

data

cod

"Ethos médical et altérité"

(Une approche ethnographique sur l'action des
equipes et des programmes de santé dans les terri-
toires indigènes du Brésil)

ISTVAN VAN DEURSEN VARGA - BRÉSIL

Paris, le 4 avril 1990

Une bréf et superficielle analyse, qui se tiendrait même uniquement au niveau des titres et des thématiques plus fréquentes des productions scientifiques, en médecine et en anthropologie, suffirait pour vérifier une nette prédominance de l'incorporation d'objets traditionnellement "médicales" par l'anthropologie, vis à vis les perspectives inverses, à savoir, de l'incorporation de réflexions et les recherches d'ordre proprement "anthropologique" par la médecine. Il s'agit ici d'une généralisation certainement projectable à la situation internationale actuelle de la production de tout l'ensemble des ainsi apellées "sciences sociales" (y compris l'histoire, la sociologie, la philosophie et l'épistemologie) en face des "sciences médicales" (en toutes ses multiples branches et disciplines spécifiques).

Trés récemment, avec la consolidation du champ de la "santé colective" et des disciplines comme l'"épidémiologie sociale", surtout a partir des années 60 de ce siècle, et sous l'influence d'oeuvres comme celles de Foucault, Canguilhem, Illich, Rosen, Laurel, Berlingüer, Szász, Boltansky, Machado, et de plusieurs autres importants chercheurs, peut-être moins connus, c'est qu'il se fait possible reconnaître une certaine incorporation, encore timide, d'un "socius" par certaines branches du savoir médical. En tout cas, il s'agit toujours de disciplines plutôt "périphériques", en face des paradigmes fondateurs et véritablement centrales de la médecine moderne; ce qui fait que, surtout, et encore au Brésil d'aujourd'hui, elles

représentent une option "marginale" et peu valorisé, en tant que carrière professionnelle.

Chez nous, l'incorporation du modèle Flexnerien pour le curriculum des facultés de médecine, et des ainsi nomées sciences "paramédicales", fut consommée en 1968, avec l'accord MEC-USAID, sous la dictature militaire. Dès lors, le peu des résidus d'un curriculum basique d'humanités", survécu des deux derniers siècles de l'histoire de la médecine occidentale, fut extirpé du hall de la véritablement productive, sérieuse et pragmatique science médicale contemporaine, laquelle se trouve définitivement inscrit dans les conditions du développement de sa propre technologie (qui, à son tour, se trouve intimement conditionnée et directionnée par l'avance de l'industrialisation en général, se faisant sentir directement soit par l'industrie pharmaceutique, soit par la sophistication des équipements de diagnose et d'intervention thérapeutique directe disponibles).

Évidemment, la fragmentation et la spécialisation, comme corollaires nécessaires d'une science qui se voue presque entièrement à l'étude des "agents" (externes) de causation des maladies, furent des procès extrêmement stimulés par la multiplication, en rythme exponentiel, des ressources techniques disponibles pour le domaine des tels agents.

D'une manière semblable, se fut ainsi qu'en tant que questions (très soigneusement...) "encystées" comme "spécificités" disciplinaires, dans le contexte de cette spécialisation progressive, les conditions de travail, d'alimentation, le pouvoir aquisitif des populations, les "modes de production" des sociétés, etc..., sont posées comme des objets centrales de l'allors dénommée "médecine sociale" ou "santé collective"; ce qui évidencie, d'ailleurs, une nette influence du marxisme dans ce champ.

Toutefois, si cette incorporation, encore relativement timide, de rapports d'ordre proprement sociologique et économique a pu signifier la constitution d'un champ déterminé et délimité pour l'investigation scientifique et la pratique médicale contemporaine, la possibilité qu'un procès pareil puisse se déclencher vis-à-vis, par exemple, l'anthropologie, semble beaucoup plus remote. Elle impliquerait risquer la possibilité de penser cette médecine, avec toutes ces respectives institutions et leurs significations politiques, comme une simple "expression culturelle", tout à fait particulière et circonstancielle, parmi une miriade d'autres possibilités culturelles, lesquelles devraient être, en principe (au moins du point de vue épistémologique), reconnues comme autant respectables et significatives, en tant qu'objets d'étude. N'importe quel autre positionnement à l'égard ce

problème hasarderait, nécessairement, les sujets à tomber dans un type quelconque d'évolutionisme, tout à fait échoué du point de vue idéologique, et déqualifié comme perspective de recherche capable de représenter, à nos jours, quoi qu'il en soit de nouveauté méthodologique dans le domaine des sciences médicales.

En fonction de cette sorte de "relativisme" ainsi placé, (lequel, nous semble t'il, s'imposerait comme un pressupposé minimum nécessaire pour une telle effective incorporation méthodologique de la part de la médecine) le bouleversement de certains postulats (ou "mythes"), d'entre les plus chers et les plus enracinés dans l'imaginaire et dans la rationalité scientifique moderne, semble imminent:

A - Tout d'abord, la représentation "utilitaire" du concept de l'efficacité: un procès thérapeutique efficace, p. ex., se traduirait par le domaine et le pouvoir de manipulation acquirit sur les facteurs déterminants de la maladie.

B - Le matérialisme pragmatique y résultant, fondamentale soit pour l'aquisition et la définitive consolidation du pouvoir de manipulation des phénomènes, soit pour les conditions de leur expérimentation, à travers la même manipulation directe (en ce cas d'ordre plutôt physico-chimique) comme à travers l'observation dirigée (d'ordre surtout statistique).

C - L'idéalisation d'une objectivité qualifiable, mesurable (tout de même "materialisable") tenue comme le lest, la caution nécessaire au disciplinement et à la consolidation d'un savoir compétent et sérieux.

D - La croyance à la dialectique de la "supération", tenue comme le moteur de l'évolution des théories et méthodes scientifiques, en vue des essais de leur propre matérialisation expérimentale à travers l'histoire.

E - La croyance à une continuelle cohérence et solidarité conceptuelle basique entre tous les savoirs reconnus comme "scientifiques:" les éventuelles contradictions entre ses respectifs discours, modes de figuration et d'approche sur des objets communs, est conçue comme circonstancielle et secondaire - historiquement "supérable", enfin.

Le bouleversement du statut de "postulat exclusif" de chacun de ces éléments caractéristiques de l'imaginaire de la modernité scientifique, semble se poser, pourtant, comme condition nécessaire pour l'effective assimilation (épistémologique et méthodologique) de l'idée d'une altérité possible, par le champ des sciences médicales. Mais cela est

un pris encore très élevé à payer, un effort insupsoné, pour une telle conformation intellectuelle.

D'un point de vue ethnographique, on pourrait dire, sans trop risquer, que le rôle de ces postulats est équivalent à celui des mythes, comme éléments constitutifs d'un "ethos" médicale. Et c'est précisément là le point de départ de notre réflexion sur l'actuation des équipes et des programmes de santé aux territoires indigènes du Brésil.

Il se fait difficile d'imaginer des situations où cet "ethos" médicale pourrait être confronté par une altérité en tel degré d'explicitation et de radicalité. Pour une appréciation uniquement préliminaire, et tout à fait sommaire, de quelques aspects possibles de cette confrontation, nous nous utiliserons, à guise d'un parcours indicateur, des "postulats" qu'on viens de mentionner, et qu'à notre égard sont très spécialement illustratifs de la configuration actuelle de cet "ethos". Évidement, ce serraient commetre une grossière erreur de supposer une "homogeneité" de départ des pratiques traditionnelles concernant la santé, entre le nombre actuel d'environ 180 des groupes indigènes survecus aux presque cinq siècles de massacres, désagrégation et dispersion forcée par la colonization et l'ainsi formée "société brésilienne entourante". En tout cas, pour notre propos du moment, il nous sufira d'esquisser la généralité inespécifique de cette alterité, dès lors prévisible vis-à-vis l'"establishment" médico-sanitaire.

La logique du "controle" des maladies, p. ex., n'en parviendra à trouver aucun écho parmi les conceptions souvent "métaphysiques", et presque "religieuses", de la santé et des maladies, qui vigorent entre plusieurs groupes indigènes. Très fréquemment les épidémies seront considérées, par exemple, comme un phénomène secondaire à un trouble d'ordre cosmologique, à une sorte de déséquilibre d'une signification beaucoup plus élargie et grave (parfois avec de nettes correspondances d'ordre même mythique ou prophétique), dont les conséquences seront tenues comme inévitables, du moins du point de vue d'une intervention "technique" quiconque, comme un type de "signe des temps".

Aussi les guérisseurs eux-mêmes sont souvent considérés comme des simples intermediateurs entre leurs respectives communautés et les entités "possesseures" de chaque être, soit animé ou non, dans l'univers. Le procès de cure y parviendrait, donc, comme une réintégration du malade dans l'ordre cosmique à travers des plusieurs types d'injonctions et convocations des telles entités - Dans ces cas, on n'y trouvera aucune correspondance, au moins initiale, avec l'idée du "controle", ou d'une aquisition de pouvoir de "domination", de "manipulation", des "facteurs" determinants des maladies.

On n'y pourrait même pas recourir, pour ces cas, à l'idée de "facteurs" "materialisables" (et pourtant potentiellement soumissables à une intervention humaine), comme une tentative de les faire "comprendre" et adopter les mesures nécessaires pour le contrôle, suivant l'exemple antérieur, d'une épidémie quelconque.

En outre, comment se ferait-il possible, de la part des équipes de santé (quand leur bonne volonté et leur respect en vers les indiens arrivent à des telles intentions, ce qui est encore assez rare), de tâcher sincèrement de comprendre - et même d'apprendre quoi qu'il en soit à eux permis - au sujet des pratiques traditionnelles de cure de ces groupes? Quelle objectivité pourraient-elles attribuer aux songes du shaman, aux visions des esprits, aux "substances nocives" retirées par incantation du corps du malade? Convenons, il serait très compliqué pour un médecin, pas exemple, y émettre simplement une opinion sincère, sans supposer ou suggérer des images de simulation, ou n'importe quel tortueux et compliqué mécanisme d' "induction psycho-somatique", au meilleur des cas (comme d'ailleurs l'a exactement fait Lévi-Strauss dans le "sorcier et sa magie", et dans "l'efficacité symbolique").

Un autre aspect de la question c'est que simplement la "modernité" en est une catégorie tout à fait moderne (et strictement occidentale, pourtant), sans aucune équivalence indigène. Dans leurs contextes culturels il n'arrivent pas des "révolutions" ni des "évolutions" scientifiques. C'est la même tradition qui explique et dirige la vie, qu'affronte les menaces et les dangers, qui englutit et incorpore les "nouveau-tés", l'inusité.

Si l'anthropologie contemporaine démontre une certaine-relative-compétence pour des essais de traduction et d'expression (pour ne pas dire d'"explication") de ces autres univers culturels, s'en est certainement pas le cas de la médecine, une science pour laquelle une simple "expression", bien réussite, de l'objet d'étude, ne suffirait absolument pas. Pour l'effective compatibilisation de la médecine, en tant que science, avec les conditions pratiques posées par le travail aux territoires indigènes, le simple recours à une "scientificité" anthropologique n'en suffit pas. Et en relation à ce qu'on vient d'affirmer ci-dessus, au sujet de la simple "expression" de l'altérité, comme étant un objectif satisfaisant pour l'anthropologie en tant que science (en foulent aux pieds l'exigence de l'"explication"), il va sans dire qu'il s'agit d'une question extrêmement polémique, même en anthropologie, et qui risquerait de conduire les adeptes des telles opinions, avec leurs efforts de donner l'écoulement à une "poliphonie" culturelle, à s'évader définitivement du camp du savoir scientifique, devant se vouer plutôt aux "beaux-arts" (selon

le point de vue des tendances plus rationalistes).

Sans entrer dans cette discussion, il importe d'achever notre réflexion, en affirmant que tous ces problèmes qu'on viens de poser, d'une manière inévitablement abstraite (puisque'on n'a pas l'espace ni le temps de les illustrer avec des exemples concrets), en représentant, en fait, des difficultés pratiques très importantes pour l'application des programmes de santé, et pour ses respectives équipes, aux territoires indigènes, pas seulement du Brésil, comme en plusieurs d'autres pays.

Une monographie mérite être ici mentionné, par sa qualité et capacité d'illustrer cette question: "From failure to success - taping the creative energy among the Sikuani in Colombia", de Xoxhitl Herrera et Miguel Lobo-Guerrero (publiée en Grassroots Development, 10:3, 1988).

D'une manière équivalente à l'effort réalisé en Colombie, décrit par ces deux auteurs, il faudrait, au Brésil, développer des modèles d'assistance adéquates aux conditions de travail qui s'imposent dans les ~~conditions~~ ^{SITUATIONS} déjas mentionnées. Le moment politique brésilien, d'ailleurs, exige une prise de position et une claire définition à l'égard de la santé des groupes indigènes.

Premièrement il se fait nécessaire de rompre le cycle vicieux des mobilizations qui se déclanchent uniquement aux situations d'émergence extrême, ce qui est très typique de l'histoire sanitaire brésilienne, surtout en ce qui concerne l'assistance aux indiens. Il faudra établir, d'une manière solide et économiquement assurée, des politiques de santé de moyens et longs termes. En ce sens, les plus diverses expériences réalisées, jusqu'au présent, démontrent que même d'un point de vue absolument technique et administratif, les methodologies "techniques", traditionnelemente utilisées avec succès pour les projections les plus diverses en santé publique, ne réussissent pas dans des telles conditions, à cause, surtout, de la manque d'adhésion des communautés aux programmes (y écludants, évidemment, toutes les inombrables autres difficultés d'infra-structure subis par ces équipes), laquelle est motivée par tous les problèmes dont nous venons de commenter.

Le point c'est que les opérations et les priorités spécifiquement techniques doivent être intégrée dans une stratégie générale de création d'une interlocution permanente, entre les programmes, les équipes et les communautés par eux contemplées. Cela ne signifie pas uniquement la concretization des possibilités de participation directe des "représentants" indigènes dans l'organisation et l'exécution des activités prévues, mais

que la logique du dialogue et de l'intélection mutuelle doit être le nord de toute cette politique, son objectif principale, quoi qu'il n'y en soit satisfaitoirement accomplissable qu'à long terme.

Même quand il s'agit des projet plus avancés, qu'incorporent avec grande attention la formation d'"agents de santé" indigènes, la faillite viendra, tôt ou tard, s'ils ne furent pas insérés dans un procès de création et stimulation du dialogue avec toute la communauté (comme d'ailleurs le démontre, avec détailles, le texte sur-mencioné de Xoxhitl Herrera et Miguel Lobo-Guerrero). Ils risquent, en surplus, de créer des nouveaux personnages, ni-blans, ni-indiens, qui se trouverons, fort-souvent, pas seulement frustrés, mais sérieusement déplacés et isolés par leurs propres groupes (il y a eut même des cas de suicide, au Brésil, parmi ces agents).

Évidement toutes ces considérations établissent l'absolue nécessité de la composition multiprofessionnelle, soit des équipes d'exécution des actions, ainsi comme, et surtout, des équipes de planification et de direction de tels programmes (ce qui très rarement arrive au Brésil).

Pour finalizer, nous croyons que les limitations théorico-méthodologiques des disciplines et sciences subsidiaires du savoir médicale contemporain, desquelles nous venons d'y en faire un essai d'appréciation préliminaire (en ce qui concerne leur capacité de métabolizer ou de simplement convivre avec l'altérité épistémologique et éthique), motiveront encore, certainement, un long et complex procès historique de crise paradigmatique, duquel nous en presencions, dès le moment, des signes très significatifs. Peut-être ce procès n'aboutira plus à des songes rennoués de "supération" anthropophagique, dans ce cas "post-moderne", et donnera la place à une étique scientifique (et civilizoire) moins prétencieuse, capable d'effective et tout-simplement admettre ces propres limitations (sans commetre des nouveaux "suicides" philosophiques, lesquels seraient nécessairement, comme le démontre l'histoire, suivis par des autres élans revolutionnaires expansionistes). L'équilibre du monde et la paix entre les peuples semble nécessiter moins des "révolutions" sensationnelles et grandiloquentes, que d'une attitude tout-simplement humble et tolérante en vers les autres.

Jusqu'à qu'une réformulation plus profonde du curriculum médicale basique ne se fasse pas possible, nous proposons que les professionnels de santé soient stimulés à une véritable militance "universitaire" de champ, en coopération directe et permanente avec des professionnels d'autres disciplines ou sciences, pour une active et permanente élaboration des problèmes posés par leurs propres

expériences, vis-à-vis cette extraordinaire opportunité de réflexion que la convivence avec les indiens les en possibilité.

Nous sommes entièrement convaincus, par notre propre expérience, qu'une telle architecture de travail en équipe apportera des grands succès aux respectives projets.