
- , 1995, *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley, University of California Press.
- KLEINMAN A. et J. KLEINMAN, 1991, « Suffering and its Professional Transformation : Toward an Ethnography of Experience », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 : 275-301.
- LAMBEK M., 1993, *Knowledge and Practice in Mayotte : Local Discourse of Islam, Sorcery, and Spirit Possession*. Toronto, University of Toronto Press.
- LÉVY-STRAUSS C., 1962, *La pensée sauvage*. Paris, Plon.
- LÉVY-BRUHL L., 1949, *Les carnets de Lucien Lévy-Bruhl*. Paris, Presses Universitaires de France.
- LE BRETON D., 1995, *La sociologie du risque*. Paris, Presses Universitaires de France.
- LUCKES S., 1986, « Some Problems About Rationality » : 194-213, in B. R. Wilson (dir.), *Rationality : Key Concepts in the Social Sciences*. Worcester, Basil Blackwell.
- MASSÉ R., 1995, *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur.
- , 1996, *L'anthropologie face à la rationalité des savoirs ethnomédicaux*. Texte de conférence à paraître dans les Actes de la Première Conférence Internationale d'anthropologie et d'Histoire de la Santé et de la Maladie, Gênes, 29 mai au 2 juin 1996.
- McELROY A., P. K. TOWNSEND, 1985, *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Boulder, Westview Press.
- MECHANIC D., 1986, « The Concept of Illness Behavior : Culture, Situation and Personnal Predisposition », *Psychological Medicine*, 6 : 1-7.

- PASSERON J.-C., 1991, *Le raisonnement sociologique : l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*. Paris, Nathan.
- RAPP R., 1993, « Accounting of Amniocentesis » : 55-77, in S. Lindenbaum et M. Lock (dir.), *Knowledge, Power and Practice : The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles, University of California Press.
- RIVERS W. H. R., 1924, *Medicine, Magic and Religion*. Londres, Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co.
- ROSENSTOCK I. M., 1974, « Historical Origins of the Health Belief Model », *Health Education Monographs*, 2 : 328-335.
- SAHLINS M., 1976, *Culture and Practical Reason*. Chicago : University of Chicago Press.
- SAUL J. , 1992, *Les Bâtards de Voltaire. La dictature de la raison en Occident*. Paris, Payot.
- SCHUTZ A., 1962, « Common-Sense and the Scientific Interpretation of Human Action » : 3-48, in A. Schutz, *Collected papers*. La Haye, Martinus Nijhoff.
- SHWEDER R. A., 1981, « Rationality 'Goes Without Saying' ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 : 348-357.
- , 1986, « Divergent Rationalities » : 163-196, in D. W. Fiske et R. A. Shweder (dir.), *Metatheory in Social Science : Pluralisms and Subjectivities*. Chicago, University of Chicago Press.
- , 1991, « Determination of Meaning : Discourse and Moral Socialization » : 186-240, in R. A. Shweder (dir.), *Thinking Through Cultures. Expeditions in Cultural Psychology*. Cambridge, Harvard University Press.
- SPEERBER D., 1979, « La pensée symbolique est-elle pré-rationnelle ? » : 17-41, in M. Izard et P. Smith (dir.), *La fonction symbolique*. Paris, Gallimard.
- , 1982, « Les croyances apparemment irrationnelles » : 49-86, in D. Sperber, *Le savoir des anthropologues*. Paris, Hermann.
- TAMBIAH S. J., 1990, *Magic, Science, Religion and the Scope of Rationality*. Cambridge, Cambridge University Press.
- TAYLOR C., 1992, *Grandeur et misère de la modernité*. Québec, Bellarmin.
- TYLOR C., 1983, « Rationality » : 87-105, in M. Hollis et S. Lukes (dir.), *Rationality and Relativism*. Oxford, Basil Blackwell.
- YOUNG A., 1981, « When Rational Men Fall Sick : An Inquiry Into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 : 317-335.
- , 1983, « The Relevance of Traditional Medical Cultures to Modern Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, 17,16 : 1205-1211.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux

La rationalité constitue la valeur-phare dans la gestion des systèmes de santé. Elle est au cœur des entreprises de « rationalisation » des systèmes de soins occidentaux. Elle sert de critère étalon dans l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des diverses ethnomédecines. L'anthropologie s'est traditionnellement prononcée sur le caractère logique, il-logique ou a-logique des savoirs ethnomédicaux et a remis plus récemment en question l'immanence de la rationalité de la biomédecine. Nous proposons ici que les contributions de l'anthropologie passent par la critique de trois des mirages réifiés de la rationalité des savoirs ethnomédicaux à savoir les mirages des croyances propositionnelles irrationnelles, de leur organisation en systèmes et de la cohérence entre moyens et buts visés. Toutefois, afin de dépasser une telle entreprise critique, nous proposons que l'anthropologie resitue la question de la logique au niveau, non plus des caractéristiques formelles des savoirs, mais au niveau du processus d'interprétation et d'explication de la maladie, processus évoluant, tout au long des itinéraires thérapeutiques, au carrefour de l'expérience vécue de la maladie et de la pluralité des pratiques et savoirs ethnomédicaux.

Mots clés : Massé, rationalité, ethnomédecine, santé, épistémologie, savoir

The Mirages of Rationality in Ethnomedicinal Knowledges

Rationality is a key value in the management of health systems. It is at the very heart of the rationalization project of western care systems and is referred to as the ultimate criterion in evaluation of world ethnomedicines. Anthropology has since the very beginning argued on the logical, il-logical or a-logical foundations of ethnomedical knowledges and practices and has contested the immanence of the rationality in the western medical system. We argue here that the the main contribution of anthropology to the analysis of the place of rationality in ethnomedicinal knowledges and practices remains in the critical analysis of three reified mirages of rationality. These are the mirage of irrational beliefs as empiricist propositional statements, as products instead of as acts of language, the mirage of the systematicity and coherence of the interrelations linking those beliefs and the mirage of consistency between practices and goals or of the universality of instrumental reason. In order to go beyond a simple critique of the abuses of rationality, we propose that anthropology must go above and beyond the debate on the formal criteria defining rationality of practices and the logics of knowledges. It must redefine ethnomedical knowledges not as a product empirically expressed through a constellation of beliefs, even if systematically organized, but as a process of interpretation and explanation of illness and sickness. Knowledge is not a summation of propositional beliefs but a virtual reality, the matrix from which people build illness interpretations throughout complex therapeutic itineraries that cross a plurality of care systems and ethnomedicines. Rationality must not be sought out in the formal characteristics of knowledges and practices but in the process of meaning production.

Key words : Massé, rationality, ethnomedicine, health, epistemology, knowledge

Raymond Massé
Département d'anthropologie
Université Laval
Sainte-Foy
Québec G1K 7P4