Document generated on 07/11/2025 11:57 p.m.

Anthropologie et Sociétés

# Interdisciplinarité et renouvellement de l'anthropologie africaniste
## L'exemple de l'anthropologie médicale
# Interdisciplinarity and the Renewal of Africanist Anthropology
## Medical Anthropology as an Example ?
# Interdisciplinariedad y renuevo de la antropología africanista
## El ejemplo de la antropología medica

Jean-Pierre Olivier de Sardan

Volume 37, Number 1, 2013

Médiations interdisciplinaires : variations africanistes
Interdisciplinary Mediations: Africanist Variations
Mediaciones interdisciplinarias: Variaciones africanistas

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1016145ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1016145ar

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

de Sardan, J.-P. O. (2013). Interdisciplinarité et renouvellement de l'anthropologie africaniste : l'exemple de l'anthropologie médicale. *Anthropologie et Sociétés*, *37*(1), 23–43. https://doi.org/10.7202/1016145ar

Article abstract

Anthropology has a major advantage among social sciences, which is its qualitative method (long-term fieldwork in natural settings), but it suffers from its past, when it was focused on so called "primitive peoples", and fascinated by exoticism and traditionality. Africanist anthropology is in many ways typical of that inheritage, not open enough to new topics and new concepts, prisoner of a culturalist ideology, and too much frighten by interdisciplinarity or collaboration with action-oriented research. Studying modernity, syncretism and change calls for innovation and borrowing to other disciplines. Medical anthropology in Northern countries, for instance, has evolved in this direction since the seventies, under the influence of public health topics, while fighting to preserve its independence. But in Africa it's only recently that medical anthropologists have taken modern health units and health professionals as legitimate topics for research, and have engaged in a dialogue with practitioners in the perspective of reforming the health system. But, on a conceptual level, public health is not actually helpful, and anthropologist should produce grounded theories and fresh concepts, sometimes with the help of other disciplines.

Tous droits réservés © Anthropologie et Sociétés, Université Laval, 2013

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

# INTERDISCIPLINARITÉ ET RENOUVELLEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE AFRICANISTE

## *L'exemple de l'anthropologie médicale*

**Jean-Pierre Olivier de Sardan**

### Introduction : un renouvellement en trois dimensions

Dans le champ des études africaines (et sans doute aussi plus généralement au sein de l'anthropologie française), un désenclavement disciplinaire de l'anthropologie et un renouvellement en particulier de ses thèmes et objets de recherche sont nécessaires. Certes, de nombreux signes montrent que ce processus est en cours d'émergence. Il est déjà bien avancé pour les études européanistes ou américanistes, même si la partie est loin d'être gagnée. Mais l'anthropologie académique règne encore, avec ses saveurs passéistes et culturalistes, dès lors qu'il s'agit de l'Afrique. Évitons ici tout malentendu. Il ne s'agit en rien de proclamer une quelconque révolution épistémologique, ni de rompre avec les acquis de la discipline. Les progrès en sciences sociales sont de nos jours plutôt de type incrémental. Ils relèvent plus des petits pas que des changements radicaux de paradigme.

Mais un renouvellement semble néanmoins indispensable. L'anthropologie africaniste[1] doit enfin en finir avec ses tropismes exotiques, son passé colonial, son usage récurrent du « grand partage » (Eux/Nous, sociétés occidentales/sociétés non occidentales)[2], ses penchants traditionnalistes et primitivistes, sa fascination excessive pour le symbolisme ou le structuralisme. Ce sont pour une grande part des idéologies scientifiques qui continuent à être prégnantes, et avec lesquelles une rupture est souhaitable. Certes, malgré, ou même à travers ces idéologies, l'anthropologie a produit des connaissances respectables, précieuses, incontournables. Mais aujourd'hui le monde moderne tout entier est enfin ouvert aux investigations anthropologiques, qui ne sauraient être réduites aux rites

1. Le terme « africaniste » est ici utilisé sans distinction particulière entre les chercheurs non africains et les chercheurs africains travaillant sur l'Afrique.
2. Se référer à d'anciennes et pertinentes critiques du « grand partage » par Latour (1983) et Lenclud (1992).

ancestraux, aux tradi-praticiens ou aux sectes millénaristes, pas plus que les sociétés africaines (comme asiatiques ou latino-américaines) ne sauraient être réduites à leurs survivances culturelles ancestrales[3].

Ce renouvellement de l'anthropologie africaniste implique trois dimensions : 1) un élargissement important des thèmes de recherche ; 2) des innovations conceptuelles ; 3) une exploration de liens possibles entre connaissances produites et réformes sociales.

En premier lieu, l'anthropologie africaniste reste encore trop souvent prisonnière de ses objets emblématiques fondateurs (rituels, mythes, parenté, sorcellerie, chasseurs-cueilleurs, « arts premiers », etc.), fondateurs de son identité disciplinaire aux débuts du XX^e^ siècle. Alors que c'est son mode spécifique de production de données (l'enquête de terrain prolongée, dite aussi enquête ethnographique) qui définit pour l'essentiel sa spécificité au sein des sciences sociales, les thèmes initiaux sur lesquels elle a élaboré cette méthode lui sont restés en quelque sorte « collés à la peau » et elle peine parfois à en sortir et à se confronter à d'autres thèmes. Nous pensons au contraire que l'anthropologie a tout à gagner à puiser dans des thèmes relevant d'autres disciplines, auxquels elle peut apporter les avantages de l'enquête de terrain prolongée.

Deuxièmement, l'anthropologie africaniste reste encore trop respectueuse des lignes de pente conceptuelles héritées de ses ancêtres lointains, ou plus proches, qui ont, elles aussi, fondé son identité disciplinaire initiale et l'ont ancrée dans des perspectives « primitivistes », structuralistes, holistes et hyper-symboliques. Le caractère emblématique pour la discipline de l'« Essai sur le don », aujourd'hui encore, en témoigne[4].

Enfin, l'anthropologie africaniste reste encore trop souvent dans un splendide isolement face à toute forme d'insertion civique ou d'aide à des réformes : elle s'est largement construite dans le dédain de l'action. Certes, certains anthropologues ont parfois été associés à l'entreprise coloniale, et plus récemment l'anthropologie du développement a connu une certaine extension, mais ce sont des volets réprouvés ou dévalorisés par l'anthropologie académique.

Pour se renouveler selon ces trois dimensions, l'anthropologie africaniste ne peut que gagner à une profonde ouverture aux vents du large, ce qui implique de rompre avec une forte tradition en son sein de repli disciplinaire

3. Les travaux existants ou à venir sur les thèmes classiques – que Gruénais (2012) appelle les « vieux objets » ou les « fondamentaux » de l'anthropologie, et dont il défend la présence au sein même de l'anthropologie de la santé – peuvent être excellents, et restent fort respectables. C'est leur hégémonie, au moins symbolique, au sein de la discipline, malgré l'apparition de « nouveaux contextes ethnographiques » (Leservoisier et Vidal 2007) qui pose à mon avis problème.
4. Mauss (1983 [1923-1924]). C'est pourtant un texte qui témoigne de nombreuses formes de « surinterprétation » par rapport aux données, et dont la validité empirique est aujourd'hui très contestée (voir Olivier de Sardan 2008 : 286-289).

et d'affirmation identitaire. Mais il ne s'agit en aucun cas de récuser pour autant l'héritage méthodologique de l'anthropologie. Tout au contraire, celui-ci constitue le « cœur de métier » de l'anthropologie et le socle même sur lequel ouvertures, changements et innovations doivent s'appuyer[5].

C'est d'ailleurs dans une discipline proche, cousine ou sœur, et qui partage le même héritage méthodologique, qu'un certain nombre d'anthropologues « réformateurs » ont puisé des sources de renouvellement. Il s'agit de la sociologie dite « qualitative » (ou de l'École de Chicago)[6]. Celle-ci en effet, tout en s'appuyant sur l'enquête de terrain approfondie, a, entre autres, travaillé sur des objets situés au centre des métropoles américaines modernes, ouvert des chantiers féconds sur l'étude des professions contemporaines, introduit les perspectives constructivistes et interactionnistes, ou entamé des dialogues inédits entre la science et la cité. Cette approche a pu être « exportée » avec profit sur des terrains plus habitués – hélas – aux clichés exotiques. De nombreux anthropologues ont ainsi récemment abordé les sociétés africaines dans une perspective qui devait au moins autant à l'école de Chicago qu'à l'ethnologie africaniste classique[7]. C'est pourquoi nous sommes un certain nombre à employer le terme de « socio-anthropologie » (que nous utiliserons ici au même titre que « anthropologie »).

Pour mieux circonscrire les problèmes et enjeux de ce renouvellement, je me limiterai à un domaine précis, celui de la santé, qui a donné lieu à des études anthropologiques spécialisées depuis longtemps. On peut même parler d'une sorte de sous-discipline, l'anthropologie médicale, aussi appelé anthropologie de la santé[8], qui a ses spécialistes à vie, ses associations professionnelles, ses revues. Mais, malgré cette forte spécificité, les conclusions qu'on peut tirer à propos de l'anthropologie de la santé sont à mon avis entièrement valables pour l'anthropologie en général, quels que soient ses domaines d'investigation. La santé n'est jamais qu'un thème de recherche parmi d'autres.

---

5. On reconnaîtra évidemment là un appel à inscrire le renouvellement de l'anthropologie dans cette « rigueur du qualitatif » que nous appelons de nos vœux (Olivier de Sardan 2008).
6. Il est surprenant de voir à quel point celle-ci reste ignorée de l'anthropologie africaniste aujourd'hui encore.
7. Voir, parmi bien d'autres : Bierschenk (1991, sur le développement ; 2006, sur les élections ; 2007, sur l'éducation ; 2008, sur la justice) ; Laurent (1995, sur la décentralisation) ; Jaffré (1999, sur la santé) ; Blundo (1998, sur les communes ; 2011, sur les eaux et forêts) ; Anders (2010, sur les réformes de l'administration) ; Hilgers (2012, sur les villes secondaires). Il faut d'ailleurs noter que, à l'intérieur des études africanistes, l'école de Manchester avait, dès les années 1950-1960, fait preuve d'innovation (Mitchell 1969), tant dans les objets (les migrations, par exemple), que dans les concepts (comme l'intérêt pour les réseaux), ainsi que dans la réflexion sur l'application des connaissances. Georges Balandier, en France, a repris et diffusé cette orientation, marginale à l'époque par rapport au structuralisme dominant.
8. La seconde expression est employée en France pour se démarquer d'une trop grande soumission envers le monde médical qu'exprimerait la première (qui est par contre généralisée dans le monde anglophone).

## Anthropologie de la santé et santé publique[9]

En fait l'anthropologie de la santé intervient dans un domaine qui est largement dominé par une autre discipline, la santé publique. Dès lors que l'on sort des sciences médicales cliniques et de la médecine expérimentale, c'est la santé publique qui prend le relais et mène la barque[10].

La santé publique est, un peu comme la géographie, une discipline-carrefour, qui englobe à la fois l'épidémiologie, l'économie de la santé, le développement, l'analyse des politiques publiques, la démographie médicale, la gestion, la sociologie de la santé, etc. Mais c'est aussi, comme l'économie, une discipline proche des décideurs, et qui travaille directement à l'élaboration de politiques sanitaires à tous niveaux (sectoriel, régional, national, international). La santé publique est fortement orientée vers l'action et fournit les cadres opérationnels et dirigeants du système de santé.

Enfin, la santé publique a gardé jusqu'à ce jour une très forte orientation quantitative. Les dispositifs de recherche privilégiés restent encore pour la plupart bâtis sur des modèles épidémiologiques et la recherche de variables explicatives. La culture du chiffre statistique y est hégémonique. Toutefois cette situation est en train d'évoluer favorablement, en particulier au Nord : le recours aux méthodes mixtes (qui combinent approches quantitatives et qualitatives) se développe[11], et de nouvelles configurations théoriques ou institutionnelles à l'intérieur même de la santé publique prônent une large ouverture aux problématiques des sciences sociales, à l'enquête de terrain ou aux études de cas : c'est ainsi le cas avec la *Health Policy and Systems Research*[12] ou avec la *New Public Health*[13]. Mais cet élargissement bienvenu de la santé publique reste encore minoritaire, et surtout se répand de façon inégale : il est ainsi peu connu en France, et il est presque complètement ignoré en Afrique francophone (où je travaille, et qui constitue l'arrière-plan empirique de la présente argumentation).

Dans les contextes où la santé publique classique reste hégémonique, comme en Afrique, l'anthropologie médicale doit encore lutter pour exister de façon autonome et être prise suffisamment au sérieux. La domination de la santé publique se manifeste bien évidemment au niveau institutionnel (les médecins de santé publique règnent sur les institutions de santé et de recherche sur la santé) et financier (les crédits de recherche se dirigent peu vers les projets d'anthropologie médicale, et ne le font le plus souvent que s'ils sont intégrés dans des projets plus

9. Certains arguments développés ci-dessous sur les relations entre anthropologie et santé publique ont déjà été exposés lors d'un colloque de l'AMADES (voir Olivier de Sardan 2010).
10. Voir Fassin (1996) ; Vidal (2010).
11. Voir Tashakkori et Teddlie (2003) ; Greene (2007) ; Creswell et Plano Clark (2011) ; Guével et Pommier (2012).
12. Voir Gilson *et al*. (2011) ; Gilson (2012). Lucy Gilson entend rompre avec le paradigme positiviste et défend les approches constructionnistes (et même relativistes) fréquentes en sciences sociales.
13. Voir Tulchinsky et Varavikova (2010).

vastes de santé publique). Mais c'est surtout au niveau proprement scientifique qu'il est intéressant d'observer les effets de cette domination, car ils suscitent de nombreux biais et malentendus. Deux sont particulièrement importants.

D'une part, les spécialistes de santé publique (version classique) tendent à reléguer l'anthropologie médicale dans ce qu'ils considèrent de leur point de vue comme étant sa vocation, à savoir les éclairer sur les « aspects culturels » des comportements des patients[14]. Face aux aspects « illogiques » ou « irrationnels » de ces derniers (si on leur applique une perspective biomédicale), l'expertise de l'anthropologue est requise. Elle doit donc s'exercer du côté de la demande de soins (les populations) et non du côté de l'offre de soins (les personnels de santé).

D'autre part, les spécialistes de santé publique entendent appliquer aux programmes de recherche en socio-anthropologie de la santé leurs propres critères de scientificité, qui ont été conçus pour des essais cliniques ou des enquêtes épidémiologiques : on demande donc aux anthropologues de fournir à l'avance leurs questionnaires (alors qu'ils n'en utilisent pas !), de définir leurs échantillons (alors qu'ils procèdent par « groupes stratégiques » et par « saturation », et non sur la base d'échantillons prédéfinis !), de produire une déclaration de consentement éclairé à faire signer à tout interlocuteur avant entretien (formule totalement inadaptée aux conditions concrètes de l'entretien anthropologique !). On leur demande de présenter leurs projets de recherche devant des comités d'éthique nationaux, composés de médecins n'ayant aucune formation pour expertiser ou évaluer ces projets.

Les situations d'hégémonie disciplinaire existent bien entendu dans d'autres domaines : l'anthropologie économique travaille dans des périmètres soumis à la domination de l'économie, comme l'anthropologie du développement rural fait face à celle des agronomes. Mais c'est sans doute dans le domaine de la santé qu'elles sont les plus évidentes et les plus institutionnalisées.

Comment a réagi alors l'anthropologie médicale ? On distinguera deux pôles extrêmes.

D'une part, l'acceptation résignée. L'enseignement de l'anthropologie de la santé dans les facultés de médecine en est l'illustration. De bon ou de mauvais cœur les anthropologues voués à ces enseignements se plient aux cursus élaborés par les médecins. Ils participent de même à des programmes de recherche élaborés à peu près entièrement par ces derniers qui leur affectent des « niches » et des thèmes préétablis. Ils travaillent sous la pression des problématiques médicales, et en adoptent parfois le langage.

D'autre part, la critique véhémente. Celle-ci peut bien sûr s'exercer à de multiples niveaux. Elle peut montrer et démontrer les divers biais qui pèsent sur les procédures scientifiques propres à la santé publique et donc s'ériger en

14. Fassin (2001).

« critique de la santé publique »[15]. Elle peut aussi s'en prendre au système de santé lui-même et analyser, dans une approche foucaldienne, les dispositifs de pouvoir et de « biopouvoir » qui le régissent.

Mais ni l'une ni l'autre de ces attitudes, malgré l'intérêt qu'elles peuvent offrir ici ou là, ne font véritablement progresser l'anthropologie de la santé en tant que science empirique. Ni la soumission ni la déconstruction ne permettent d'ouvrir un véritable dialogue entre socio-anthropologie de la santé et santé publique.

Or, un dialogue décomplexé avec la santé publique, sans complaisance et sans suffisance, est non seulement possible, mais aussi salutaire. Il s'est en fait largement développé depuis des années dans certains domaines, au moins au Nord. L'anthropologie de la santé s'est ouverte à de très nombreux thèmes de recherche innovants. Il n'y a aucune raison épistémologique pour que ce processus stagne au Sud. Car l'ouverture sur la santé publique apporte à l'anthropologie un certain nombre d'avantages bien réels. Il ne s'agit donc pas ici de démontrer tout ce que l'anthropologie peut apporter à la santé publique, ce qui est déjà largement connu, mais bien de faire l'opération inverse, dans une perspective de renouvellement et de désenclavement de l'anthropologie africaniste en général. Nous ne plaidons pas ici pour la sous-discipline qu'est l'anthropologie de la santé, confrontée salutairement à de « nouveaux défis » (Massé 2010)[16], et qui se diversifie avec profit, mais pour l'anthropologie africaniste, beaucoup plus frileuse : l'anthropologie de la santé est en l'occurrence mobilisée à titre d'exemple positif.

Si nous en revenons aux trois dimensions évoquées ci-dessus, la santé publique s'est révélée d'un apport certain pour deux d'entre eux : le renouvellement des thèmes (1) ; les liens entre connaissance et action (3) ; par contre, en ce qui concerne le renouvellement conceptuel (2), les anthropologues de la santé devront se débrouiller par eux-mêmes ou s'adresser ailleurs.

## Les thèmes de recherche en socio-anthropologie de la santé

Du fait des tropismes exotiques ou traditionnalistes que nous avons évoqués ci-dessus, des pans entiers de la vie sociale moderne ont été longtemps ignorés des anthropologues africanistes[17]. On ne s'étonnera donc pas que les

15. Dozon et Fassin (2001).
16. Raymond Massé estime ainsi avec raison que « l'enjeu n'est plus maintenant de défendre la pertinence de [l'anthropologie de la santé] (même au sein de l'anthropologie) mais d'élaborer des concepts, des modèles théoriques et des stratégies méthodologiques adaptées aux nouvelles problématiques de la santé » (Massé 2010 : n.p.). Sylvie Fainzang (2010) plaide de son côté pour un « enrichissement » théorique de l'anthropologie de la santé, mais sans rupture avec les concepts fondamentaux.
17. D'où des appels réguliers, depuis 30 ans, à investir tel ou tel domaine laissé pour compte, bien que situé au cœur des modernités africaines : les ouvriers (Agier *et al.* 1987), l'administration (Darbon 1985, 2001), les fonctionnaires (Copans 2001). Certains travaux explorent désormais

débuts de l'anthropologie de la santé en Afrique, autour des années 1970, aient été marqués par la permanence des thématiques magico-religieuses, recyclées dans le monde de la quête de soins[18] : sorcellerie, possession, divination, fétiches, ancêtres, ordalies, initiations constituaient alors la porte d'entrée privilégiée sur la maladie. Rares et plus tardifs ont été les travaux qui s'intéressaient enfin aux maladies « prosaïques »[19].

C'est seulement à la fin des années 1980 que de nouveaux thèmes font irruption dans l'anthropologie de la santé africaniste, non sans lien avec les travaux de l'École de Chicago, et en intégrant des approches interactionnistes. Il s'agit dès lors de mener en Afrique – enfin ! – des recherches sur les mêmes objets que ceux sur lesquels travaillaient les sciences sociales dans les pays européens et nord-américains[20] : les hôpitaux, les médecins, les infirmiers, les services d'urgence, les maladies chroniques, les relations soignants-soignés, les cultures professionnelles, etc.

L'anthropologie médicale africaniste qui était née sous les auspices de l'ethnologie religieuse classique s'est alors opportunément élargie à l'importation des objets typiques de la sociologie de la santé européaniste. Il s'agissait de prendre en compte simultanément la demande de soins et l'offre de soins[21].

Mais une troisième vague d'objets est apparue plus récemment du fait de la collaboration avec les professionnels de santé. De multiples entrées « pointues » sont désormais possibles : par pathologie, par type de prise en charge, par profession de santé, par politique de santé ou système de santé. On peut aussi privilégier les interactions entre personnels de santé et usagers, les systèmes informels de soins et de vente de médicaments, ou les itinéraires thérapeutiques. Autrement dit, la gamme des objets « anthropologisables » s'est extraordinairement élargie depuis une vingtaine d'années.

Prenons un exemple. La « référence obstétricale » est typiquement un thème issu de la santé publique et une préoccupation majeure dans la lutte contre la mortalité maternelle. Mais il n'y a aucune contre-indication à ce qu'elle devienne aussi un objet anthropologique à part entière[22]. C'est dès lors un vaste univers d'investigation qui s'ouvre à l'enquête de terrain qualitative, et se prête à l'élaboration de problématiques typiques des sciences sociales : les conditions concrètes d'exercice de la profession de sage-femme, les

---

empiriquement ces domaines, ou d'autres du même type : les courtiers en développement (Bierschenk *et al.* 2000), la corruption (Blundo et Olivier de Sardan 2007), la gouvernance quotidienne (Blundo et Le Meur 2009), les réformes de la bureaucratie (Anders 2010), etc.

18. Augé (1986) ; Fainzang (1986) ; Janzen (1995).
19. Desjeux *et al.* (1993) ; Jaffré et Olivier de Sardan (2003).
20. Voir Becker *et al.* (1961) ; Freidson (1984) ; Baszanger (1986).
21. Voir Jaffré et Olivier de Sardan (1999) ; Chiffoleau (1997) ; Berche (1998) ; Gobatto (1999).
22. Voir Olivier de Sardan et Bako Arifari (2011).

« dépenses catastrophiques » des familles, les écarts entre normes officielles et comportements des agents de santé, la « coproduction » d'un bien public, la gestion des ressources humaines, etc.

Prenons un autre exemple : la question des femmes enceintes séropositives dépistées par les dispositifs de PTME (prévention de la transmission du VIH-SIDA de la mère à l'enfant) qui sont « perdues de vue » : après leur dépistage, ou après le début du traitement prophylactique qui leur a été prescrit, ces femmes ne viennent pas au rendez-vous qui leur a été donné, et « disparaissent dans la nature ». Elles sont nombreuses en Afrique, et c'est un problème de santé publique important. Mais c'est aussi une porte d'entrée passionnante pour un chercheur, qui ouvre sur les conditions de l'annonce de la séropositivité, sur les relations entre maris et femmes et la polygamie au quotidien, sur la stigmatisation autour du SIDA, sur les associations de PvVIH (personnes vivant avec le VIH-SIDA), sur les guérisseurs, mais aussi sur l'organisation des services de dépistage et de prescription (système des « points focaux » PTME), et enfin, comme ci-dessus, sur l'univers des relations entre sages-femmes et parturientes.

Chacun de ces nouveaux objets est un site permettant une mise en œuvre des compétences anthropologiques mais c'est aussi un facteur de désenclavement de l'anthropologie, car il oblige à un élargissement de la « bibliothèque mentale » du chercheur vers d'autres disciplines ou sous-disciplines, souvent loin de la santé publique elle-même. L'anthropologue doit, selon les cas, se documenter sur la sociologie des professions, acquérir des connaissances en sociologie des organisations ou en sciences de la gestion, multiplier les références en analyse des politiques publiques ou en sciences politiques. Cette « bibliothèque mentale » renouvelée sort aussi de l'africanisme, et incorpore toute une littérature sur des travaux similaires sur d'autres continents, au Nord comme au Sud. C'est là une façon de mettre fin au « grand partage ». On assiste ainsi à l'émergence d'une nouvelle anthropologie de la santé, largement ouverte aux acquis d'autres disciplines des sciences sociales et aux recherches menées dans d'autres continents.

Il faut bien comprendre que cette diversification des objets, qui prend même parfois les apparences d'une fragmentation sans fin, ne signifie en rien une plongée sans retour dans les détails et un enfermement dans les particularités : au contraire tous ces objets obligent à se confronter à une diversité de rôles et de logiques d'acteurs, autrement dit à rompre avec les approches homogénéisantes et culturalistes de l'ethnologie classique. Ce n'est pas un hasard si cette nouvelle anthropologie de la santé en Afrique est aussi pour une part issue de la nouvelle anthropologie du développement, particulièrement sensible aux écarts entre objectifs affichés et mise en œuvre réelle sur le terrain, aux interactions multiples entre « développeurs et développés », ou aux enchevêtrements de logiques sociales[23], dont on retrouve les traces dans les relations entre soignants

23. Voir Olivier de Sardan (1995, 2001a, 2007).

et soignés ou dans la pluralité des rôles au sein des professions de santé elles-mêmes. En fait, en Afrique, le secteur de la santé, malgré sa structuration très spécifique, constitue l'un des domaines de l'action publique, et il est régulé, comme les autres, par une diversité de modes de gouvernance. Les politiques de développement, comme les politiques de santé, qui en forment un sous-ensemble, sont en effet des formes d'actions publiques parmi d'autres.

Les problèmes de rapports entre connaissances produites par la socio-anthropologie de la santé et réformes de santé publique ne sont d'ailleurs, à ce titre, que des variantes des rapports entre connaissances produites par la socio-anthropologie du développement et transformations des pratiques de développement, et plus généralement entre socio-anthropologie des actions publiques et réformes des politiques publiques.

## Des connaissances nécessaires aux réformes ?

Que les choses soient claires : nous sommes des chercheurs « fondamentalistes », autrement dit dont le rôle principal relève de la production de connaissances, et nous n'entendons pas nous enfermer ou être enfermés dans le ghetto de la « recherche appliquée ». Nous n'avons aucune forme particulière de « recherche-action » à promouvoir ![24]

Ceci signifie que tout programme de recherche (comme tout sujet de thèse) doit d'abord satisfaire à des critères d'excellence scientifique, et prendre place, autant que possible de façon innovante, dans un débat académique, érudit ou savant.

Mais rien n'empêche d'ajouter une seconde dimension, sans enlever pour autant quoi que ce soit aux exigences de cette première. Au débat académique peut en effet s'ajouter un débat public. Des critères d'intérêt social peuvent sans dommage se combiner à des critères d'intérêt scientifique. Loin de reculer en rien dans nos ambitions de recherche fondamentale, nous pouvons les mettre en outre au service d'ambitions de réformes citoyennes.

C'est à ce niveau que la mise en place d'interfaces entre les chercheurs et les professionnels de santé publique peut être intéressante. La santé publique exerce d'ailleurs une forte pression en ce sens sur l'anthropologie médicale, pression qui est ambigüe mais qui peut aussi avoir des effets positifs. Certes, la vision qu'ont nombre de spécialistes de santé publique de cette collaboration est

24. Nous n'entendons nullement dévaloriser les travaux de l'anthropologie appliquée, qui, outre leur impact éventuel sur les interventions en développement, produisent souvent des connaissances pertinentes. Mais, en Afrique, les recherches dites appliquées prennent la forme dominante de « consultations », commanditées par des institutions de développement ou des bailleurs de fonds (lesquels restent en général maîtres du jeu). Elles suivent des normes souvent éloignées de celles de la recherche, détournent de celle-ci les universitaires et les étudiants, et ont de nombreux effets pervers (voir Olivier de Sardan 2011b).

volontiers réductionniste, du moins dans le cas de ceux qui veulent imposer leurs propres questions de recherches et auxquelles ils demandent aux anthropologues de répondre, souhaitant qu'une « anthropologie médicale appliquée » soit à leur service. On ne peut que résister à une telle pression. Mais, à travers ses propres préoccupations, la santé publique propose elle-même non seulement de nouvelles entrées et de nouveaux objets à l'anthropologie de la santé, mais aussi des possibilités de dialogue. Ses « demandes » envers l'anthropologie de la santé témoignent d'un souci d'ouverture. Son objectif que les connaissances produites puissent permettre d'améliorer l'offre de santé est un défi à relever pour l'anthropologie de la santé. La collaboration sur le terrain entre des anthropologues et des médecins a toujours eu, d'après notre propre expérience, des aspects très positifs.

Mais ce dialogue n'est pas un long fleuve tranquille. Il est émaillé de malentendus. Le plus important d'entre eux, et le plus récurrent, est sans doute celui-ci : pour de nombreux spécialistes de santé publique, en particulier en Afrique et dans le monde du développement, l'anthropologie de la santé doit essentiellement documenter les blocages du côté des patients et se consacrer à l'analyse de leurs difficultés et des freins culturels à leur accès au système de santé ou à leur observance. Pour de nombreux socio-anthropologues de la santé, la recherche doit tout autant documenter les blocages du côté des soignants, et porter sur le système de santé lui-même[25]. Il s'agit donc, en un sens, de réformer le thérapeute au moins autant que le malade… Cette perspective n'est pas sans introduire des clivages au sein même du monde professionnel de la santé (cliniciens et spécialistes de santé publique). Nombreux sont en effet ceux qui vivent mal d'être pris comme objets d'étude, ou qui considèrent comme illégitime, abusive ou déplacée la mise en évidence par les socio-anthropologues des disfonctionnements des systèmes de santé, et des écarts entre normes médicales et pratiques des personnels de santé. Par contre, inversement, les personnels de santé « réformateurs » s'appuient sur nos recherches, qui leur permettent de soulever des problèmes occultés.

Quoi qu'il en soit, une recherche socio-anthropologique menée dans un dialogue, même difficile, avec les professionnels du secteur investigué, est toujours préférable à une recherche menée dans un isolement académique. Ceci est valable dans la santé comme dans d'autres domaines. L'existence d'un tel dialogue ne met d'aucune manière en cause le caractère « fondamental » de la recherche, mais ouvre par contre des portes pour des usages réformateurs des connaissances produites.

25. « La recherche qualitative ne doit pas se limiter à la description des représentations et des pratiques des seuls usagers, mais elle doit englober aussi les professionnels » (Lambert et McKevitt 2002 : 211, traduction libre). Ces anthropologues de la santé insistent à juste titre sur la nécessité d'observer des pratiques et pas seulement de recueillir des discours.

## Et les concepts ?

La collaboration avec la santé publique apporte-t-elle aussi à la socio-anthropologie de la santé des outils conceptuels nouveaux ? Sur ce point, je serais beaucoup plus réservé que sur les précédents.

Rappelons que les concepts sont des artefacts indispensables pour décrire le monde social et l'interpréter, qu'ils sont toujours inscrits dans des contextes historiques, autrement dit indexés sur des espaces et des temps particuliers (à la différence des lois générales des sciences expérimentales), et qu'ils sont intégrés dans des dispositifs de recherche empirique[26].

Or, de ce point de vue, l'apport de la santé publique est faible. Les concepts qu'elle utilise sont peu exportables vers la socio-anthropologie, peu intégrables dans ses dispositifs de recherche.

Mais alors, les concepts classiques de l'anthropologie font-ils l'affaire ? Hélas, guère mieux ! Ils ont été produits sur d'autres objets, dans d'autres perspectives. Ils analysent trop souvent la santé, nous l'avons déjà souligné, à travers les prismes de la religion, de l'ethnie, ou du symbolisme[27].

Il faut donc aller chercher ailleurs, et soit produire des concepts frais, soit les importer d'autres disciplines. En effet les concepts peuvent « voyager », ils n'ont pas de patrie disciplinaire même s'ils ont une origine disciplinaire. Ils peuvent être appropriés hors de leur champ initial, et surtout transformés, bricolés, réaménagés. La production d'un nouveau concept n'est d'ailleurs le plus souvent qu'une opération de réorganisation, de remodelage, de démembrement, de décalage ou de recomposition à partir de concepts existants.

Importer, rénover ou produire un concept ne signifie pas pour autant un bouleversement théorique ou un changement de paradigme, et encore moins l'enfermement dans une quelconque orthodoxie ou allégeance. Je me fais ici l'avocat d'un double principe d'éclectisme théorique et de bricolage théorique. On peut sans encombre butiner dans les disciplines voisines, en y puisant autant que besoin, et en restructurant complètement ce qui a été ainsi prélevé. La seule condition est que le produit de ces opérations permette une meilleure intelligibilité des réalités étudiées.

---

26. Nous appelons « dispositif de recherche » l'ensemble articulé d'une problématique et d'une méthodologie, portant sur un objet d'enquête circonscrit.
27. Massé (2010), qui appelle lui aussi l'anthropologie de la santé à produire de nouveaux concepts, souligne les limitations des approches culturalistes, autrefois prévalentes, et foucaldiennes, qui leur ont parfois succédé.

J'en proposerai ici deux illustrations personnelles, prises dans les deux domaines principaux de l'anthropologie de la santé, mais qui débordent largement celui-ci : en premier lieu, les représentations et pratiques populaires ; ensuite, le fonctionnement du système de santé. Bien évidemment, d'autres chercheurs, sur d'autres terrains, produisent d'autres conceptualisations.

**Les représentations populaires des maladies : des « modules »**

Contrairement aux médecines savantes, que ce soit la biomédecine moderne ou les médecines savantes « traditionnelles » (chinoise ou indienne, par exemple), les représentations populaires des maladies en Afrique sont le plus souvent assez peu organisées dans de vastes systèmes cognitifs intégrés, comme les enquêtes sur « la construction sociale des maladies » en Afrique de l'Ouest l'ont montré[28]. On a plutôt affaire à une gamme très variée de perceptions et de discours sur les maladies et la santé, où des logiques magico-religieuses hétérogènes imbriquées dans des syncrétismes multiples sont à l'origine d'affections diverses (cultes des ancêtres, génies de lieux, possession, sorcellerie, magie, islam, christianisme, prophétismes, etc.), et coexistent avec d'autres registres d'interprétation des maladies, relevant de l'environnement, de l'hérédité, de l'idiosyncrasie, des « humeurs », du hasard ou du destin, entre autres. Des représentations symboliques multiples et des représentations prosaïques multiples coexistent donc dans un enchevêtrement complexe.

Chaque maladie est un ensemble spécifique, avec ses symptômes, ses causes probables, ses effets attendus, organisé autour d'un nom. Par référence aux entités nosologiques biomédicales, on peut parler ici d'entités nosologiques populaires, qui sont autant d'unités signifiantes souples, extensibles autant que nécessaire, par lesquelles les cultures locales regroupent et organisent une série de symptômes en les transformant en des « maladies » spécifiques et irréductibles. Bien évidemment ces entités nosologiques populaires ne sont pas superposables aux entités nosologiques biomédicales.

Quelques catégories plus vastes, mais mouvantes et aux frontières floues, regroupent des blocs de maladies, parfois selon leur étiologie supposée (maladies des génies/maladies de Dieu), parfois selon les compétences des soignants (maladies des Blancs/maladies du village).

Comment alors penser cette diversité en forme de mosaïque ou de patchwork pour laquelle les concepts classiques de l'ethnologie sont inadaptés ? Nous sommes loin des jeux d'inversion dichotomiques structuralistes, loin aussi des descriptions ethnologiques classiques de « la représentation de la maladie chez les X », qui en proposent un tableau cohérent, structuré, hiérarchisé, mais centré de fait sur certaines maladies à haut rendement symbolique, relevant préférentiellement du registre magico-religieux, et ignorant les autres. Face à

28. Voir Jaffré et Olivier de Sardan (2003).

cette tradition ethnologique de systèmes classificatoires forts, il fallait trouver un concept approprié à l'analyse des processus de classification faibles auxquels nous étions confrontés. Nous sommes allés le chercher du côté des sciences cognitives, en leur empruntant « module », mais en lui donnant un sens quelque peu différent pour l'appliquer aux représentations populaires de la maladie[29]. Contrairement aux perspectives cognitivistes, qui « logent » les modules représentationnels dans le cerveau[30], notre acception n'a aucun présupposé essentialiste et reste fondamentalement métaphorique. Elle désigne des configurations de représentations sociales partagées ayant une architecture similaire.

« Module » a l'avantage de ne présupposer ni hiérarchie totalisante, ni structure englobante prédéterminée, et d'ouvrir l'analyse, autour d'un noyau de représentations minimales partagées, à une gamme souple de combinaisons, d'innovations et d'arrangements. Il a de nombreux avantages interprétatifs face aux matériaux empiriques en ce domaine[31].

**Les systèmes de santé et les comportements des personnels de santé : Les « normes pratiques »**

Les politiques de santé, comme toutes les politiques publiques, et comme les institutions de développement, aiment bien l'usage de la langue de bois, et s'intéressent peu aux écarts entre les objectifs officiels et les résultats officiels, d'une part, et la réalité du terrain, d'autre part. Ces écarts entre l'officiel et le réel, entre le formel et l'informel, sont pourtant nombreux, importants, et significatifs, que ce soit en termes de connaissances ou en termes d'action réformatrice.

Il faut à ce propos remarquer que, pendant longtemps, l'ethnologie classique s'est elle aussi beaucoup plus intéressée aux institutions « officielles » des sociétés « exotiques » qu'elle s'était donné pour tâche de décrire qu'au fonctionnement réel de ces institutions. Les règles de parenté des peuples dits « primitifs » ont donné lieu, on le sait, à la suite de Claude Lévi-Strauss, à une considérable littérature comparative et théorique, alors que le fonctionnement réel des alliances, souvent éloigné des normes, et ce qu'on pourrait appeler la parenté vécue, était beaucoup moins investigué.

Dans la mesure où de nombreux comportements s'éloignent fréquemment des normes, comment penser les écarts aux normes ? Et comment penser la régulation de ces écarts, lesquels sont loin d'être aléatoires ? Dans le champ de la santé c'est une question centrale : les pratiques des personnels de santé en Afrique de l'Ouest sont en effet très différentes, dans la vie quotidienne, des normes médicales et éthiques enseignées dans les facultés de médecine et les écoles d'infirmiers. Ces écarts entre normes publiques et pratiques

29. Voir Olivier de Sardan (1999a).
30. Sperber (1996).
31. Voir Olivier de Sardan (1999b) pour l'analyse d'une entité nosologique populaire songhay (*weyno*) en termes de « module ».

professionnelles ont été à ce jour assez peu analysés[32]. Il faut en effet observer au quotidien des pratiques routinières, qui sont fort éloignées des normes mais aussi des discours des agents de santé eux-mêmes[33]. Et pourtant ces écarts sont au centre de nombreux échecs de programmes de santé. Il en est de même, plus généralement, pour les projets de développement, et plus généralement encore, pour les politiques publiques, qui connaissent inéluctablement une dérive dans leur mise en œuvre (*implementation gap*)[34].

Regardons cette fois du côté de l'économie, plus précisément de l'économie néo-institutionnelle[35]. Ses principaux théoriciens ont donné au mot « institution » le sens particulier de « règles du jeu ». D'abord focalisés sur les institutions formelles, autrement dit officielles, ils ont ensuite pris conscience de l'existence d'institutions informelles. Ces dernières peuvent donc être une piste pour répondre à la question ci-dessus : ne faut-il pas rechercher les institutions informelles qui réguleraient les comportements des acteurs non conformes aux institutions formelles ? Mais, dès lors, autant utiliser le terme sociologique classique de « norme », dans la mesure où « institution » véhicule dans les sciences sociales non économiques d'autres significations (proches par exemple d'organisation, de structure sociale ou de dispositif). Les néo-institutionnalistes eux-mêmes parlent parfois de « normes formelles » et de « normes informelles ».

Mais le terme « informel » pose lui aussi problème, tant cette expression est polysémique. En outre elle a, dans le contexte africaniste, trop souvent été employée pour désigner les normes sociales et culturelles traditionnelles qui s'introduiraient au sein des services publics. Expliquer ainsi les écarts, c'est adopter une perspective culturaliste selon nous inacceptable[36].

Nous avons donc finalement décidé d'opter pour « normes pratiques », plus neutre et de type plus exploratoire[37]. La recherche des « normes pratiques » correspond à la recherche de ces régulations informelles qui font qu'on ne s'éloigne pas n'importe comment des normes officielles et qu'il y a une convergence importante des comportements non conformes à celles-ci. Les normes pratiques se révèlent à travers les routines et « arrangements » divers qui organisent le travail« réel » des personnels de santé dans une distance plus ou

32. À quelques exceptions près. Parmi celles-ci, voir Jewkes *et al.* (1998) ; Jaffré et Olivier de Sardan (2003) ; Vasseur (2009).
33. « La recherche qualitative ne fait pas assez la distinction entre les énoncés normatifs (ce que les gens dissent qu'il faut faire), les reconstructions narratives (les réinterprétations biographiquement situées de ce qui est arrivé dans le passé), et les pratiques proprement dites (ce qui advient réellement) » (Lambert et McKevitt 2002 : 211, traduction libre).
34. L'ouvrage de référence en ce qui concerne l'*implementation gap* dans les politiques publiques est celui de Pressman et Wildavsky (1973) ; pour une approche très « santé publique » de l'*implementation gap*, voir Haines *et al*. (2004).
35. Pour une analyse des relations entre anthropologie et néo-institutionnalisme, voir Olivier de Sardan (2011a).
36. Pour une critique du « culturalisme traditionnaliste africaniste », voir Olivier de Sardan (2010a).
37. Voir Olivier de Sardan (2001b, 2010b).

moins grande aux normes officielles de leur profession. Mais ce concept a bien sûr une extension plus vaste et peut être utilisé dans d'autres domaines et pour d'autres types d'écarts…

## Conclusion

Les échanges et circulations transdisciplinaires, dont nous avons exploré quelques aspects, ne sont bien sûr pas nouveaux. La pluridisciplinarité est aussi vieille que les sciences sociales, mais on peut penser qu'elle recouvre deux modèles extrêmes très différents.

Dans une première version, les apports d'autres disciplines sont utilisés pour affirmer l'identité disciplinaire, autrement dit renforcer la citadelle disciplinaire. C'est dans cette perspective que la linguistique structurale a été mobilisée par Lévi-Strauss pour renforcer la légitimité théorique de l'anthropologie classique en France, dans sa version structuraliste, devenue dominante en France pendant 40 ans, en préservant et même en renforçant le patrimoine thématique et conceptuel initial de la discipline.

Dans une seconde version, les apports d'autres disciplines sont utilisés pour dépasser l'identité disciplinaire, autrement dit faire tomber les remparts de la citadelle disciplinaire. C'est ce que nous avons tenté de faire depuis désormais une bonne trentaine d'années, et c'est ce pour quoi nous avons ici plaidé.

Mais cette seconde version s'appuie en fait sur un présupposé épistémologique fondamental : il n'existe qu'une seule science sociale[38]. Certes, cette science sociale recouvre de nombreux regroupements internes, qui sont autant de formes de diversité nécessaire, mais qui peuvent aussi se structurer en clivages durs, permanents, voire en forteresses. On peut distinguer trois types de regroupements internes : des regroupements méthodologiques, des regroupements thématiques, et des regroupements disciplinaires.

Les regroupements méthodologiques se font sur la base de compétences analogues et spécialisées en matière d'enquête (questionnaires, archives, statistiques, enquêtes ethnographiques, entretiens, biographies, études de cas, analyses de contenu, etc.). Autrement dit, il y a plusieurs modes de production des données en sciences sociales, faisant chacun appel à des savoirs complexes, et il est difficile de les combiner au sein d'un seul programme de recherche. Ces différences internes sont inévitables, et ne sauraient être sous-estimées, même si l'essor des « méthodes mixtes » doit permettre d'aller vers une meilleure complémentarité.

Les regroupements thématiques s'opèrent selon les objets traités, les domaines abordés, les aires sociales ou culturelles considérées. Ils sont sans doute le lieu « naturel » des confrontations les plus fréquentes et les plus fructueuses, et le domaine privilégié de l'interdisciplinarité. Les études africaines se situent dans un tel cadre.

38. Voir Passeron (2006).

Les regroupements disciplinaires sont les plus complexes, et les plus rigides. Ils organisent en effet les cursus, les financements, les embauches, les carrières. Une série de territoires spécifiques au sein de la science sociale sont ainsi définis et bornés, qui constituent les sciences sociales particulières : sociologie, histoire, sciences politique, anthropologie, géographie humaine, démographie… Ils reposent sur l'existence de patrimoines conceptuels préférentiels, de problématiques récurrentes, de méthodologies privilégiées, de bibliothèques virtuelles spécifiques. Ils sont aussi fortement inscrits dans des pesanteurs institutionnelles. On pourrait parler à leur propos de « cultures disciplinaires » et d'« identités disciplinaires », héritées du passé, et parfois dépassées.

On peut dès lors comprendre pourquoi l'anthropologie a toujours été plus rétive que d'autres à la transdisciplinarité (dans sa seconde version). C'est institutionnellement une discipline « faible », qui se sent régulièrement menacée par les disciplines voisines (en particulier la sociologie) dont elle devrait pourtant être très proche. Elle a eu longtemps le quasi-monopole d'un mode particulier de production de données (l'enquête ethnographique)[39]. Elle s'est malheureusement identifiée à ses premiers thèmes et à ses premiers concepts. Et ses crispations identitaires font qu'elle a longtemps été peu portée sur l'analyse des processus de changement social et des interactions dynamiques. Cette frilosité est plus visible dans les études africaines que dans d'autres domaines.

C'est justement pour ces raisons qu'un désenclavement disciplinaire est indispensable, et qu'il faut amplifier ce qui a déjà été fait en ce sens.

## Références

AGIER P., J. COPANS et A. MORICE (dir.), 1987, *Classes ouvrières d'Afrique noire*. Paris, Karthala.

ANDERS G., 2010, *In the Shadow of Good Governance. An Ethnography of Civil Reform in Africa.* Leiden, Brill.

AUGÉ M., 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 26, 1-2 : 81-90.

BASZANGER I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de Sociologie*, 28 : 3-27.

BECKER H., B. GEER, E. HUGHES et A. STRAUSS, 1961, *Boys in White. Student Culture in Medical School.* Chicago, The University of Chicago Press.

BERCHE T., 1998, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris, Karthala.

BIERSCHENK T., 1991, « Les projets et les politiques de développement sont-ils des préoccupations légitimes de l'anthropologie ? », *Bulletin de l'APAD*, 1 : 12-14.

—, 2006, « The Local Appropriation of Democracy : An Analysis of the Municipal Elections in Parakou, Republic of Benin, 2002-03 », *Journal of Modern African Studies*, 44, 4 : 543-571.

39. Mais aujourd'hui les méthodes qualitatives sont utilisées par de nombreuses disciplines des sciences sociales.

—, 2007, « L'éducation de base en Afrique de l'Ouest francophone. Bien privé, bien public, bien global » : 253-257, *in* T. Bierschenk, G. Blundo, Y. Jaffré et M. Tidjani Alou (dir.), *Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'œuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*. Paris, Karthala.

—, 2008, « The Everyday Functioning of an African Public Service : Informalization, Privatization and Corruption in Benin's Legal System », *Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law*, 57 : 101-139.

Bierschenk T., J.-P. Chauveau et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), 2000, *Courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets*. Paris, Karthala.

Blundo G., 1998, *Élus locaux, associations paysannes et courtiers du développement au Sénégal. Une anthropologie politique de la décentralisation dans le sud-est du bassin arachidier (1974-1995)*. Thèse de doctorat, département d'anthropologie, Université de Lausanne.

—, 2011, « Une administration à deux vitesses. Projets de développement et construction de l'État au Sahel », *Cahiers d'études africaines*, 202-203 : 427-452.

Blundo G. et P.-Y. Le Meur (dir.), 2009, *The Governance of Daily Life in Africa. Ethnographic Explorations of Public and Collective Service*. Leiden, Brill.

Blundo G. et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), 2007, *État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*. Paris, Karthala.

Chiffoleau S., 1997, *Médecine et médecins en Égypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical.* Paris, L'Harmattan.

Copans J., 2001, « Afrique noire : un État sans fonctionnaires ? », *Autrepart*, 20 : 11-26.

Creswell J.W. et V.L. Plano Clark, 2007, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, Sage.

Darbon D., 1985, « Pour une socio-anthropologie administrative », *Revue française d'administration publique*, 35 : 457-468.

—, 2001, « De l'introuvable à l'innommable : fonctionnaires et professions de l'action publique dans les Afriques », *Autrepart*, 20 : 27-42.

Desjeux D., I. Favre et J. Simongiovani, 1993, *Anthropologie d'une maladie ordinaire. Étude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Égypte*. Paris, L'Harmattan.

Dozon J.-P. et D. Fassin (dir.), 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.

Fainzang S., 1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris, L'Harmattan.

—, 2010, « Faire du nouveau avec de l'ancien, et un peu plus… Pour penser les nouveaux objets en anthropologie de la santé. Commentaire du texte de Gilles Bibeau », *Anthropologie et Santé*, 1 : n.p., consulté sur Internet (http://anthropologiesante.revues.org/123), le 25 septembre 2012.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé.* Paris, Presses universitaires de France.

—, 2001, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun » : 181-208, *in* J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.

Freidson E., 1984, *La profession médicale.* Paris, Payot.

Gilson L. *et al*., 2011, « Building the Field of Health Policy and Systems Research : Social Science Matters », *PloS Medicine*, 8, 8 : 1-6.

Gilson L. (dir.), 2012, *Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader*. Genève, World Health Organization, The Alliance for Health Policy and Systems Research.

Gobatto I., 1999, *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris, L'Harmattan.

Greene J.C., 2007, *Mixed Methods in Social Inquiry*. San Francisco, Jossey Bass.

Gruénais M.-É., 2012, « L'anthropologie sociale est-elle soluble dans ses "nouveaux objets" ? Le cas des études de cas en socio-anthropologie de la santé » : 31-42, *in* D. de Lame et J. Mazzochetti (dir.), *African Junctions under the Neo-Liberal Paradigm*. Tervuren, Royal Museum for Central Africa.

Guével M.-R. et J. Pommier, 2012, « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration », *Santé Publique*, 24, 1 : n.p., consulté sur Internet (http://www.cairn.info/article.php ?ID_ARTICLE=SPUB_121_0023), le 25 septembre 2012.

Haines A., S. Kuruvilla et M. Borchert, 2004, « Bridging the Implementation Gap between Knowledge and Action for Health », *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 10 : 724-731.

Hilgers M., 2012, « Contribution à une anthropologie des villes secondaires », *Cahiers d'études africaines*, 205 : 29-55.

Jaffré Y., 1999, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD*, 17 : 3-17.

Jaffré Y. et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses universitaires de France.

—, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.

Janzen J., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.

Jewkes R., A. Naeemah et M. Zodumo, 1998, « Why Do Nurses Abuse Patients ? Reflections from South African Obstetric Services », *Social Science and Medicine*, 47, 11 : 1781-1795.

Lambert H. et C. McKevitt, 2002, « Anthropology in Health Research : From Qualitative Methods to Multidisciplinarity », *British Medical Journal*, 325 : 210-213.

Latour B., 1983, « Comment redistribuer le grand partage ? », *Revue de Synthèse*, 110 : 203-236.

Laurent P.-J., 1995, « Les pouvoirs locaux et la décentralisation au Burkina Faso », *Cahiers du CIDEP*, 26.

LENCLUD G., 1992, « Le grand partage ou la tentation ethnologique » : 9-37, *in* G. Althabe, D. Fabre et G. Lenclud (dir.), *Vers une ethnologie du présent*. Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

LESERVOISIER O. et L. VIDAL (dir.), 2007, *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

MASSÉ R., 2010, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et Santé*, 1 : n.p., consulté sur Internet (http://anthropologiesante.revues.org/116), le 25 septembre 2012.

MAUSS M., 1983 [1923-1924], « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » : 143-279, *in* M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France.

MITCHELL J.C. (dir.), 1969, *Social Networks in Urban Situations : Analysis of Personal Relationships in Central African Towns.* Manchester, Manchester University Press.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, Karthala.

—, 1999a, « Les représentations des maladies : des modules ? » : 15-40, *in* Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses universitaires de France.

—, 1999b, « Les représentations fluides et prosaïques de *weyno* et *yeyni* » : 249-272, *in* Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses universitaires de France.

—, 2001a, « Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue Tiers Monde*, 168 : 729-754.

—, 2001b, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20 : 61-73.

—, 2007, « De la nouvelle anthropologie du développement à la socio-anthropologie des espaces publics africains », *Revue Tiers Monde*, 191 : 543-552.

—, 2008, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant.

—, 2010a, « Le culturalisme traditionnaliste africaniste. Analyse d'une idéologie scientifique », *Cahiers d'études africaines,* 198-199-200 : 419-453.

—, 2010b, « Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique) », *Revue Canadienne d'Études du Développement*, 31, 1-2 : 5-20.

—, 2010c, « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes… », *Anthropologie et Santé*, 1, n.p., consulté sur Internet (http://anthropologiesante.revues.org/116), le 18 octobre 2012.

—, 2011a, « Enchâssement et normes informelles. Les institutionnalismes et l'anthropologie » : 555-582, *in* E. Jul-Larsen, P.-J. Laurent, P.-Y. Le Meur et É. Léonard (dir.), *Une anthropologie entre pouvoirs et histoire. Conversations autour de l'œuvre de Jean-Pierre Chauveau*. Paris, Marseille, Uppsala, Karthala, IRD, APAD.

—, 2011b, « Autour de l'expérience du LASDEL (Niger-Bénin) », *Cahiers d'études africaines*, 202-203 : 2-3.

Olivier de Sardan J.-P. et N. Bako Arifari, 2011, « La référence obstétricale au Bénin, Étude socio-anthropologique », *Études et Travaux du LASDEL*, 97.

Passeron J.-C., 2006, *Le raisonnement sociologique. Un espace non-poppérien de l'argumentation*. Paris, Albin Michel.

Pressman J. et A. Wildavsky, 1973, *Implementation : How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland. Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All*. Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.

Sperber D., 1996, *La contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*. Paris, Éditions Odile Jacob.

Tashakkori A. et C. Teddlie (dir.), 2003, *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research.* Thousand Oaks, Sage.

Tulchinsky T.H. et E.A. Varavikova, 2010, « What is the "New Public Health" ? », *Public Health Reviews*, 32, 1 : 25-53.

Vasseur P., 2009, « Le travail des sages-femmes, entre savoir technique et normes pratiques » : 225-263, *in* Y. Jaffré, Y. Diallo, P. Vasseur et C. Grenier-Torrès, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Les Éditions Faustroll-Descartes.

Vidal L., 2010, *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*. Paris, Éditions La Découverte.

## *RÉSUMÉ – ABSTRACT – RESUMEN*

*Interdisciplinarité et renouvellement de l'anthropologie africaniste*
*L'exemple de l'anthropologie médicale*

L'anthropologie a un atout majeur, sa méthode empirique (l'enquête de terrain prolongée), mais elle est parfois trop prisonnière de son passé exotique et primitiviste, et trop encline à un repli identitaire disciplinaire. C'est le cas en particulier de l'anthropologie africaniste qui doit renouveler profondément ses objets comme ses concepts. Elle doit aussi mieux prendre en considération la contribution de la production de connaissances à des entreprises de réformes, et s'intéresser à des enjeux non seulement intellectuels mais aussi sociaux. Pour ce faire, l'emprunt et le bricolage à partir des autres disciplines constituent une ressource importante. Le domaine de la santé illustre bien ces arguments. La santé publique permet à l'anthropologie de construire de nouveaux thèmes de recherche, et fournit des liens possibles avec l'action. Par contre, la production de concepts innovants à visée d'interprétation empirique implique le recours à d'autres disciplines.

Mots clés : Olivier de Sardan, anthropologie, santé publique, objets de recherche, concepts, réformes, disciplines, innovation

*Interdisciplinarity and the Renewal of Africanist Anthropology*
*Medical Anthropology as an Example ?*

Anthropology has a major advantage among social sciences, which is its qualitative method (long-term fieldwork in natural settings), but it suffers from its past, when it was focused on so called "primitive peoples", and fascinated by exoticism and traditionality. Africanist anthropology is in many ways typical of that inheritage, not open enough to new topics and new concepts, prisoner of a culturalist ideology, and too much frighten by interdisciplinarity or collaboration with action-oriented research. Studying modernity, syncretism and change calls for innovation and borrowing to other disciplines. Medical anthropology in Northern countries, for instance, has evolved in this direction since the seventies, under the influence of public health topics, while fighting to preserve its independence. But in Africa it's only recently that medical anthropologists have taken modern health units and health professionals as legitimate topics for research, and have engaged in a dialogue with practitioners in the perspective of reforming the health system. But, on a conceptual level, public health is not actually helpful, and anthropologist should produce grounded theories and fresh concepts, sometimes with the help of other disciplines.

Keywords : Olivier de Sardan, Anthropology, Public Health, Medical Anthropology, Concepts, Reforms, Interdisciplinarity, Innovation

*Interdisciplinariedad y renuevo de la antropología africanista*
*El ejemplo de la antropología medica*

La antropología posee una ventaja mayor : su método empírico (investigación prolongada en el campo), pero a veces es prisionera de su pasado exótico y primitivista y demasiado propensa al repliegue en su identidad disciplinaria. Es el caso particular de la antropología africanista que debe renovar profundamente tanto sus objetos como sus conceptos. Debe asimismo tomar más en consideración la contribución de la producción de conocimientos para las iniciativas de reforma e interesarse a desafíos no sólo intelectuales sino también sociales. El campo de la salud ilustra bien estos argumentos. La salud pública permite a la antropología la construcción de nuevos temas de investigación y ofrece las relaciones posibles con la acción. Sin embargo, la producción de conceptos innovadores para la interpretación empírica implica recurrir a otras disciplinas.

Palabras clave : Olivier de Sardan, antropología, salud pública, objetos de investigación, conceptos, reformas, disciplinas, innovación

*Jean-Pierre Olivier de Sardan*
*LASDEL – Laboratoire d'études et recherches*
*sur les dynamiques sociales et le développement local*
*BP 12 901*
*Niamey*
*Niger*
*olivierdesardan@lasdel.net*