

J.P. Olivier de Sardan

paru in Le dictionnaire des sciences humaines, S. Mesure & P. Savidan (eds), Paris, PUF, 2006, pp. 1039-1041

Anthropologie de la santé

L'ethnologie classique a pris en compte dès ses débuts les représentations et pratiques populaires relatives à la maladie et à ses traitements, en s'intéressant en particulier aux « féticheurs », shamans, prêtres, guérisseurs et autres spécialistes magico-religieux, dont la pratique a de fortes composantes thérapeutiques, dans toutes les cultures, et à toutes les époques. Mais l'anthropologie de la santé en tant que sous-discipline est relativement récente, et s'est constituée aux Etats-Unis au cours des années 1960 sous le nom de *medical anthropology*. Le terme français *anthropologie de la santé* témoigne d'un souci de ne pas limiter la perspective au traitement des maladies, mais de prendre en compte l'ensemble des composantes sociales et culturelles qui interviennent dans la santé.

Désormais l'anthropologie de la santé s'est considérablement diversifiée. Elle va d'une anthropologie plus fondamentale à une anthropologie plus appliquée, elle incorpore des formes variées de collaborations entre anthropologues professionnels et personnels de santé, et elle porte sur des objets multiples, nouveaux, et de plus en plus pointus. Le SIDA a ainsi engendré une importante vague d'études anthropologiques, dans un premier temps sur les perceptions de la

maladie, les comportements sexuels des populations, ou le recours à des guérisseurs ou des thérapies parallèles, dans un deuxième temps sur l'observance des ARV ou sur l'attitude des personnels de santé . On voit dans cet exemple à l'oeuvre les deux grands chantiers de l'anthropologie de la santé : d'un côté les représentations et pratiques populaires, de l'autre le système de santé moderne.

Les représentations et pratiques populaires en matière de santé

Maladie et santé ont été (et sont encore) largement étudiées par l'anthropologie du point de vue des concepts et conceptions populaires, de la quête de soins par les populations, et des réponses que leur apportent divers acteurs spécialisés *en dehors du système de santé moderne bio-médical*. Deux niveaux peuvent être distingués, bien qu'ils se recouvrent en partie : (a) *les représentations et pratiques populaires communes* ; (b) *les représentations et pratiques populaires spécialisées*.

Ces dernières ont fasciné les ethnologues, en particulier les offres thérapeutique à *forte connotation magico-religieuse* : danses de possession, rituels de guérison, cultes d'affliction, charmes maraboutiques, églises et sectes diverses, exorciseurs, prophètes, etc. Mais il ne faut pas oublier l'existence, partout, d'une autre catégorie d'acteurs spécialisés, travaillant sur un mode plus profane ou prosaïque, dont les pratiques thérapeutiques sont à *faible connotation magico-religieuse* : rebouteux, phytothérapeutes, et guérisseurs divers spécialisés dans des maladies particulières ou des traitements spécifiques.

Cette distinction entre deux types de spécialistes populaires, qui existe dans la plupart des cultures, ne préjuge ni de l'efficacité relative des uns ou des autres, ni de leur « rationalité » respective : on ne doit donc pas y projeter, comme cela a été fait parfois, une distinction analytique entre un secteur populaire mystique et baigné de surnaturel et un secteur populaire naturaliste et orienté vers l'empirique. Par ailleurs, ces spécialistes populaires, qu'ils soient plutôt orientés vers le magico-religieux ou plutôt vers le prosaïque, partagent le plus souvent avec leurs clients un même système de référence et de sens (qui les rend plus attrayants que le système de santé moderne), autour duquel chaque spécialiste ajoute sa note particulière ou ses variations plus ou moins élaborées ou sophistiquées, tantôt relevant de l'héritage familial, de l'apprentissage ou d'une filière spécifique, tantôt de l'importation, du syncrétisme, ou de l'innovation. Enfin, les nombreuses études sur les « itinéraires thérapeutiques » montrent que, chez les malades, la quête de soins se soucie en général peu d'orthodoxie ou de fidélité, et que l'on peut s'adresser successivement aux spécialistes les plus divers, en fonction des rumeurs ou des réputations, et selon une logique pragmatique. Le pluralisme médical est de règle (et inclut d'ailleurs le système de santé moderne comme une possibilité parmi d'autres).

Dans la lignée de l'ethno-science, une attention particulière a longtemps été accordée aux « classifications indigènes » des maladies. Mais les données à ce sujet ont le plus souvent été recueillies auprès de spécialistes populaires et non auprès des simples usagers. De fait,

les pratiques et représentations populaires communes, non spécialisées, ont été moins étudiées. Pourtant, les *pratiques populaires communes*, qui vont des « remèdes de grand-mère » au recours au colportage en passant par les multiples formes de l'auto-médication, constituent une grande partie des actes de soins. Quant aux *représentations populaires communes*, qui servent en général de socle cognitif aux théories des guérisseurs locaux et permettent de mieux comprendre les itinéraires thérapeutiques adoptés, elles sont souvent éloignées de ces grands systèmes symboliques ou classificatoires que les ethnologues recherchent parfois désespérément, et se structurent autour d'un ensemble disparate d'entités nosologiques populaires, prenant entre autres la forme de modules souples et évolutifs, et incorporant diverses traces des messages sanitaires officiels.

Les représentations et pratiques populaires en matière de santé ne doivent donc pas seulement être vues du point de vue de la « tradition » ou du patrimoine culturel (c'est en général pourtant ce que les médecins ou les médias demandent aux anthropologues), mais aussi sous l'angle de l'adaptation, du bricolage, du changement et de la modernité.

Il faut enfin rappeler l'existence de quelques *médecines savantes* autres que la bio-médecine moderne (médecine chinoise, médecine védique, etc). Il s'agit de savoirs et pratiques très élaborés, dotés de références homogènes, fortement liés à l'écriture et à la constitution d'un corps de clercs, et donc relativement stabilisés. Comme la bio-médecine, ces médecines savantes peuvent dans la pratique se

combiner aux représentations et pratiques populaires, communes ou spécialisées, et être « réinterprétés » par celles-ci, selon diverses modalités syncrétiques.

Le système de santé moderne et ses interactions avec les usagers

Une approche assez différente, et plus récente, a consisté à partir du système de santé moderne (à fondement bio-médical), aujourd'hui mondialisé, et à analyser sa mise en place et son fonctionnement, tant interne (organisation des soins, structuration professionnelle) qu'externe (relations avec les malades, usages pratiques qu'en font ces derniers). C'est du côté de la sociologie qualitative américaine (à orientation interactionniste) que de telles études ont pris naissance. Mais aujourd'hui cette perspective est reprise et développée aussi bien dans l'espace français ou européen que dans les pays du Sud, et se fond avec la tradition anthropologique, dont elle partage les bases méthodologiques (enquête de terrain prolongée). Les dispositifs de santé publique, la gestion des maladies chroniques ou des épidémies, la constitution des professions médicales et para-médicales, le rôle de la société civile, des associations de malades ou des organismes confessionnels, les rapports entre offres de soin et systèmes de pouvoir, ont ainsi été peu à peu investigués. Les *interactions entre soignants et soignés* ou les micro-pratiques des personnels de santé sont également devenues depuis peu des objets d'études anthropologiques, révélant ainsi l'écart parfois important au sein des formations sanitaires entre les discours et les normes officielles d'un côté, le fonctionnement « réel » des services et les normes pratiques

de l'autre, que ce soit du côté des personnels de santé (cf. violences, mépris ou corruption) ou du côté des usagers (cf. observance sélective ou recours aux « pharmacies par terre »).

Une autonomie relative

L'anthropologie de la santé est ainsi devenue de plus en plus un champ autonome de connaissances, mais son autonomie reste (et doit rester) relative. D'une part, en effet, la plupart des anthropologues travaillant sur la maladie et la santé ont aussi d'autres chantiers de recherche et d'autres thèmes de travail. D'autre part, les objets mêmes de l'anthropologie de la santé imposent en quelque sorte de « sortir de la santé ». On ne peut étudier les représentations et pratiques populaires sur la santé sans s'intéresser aussi aux conceptions en matière d'hygiène, aux formes de gestion de la douleur, à l'attitude face à la mort ou aux handicaps, aux relations de parenté, aux rapports entre le monde naturel et le monde surnaturel, etc.. De même, analyser le fonctionnement « réel » du système de santé renvoie nécessairement à l'étude des services publics en général, aux formes de l'Etat central ou local, à la gouvernance au quotidien, au rôle du monde associatif et des ONG, à l'éthique professionnelle, etc... De ce point de vue l'anthropologie de la santé « communique » nécessairement aujourd'hui non seulement avec l'anthropologie religieuse, comme dans le passé, mais aussi, et de plus en plus, avec l'anthropologie du développement, l'anthropologie des espaces publics, ou l'anthropologie des professions. De même, les passerelles avec

l'histoire de la santé ou la sociologie de la santé sont de plus en plus nombreuses.

D'un autre côté, malgré de nombreux malentendus, la collaboration entre anthropologie de la santé et institutions de santé publique apparaît de plus en plus comme souhaitable, en vue d'une amélioration de la qualité des services offerts aux usagers, bien au-delà de la référence, souvent naïve et illusoire, aux « tradipraticiens » ou aux « blocages culturels ». Enfin, l'anthropologie de la santé a largement rompu avec son orientation ancienne vers les « sociétés primitives » (et on doit s'en féliciter) pour prendre désormais en compte aussi bien les sociétés et les acteurs du Nord que ceux du Sud, aussi bien les soignants que les soignés.

ADAM, R. & HERZLICH, C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan (Coll. 128), 1994. - AUGÉ, M., « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 1986, n° 26(1-2), p. 81-90. - BASZANGER, I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, 1986, 28, p. 3-27. - BENOIST, J. (ed), *Se soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996. - DOZON, J.P. & FASSIN, D. (eds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001. - FREIDSON, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984. - GOOD, B., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998. - JAFFRE, Y. & OLIVIER DE SARDAN, J.P. (eds), *La*

construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris, PUF, 1999. - JAFFRE, Y. & OLIVIER DE SARDAN, J.P. (eds), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003. - KLEINMAN, A., *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*, Berkeley, University of California Press, 1995. - SARGENT, C. & JOHNSON, T. (eds), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, London, Praeger, 1996. - WORSLEY, P., « Non-western medical systems », *Annual Review of Anthropology*, 1982, n°11, p. 315-348.

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN