

Yannick Jaffré

Anthropologue, ancien Maître de conférences à la Faculté de médecine du MALI
Directeur de recherche au [SHADYC-EHESS-CNRS](#), Marseille (France)

(1999)

“Conclusion”

LA CONSTRUCTION SOCIALE DES MALADIES

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Yannick Jaffré

"Conclusion." La construction sociale des maladies.

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Yannick JAFFRÉ et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, **La construction sociale des maladies**, pp. 359-370. Paris : Les Presses universitaires de France, 1999, 376 pp. Collection : Les champs de la santé.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur le 19 novembre 2008 de diffuser tous ses écrits dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : yannick.jaffre@univmed.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5" x 11")

Édition numérique réalisée le 7 janvier 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Yannick Jaffré

Anthropologue, ancien Maître de conférences à la Faculté de médecine du MALI
Directeur de recherche au [SHADYC-EHESS-CNRS](#), Marseille (France)

"Conclusion."



Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Yannick JAFFRÉ et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, **La construction sociale des maladies**, pp. 359-370. Paris : Les Presses universitaires de France, 1999, 376 pp. Collection : Les champs de la santé.

Table des matières

Introduction

1. L'approche anthropologique
2. Populations, santé publique, et anthropologie de la santé
3. Le dialogue sanitaire et la reconnaissance de la personne malade

Ouvrages cités

Yannick Jaffré

"Conclusion".

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Yannick JAFFRÉ et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, **La construction sociale des maladies**, pp. 359-370. Paris : Les Presses universitaires de France, 1999, 376 pp. Collection : Les champs de la santé.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Deux principales caractéristiques ordonnent ces différents textes et, outre leur proximité d'objet et de lieu, leur confèrent une certaine unité. Tout d'abord, les travaux proposés dans ce livre, s'ils appartiennent au domaine de l'anthropologie de la santé, le font "à leur manière". Il s'agit de travaux descriptifs, inquiets de la traduction, attentifs à ne pas produire d'hypothèses que n'autoriseraient pas les observations du "terrain". Ensuite, parlant de maladie, cet ouvrage d'anthropologie aborde plusieurs questions autrement débattues par d'autres disciplines. Ainsi, bien que de manière implicite, cet ouvrage inclut des questions de sociolinguistique concernant notamment l'équipement en concepts scientifiques des langues africaines. Outre de stricts aspects sémantiques, les rapports entre création lexicale et environnement technologique dessinent une image des sociétés sahéliennes contemporaines où l'étendue des champs lexicaux permettant de penser la modernité et les innovations scientifiques dans les langues africaines ne fait que refléter la pauvreté des infrastructures techniques sanitaires qu'elles ont à nommer. La clôture d'une représentation est aussi celle de la langue où elle trouve naissance. C'est pourquoi, cet ensemble de questions, même s'il n'est pas directement abordé, constitue un fond socio-politique global à l'ensemble des travaux présentés.

Plus précisément, certaines des études présentées côtoient aussi divers domaines de la santé publique, lui empruntant d'ailleurs quelques concepts, tels ceux de pathologie ressentie, de prévalence ou d'accès aux soins. Les différents auteurs soulignent ainsi, plus qu'une opposition dans l'approche des problèmes de santé, une certaine proximité entre ces deux disciplines. En résumé, toutes lectures faites, il nous semble que les textes proposés dans ce livre dessinent le portrait d'une anthropologie de la santé que l'on pourrait doublement caractériser : elle est "soucieuse" de ses outils, et elle est "impliquée" dans l'amélioration de l'offre de santé. Conservons ces deux points et à l'issue de ce parcours, dressons un premier bilan des questions qu'abordent les études de ces chercheurs.

1 - L'approche anthropologique

[Retour à la table des matières](#)

Il est possible de dresser une liste de quelques principes simples sur lesquels s'accordent, ou ont tenté de s'accorder les auteurs, et de préciser les effets d'une telle posture.

Tout d'abord, ils attachent de l'importance à la maîtrise de la langue de leurs interlocuteurs. Cette compétence linguistique leur a permis, non seulement, de rendre compte le plus finement possible des nuances sémantiques des conceptions populaires de la maladie, mais aussi de s'immiscer dans de multiples discussions, hors des situations toujours artificielles de l'entretien. Capables d'écoute, ils n'ont pas bâti leurs études sur le long fil d'entretiens thématiques ordonnés par un guide, mais sur la discontinuité des conversations quotidiennes. Peut-être pour cela, plus que de grands systèmes ordonnés autour de la maladie, ont-ils pu rendre compte de ces discours discrets qui parlent des sensations et des douleurs.

Une deuxième caractéristique est qu'ils essaient de "ne pas en rajouter". Plutôt que de s'attacher à priori à de délicates interprétations, ils ont décrit la maladie sans en oublier ses aspects essentiels qui, souvent, coïncident avec le plus prosaïque et pragmatique : la douleur et la volonté de guérir. Banalité certes, mais souvent oubliée : si tout malade s'interroge sur les causes de son affection, il est aussi

fort impatient de constater les effets d'un traitement. Mais ici encore, dans bien des cas, les choix de ces remèdes ne peuvent s'expliquer par de complexes raisons dont seraient conscients leurs auteurs. Gestes et thérapeutiques nés de l'habitude, ou "parce qu'on ne sait jamais" abondent dans ce livre. De texte en texte, l'ouvrage dessine ainsi, plus que les portraits de quelques maîtres du symbolique, l'image de populations construisant d'incertains savoirs pour palier les effets d'une grande précarité sanitaire. Autrement, et localement dit - rejoignant ici les pratiques de "braconnage" chères à De Certeau - en situation de pauvreté, "il faut grouiller pour s'en sortir". Tentative donc de décrire le plus banal, le plus partagé et le plus pratiqué. Mais que les auteurs tentent ainsi de dire les choses "comme elles sont", pour le plus grand nombre, permet-t-il d'agir comme il faut pour le plus grand nombre ? Répondre à cette question implique d'introduire une autre dimension, où méthodologie de la recherche et politique, tout au moins sanitaire, sont liées.

2 - Populations, santé publique, et anthropologie de la santé

[Retour à la table des matières](#)

En Afrique de l'Ouest, les praticiens de santé publique, chargés de la définition et de la mise en œuvre des politiques et des programmes sanitaires, s'intéressent aux populations pour diverses raisons. Un premier ordre de questions s'applique aux groupes sociaux "non-inclus"¹, et concerne principalement des problèmes liés à l'accès aux soins. Dans ce cas, il s'agit d'essayer de mieux connaître les populations qui ne sont pas "atteintes", "couvertes" par les services et les actions de santé, et de comprendre globalement pourquoi elles ne fréquentent pas les structures sanitaires, ou plus précisément encore, comment elles se soignent, considèrent les maladies qui les affectent, et selon quels critères elles choisissent leurs traitements. Une autre interrogation concerne la mise en œuvre

¹ Dans la terminologie de l'UNICEF, ce terme désigne les groupes sociaux qui ne peuvent accéder au système de santé.

de programmes de préventions. En effet, en dehors de quelques "propositions techniques" comme les vaccinations, les objectifs de ces actions consistent à modifier des pratiques sociales - alimentation, hygiène, sexualité, etc. - qui bien qu'ayant un impact sur la santé sont vécues selon d'autres finalités - gustatives, propitiatoires, ludiques, etc. - par tout un chacun. Enfin, un dernier ensemble d'actions consiste à améliorer la couverture sanitaire, sollicitant pour ce faire les populations, principalement dans le domaine économique, comme lors des programmes de recouvrement des coûts.

L'analyse critique - déjà fort argumentée - de ces actions de santé publique, relève globalement d'une anthropologie du développement ² démontrant l'inanité de certains modes de réflexion, basés notamment sur les espérances d'un développement communautaire, l'oubli du politique manifeste dans les inégalités face à la mort et la maladie ³, ainsi que dans les questions touchant à l'émergence des déontologies locales ⁴. En fait, face à ces questions, et faute de concepts pertinents, les praticiens de santé publique se bornent bien souvent à édicter des normes, et proposer des objectifs pour de bien illusoire programmes ⁵. Cependant, outre ces vastes domaines - où le volontarisme naïf des praticiens s'affronte à la réserve dubitative, et parfois cynique, des théoriciens du changement social - un dialogue critique et fécond s'établit autour de questions discrètes et précises, concernant, plus que les idéologies, les pratiques effectives et les préoccupations concrètes des équipes de santé publique. Nous nous limiterons ici à dessiner les contours des principaux points de ces rencontres et de confrontations.

Le recueil et l'analyse des données entraînent fort logiquement, un premier ensemble de discussions, concernant notamment les méthodes d'enquêtes et la validité de l'information recueillie. Il est, par exemple, aisé de montrer que sous l'apparente scientificité des chiffres statistiques se dissimulent moult biais concernant, entre autres, les problèmes de traduction des questions, ou la constata-

² Nous renvoyons pour une analyse critique globale à Olivier de Sardan (1996)

³ cf. sur ce point les démonstrations de Aiach (1987) et de Evans (1996) et les propositions d'analyse de "L'espace politique de la santé (Fassin 1996), à partir des dimensions de l'incorporation de l'inégalité, du pouvoir de guérir et du gouvernement de la vie.

⁴ cf. Olivier de Sardan sur la corruption (1997) et Jaffré sur les déontologies locales (1997)

⁵ Qu'il suffise d'évoquer ici "la santé pour tous en l'an 2000".

tion des écarts entre les réponses faites et les pratiques réellement effectuées, etc. Mais la critique ne se limite pas à ces aspects techniques. Elle porte aussi sur les méthodes d'interprétation. Ainsi l'analyse fine du concept épidémiologique de "risque", ou d'une notion apparemment scientifique comme la relation de causalité, permet d'en dévoiler certains aspects idéologiques : on ne mesure que ses propres hypothèses de recherche. Ces dernières, souvent socialement et techniquement orientées, imposent au réel une grille de lecture parfois fautive ou, tout au moins, insuffisante (Gruénais et Delpuech 1992). En fait, il ressort de ces débats que si les modèles épidémiologiques, qui servent d'ossature à de nombreuses actions de santé publique, permettent d'établir des corrélations entre des "données dures" - présence ou non d'un virus, comptage des pathologies, etc. -, ils se trouvent fort dépourvus dès lors qu'ils se confrontent à des données sociales comme la pauvreté, les identités socioprofessionnelles, les conduites liées au genre, etc., dont les définitions varient selon les lieux, le temps et les acteurs. Bref, il s'agit d'un dialogue difficile où " le Qualitatif allégué ignore son quantitatif frileux et le Quantitatif ostenté son qualitatif implicite" (Passeron 1995), et l'on est encore bien loin d'une "épidémiologie culturelle" que certains tentent de construire (Trostle & Sommerfeld 1996).

Vient ensuite la remise en cause de la notion de programme. Souvent défini en fonction d'objectifs sanitaires, il s'expose à un "retour du refoulé" social, manifeste notamment dans les multiples intérêts et stratégies des acteurs qu'il génère. Dans cette optique, avec beaucoup d'humour, Tidjani (1994) a esquissé quelques réponses en dessinant l'itinéraire hasardeux d'un projet de développement - "incarné dans un jeu d'écriture, se traduisant par une correspondance" (ibid.) - victime des pouvoirs et des intérêts qu'il suscite ou contrarie.

Les méthodes d'information des populations sont aussi l'objet de vives critiques. Elles concernent notamment la validité des concepts et des méthodes de "l'éducation-information-communication" pour la santé. Pour l'anthropologue, il s'agit d'un domaine sensible, puisqu'on souhaite souvent l'y confiner dans un rôle de publiciste : "aidez-nous à trouver le bon message" ! La déconstruction des plus modèles les plus fréquemment utilisés dans le domaine de cette information sanitaire permet de souligner, que de nombreuses et bienveillantes campagnes de "communication" sont en fait régies par un paradoxe douteux consistant à demander le plus d'efforts à ceux qui sont les plus démunis (Jaffré 1991).

La formation des personnels constitue enfin, un dernier axe de dialogue, entre santé publique et anthropologie. En ce domaine, si la santé publique s'applique à identifier des fonctions et des tâches souvent abstraitement définies, l'anthropologie s'interroge sur les rapports entre les identités sociales et professionnelles de ces personnels (Jaffré & Prual 1993), parfois décrits comme des "passeurs culturels" (Benoist 1996), sur leurs interactions avec les populations (Mehtoul 1994), leur place dans les hiérarchies médicales (Arborio 1995), ou l'importance de déterminants sociaux de plus large envergure, comme la présence d'un état, d'un corps professionnel et de contre-pouvoirs, pour comprendre leurs conduites (Fassin 1994).

On ne peut ici tout résumer. Les thèmes de ces débats varient selon le domaine sanitaire auquel ils s'appliquent. Leur configuration, par contre, apparaît stable, et d'une question à l'autre, les dialogues s'ébauchent ou se refusent d'une même manière. Globalement, face à une santé publique qui légifère sur le "bien de l'autre", et qui édicte des normes de conduite tant pour les populations que les agents de santé ⁶, l'anthropologie répond en termes d'approche globale, de stratégies d'acteurs, de représentations complexes ⁷. On l'aura compris, malgré de nombreux travaux communs, le dialogue souvent tourne court. Grosso modo, les

⁶ Sans trop d'exagération, on pourrait dire que la santé publique ne connaît vraiment que l'autorité à caractère rationnel-légal, fondée sur le droit (Weber 1971).

⁷ Cette difficulté de dialogue entre les deux disciplines et de constitution d'une réflexion pluridisciplinaire sur les questions de santé est fort visible dans les manuels de santé publique. Les plus récents (Brunet-Jailly & Rougemont ; Brücker & Fassin) accordent à l'anthropologie la place singulière d'une approche "ethnosociologique des populations" (Pairault), ou d'une relation critique : "l'apport des sciences sociales à la santé publique, c'est une méthode d'observation et d'analyse des faits, c'est un regard critique sur les sociétés et leurs institutions, c'est plus de connaissance pour décider d'une action" (Fassin 1989, 123). Si cette approche par juxtaposition des disciplines peut permettre une présentation commode et nécessaire des disciplines constituant le domaine de la santé publique, elle atteint cependant très rapidement ses limites et surtout ne répond que très mal aux préoccupations des praticiens. C'est pourquoi les études de ce livre tentent d'initier une autre forme de complémentarité. Décrivant spécifiquement diverses représentations populaires de grands ensembles pathologiques, elles se prêtent à une "approche par problème" permettant à chaque discipline d'éclairer, selon ses méthodologies propres, les questions concrètes rencontrées : malnutritions, diarrhées, etc.

anthropologues soulignent que la santé publique ne dispose pas de concepts suffisants pour penser ses "publics". En réponse, les équipes médicales accusent les anthropologues de se cantonner dans une confortable attitude critique d'une faible utilité pour améliorer l'offre de santé. Modestement, nous accordant sur ce petit précepte : "si l'on ne peut dire que la valeur d'un travail correspond à son utilité, il importe aussi de se déprendre de l'idée que c'est parce qu'elle inutile qu'une recherche est fondamentale" ; nous avons accepté deux contraintes principales. La première consiste à choisir ses thèmes d'étude parmi des priorités sanitaires. Les entités populaires ici présentées - maladies du ventre, "jaunisses", "oiseau" et convulsions, fontanelle, œil, peau - représentent le point de vue des populations sur les principales pathologies qui les affectent ⁸ : fièvres et paludisme, diarrhées et déshydratation, hépatite et cancer du foie, trachome, etc. La seconde est de se préoccuper de l'utilité de ces travaux dans l'amélioration du dialogue sanitaire.

3 - Le dialogue sanitaire et la reconnaissance de la personne malade

[Retour à la table des matières](#)

Le savoir sur l'autre ici présenté est aussi un savoir de l'autre, et si ces conceptions populaires ne doivent pas être "fétichisées" - elles sont limitées, scientifiquement fausses dans la plupart des cas, et parfois dangereuses -, elles doivent cependant être entendues, tant pour des raisons déontologiques et humaines, que pour un évident souci d'efficacité : observance des traitements, mise en œuvre de préventions, prise en charge des malades, etc. A ce titre, les textes présentés peuvent d'ailleurs être lus comme des "études de cas", des ébauches de dialogues sanitaires menés dans les langues locales, et se prêter à une réflexion sur la formation des personnels de santé, participant ainsi au "prendre soin" du malade (Benoist 1996), et globalement à l'amélioration de l'offre de santé.

Mais il ne faudrait pas que l'insistance portée sur les questions de traduction nous fasse oublier que la langue est aussi un capital culturel qui est partie prenante

⁸ En dehors de la mortalité maternelle.

dans un ensemble de rapports de forces. Très concrètement, dans une pratique de soin, l'opération de traduction consiste en la réalisation d'actions simples et observables : accepter d'écouter le patient, lui expliquer sa maladie, ses préventions... Ce travail apparemment linguistique est donc aussi un rapport symbolique manifestant que le soignant souhaite, ou refuse, de se "mettre à la portée" de son interlocuteur.

Dans la plupart des cas, la relation sanitaire se caractérise par l'univocité médicale de l'interprétation. La traduction est à sens unique, et consiste à réduire le champ sémantique des langues vernaculaires selon le langage scientifique qui sert à l'interprétation. Cette opération est certes nécessaire à l'établissement du diagnostic. Elle laisse cependant un "reste" : le patient qui n'a pu exprimer ses incertitudes, craintes, conceptions, etc. Elle construit aussi une relation d'autorité, où l'on peut se demander si les soignants ne parviennent pas à comprendre et décoder les propos de leurs interlocuteurs, ou s'ils ne veulent pas, en acceptant une situation de dialogue, renoncer à une partie de leur pouvoir, qui dans la relation sanitaire se manifeste essentiellement par une rétention de l'information et un refus de reconnaissance de l'identité et des choix de la personne ou des populations malades. Sous cet aspect, le travail d'anthropologie décrit dans cet ouvrage, bien qu'ayant une "entrée" ethno-linguistique, est aussi un travail de "micro-politique", dévoilant quelques aspects d'une forme spécifique de domination. C'est ainsi souligner qu'il vise, à contrario, à faire reconnaître les droits du malade et souhaite, allié à d'autres actions, favoriser une amélioration de la qualité des soins.

Un préalable est nécessaire à un accueil respectueux, et à la compréhension des mots qu'utilise un malade pour formuler sa demande de soin : accorder au patient une existence et une légitimité suffisante pour juger ses propos dignes d'être écoutés et analysés. Une consultation n'est donc pas un espace socialement neutre consacré à un travail d'écoute. L'interaction langagière y est grosse d'inégalités sociales, et l'acceptation ou le refus de "décoder" linguistiquement les termes vernaculaires utilisés par le patient, engage des relations de pouvoir, manifestes notamment dans les diverses formes de reconnaissance que le soignant accorde à son interlocuteur.

En milieu bambara, par exemple, les connotations affectives du dialogue sont liées aux statuts des interlocuteurs et à leurs réciproques inclusions dans diverses

sphères sociales. Au plus proche se trouvent ceux qui appartiennent à la parenté (*sòmògòya* et *balimaya* : filiation et alliance). Ces liens affectifs et sociaux internes à la parentèle sont vécus comme naturels et relevant éventuellement de l'ordre du devoir. Viennent ensuite les relations d'amitiés (*teriya*), de voisinage (*siginyòngònya*) et de "promotion", puis les connaissances (*dònbagaya*), et enfin, ceux dont on s'occupe (*ne ka mògòw*) d'autant plus... qu'ils sont porteurs de signes de prestige social : riches vêtements, professions utiles, etc. En dehors de ces divers liens sociaux, - "individus à la forme humaine, certes, mais dénués de langage" (Balibar 1996) - si tout inconnu peut éventuellement bénéficier de pitié ou de respect, il s'expose cependant, puisqu'"il n'est personne" (*karisa ne fòsi tè*, litt. celui-là ne m'est rien), à toute les formes de violence ⁹. On ne peut, bien sûr, faire strictement coïncider, ou ne lire les conduites de soins qu'en fonction des liens sociaux qui y sont engagés. Cependant, la plus élémentaire observation démontre que la qualité de l'accueil est corrélée aux statuts sociaux des malades, plus qu'à une compassion selon la gravité des cas ou des souffrances endurées. Le principe d'équivalence accordant à chacun les mêmes droits n'existe pas. Nul ne doit être anonyme pour être soigné, et bénéficier de soins de qualité. En témoigne d'ailleurs, la stratégie des patients consistant à "personnaliser" les relations de soin, en utilisant pour ce faire diverses tactiques, allant de l'offre de cadeaux, à l'utilisation des relations à plaisanteries, le port de vêtements brodés pour se rendre au dispensaire, etc.

Il découle de ces rapides remarques deux conséquences de niveaux très différents. Globalement ces modalités des relations de soin ouvrent à toutes les interprétations en terme de corruption, et obligent à nuancer la notion de service public (Olivier de Sardan 1997). Dans la plupart des cas il y a un usage personnalisé et privé des structures de santé étatiques ou communautaires. Ces remarques soulignent aussi une des origines du "déficit déontologique", observable dans nombre de structures de soins : pour être bien soigné il faut souvent être bien connu. Cette observation laisse ouverte la question des valeurs et normes de conduite des personnels de santé, et de leur modification. Comment, dans ce contexte d'extrême personnalisation des interactions, promouvoir une déontologie qui n'est en fait

⁹ Ainsi que le souligne Balibar "Les formes de cruauté sont avec la matérialité dans une relation sans médiation, qu'elle soit intéressée ou symbolique". (Balibar op. cit.)

qu'une manière de donner sens à des relations qui justement ne s'inscrivent pas dans un lien social "naturel" ?

C'est ainsi souligner que l'utilité de cet ouvrage - si utilité on cherche en dehors d'un strict apport de connaissances - réside plus dans sa volonté démonstrative de faire reconnaître les populations comme dignes de dialogue que d'apporter de nouvelles "connaissances sociales" aux soignants. Nous souhaitons inquiéter leur savoir plutôt que le conforter, et nous leur proposons de refaire ce travail d'enquête avec chaque malade, plutôt que d'accroître leur savoir-pouvoir avec un zeste d'anthropologie.

Dans l'introduction, Olivier de Sardan soulignait l'importance d'un travail précis provenant d'un comparatisme de proximité. En s'éloignant du travail accompli, cette conclusion, situe les représentations des maladies parmi quelques plus larges dimensions et déterminations sociales : les langues africaines comme clôture des représentations et les inégalités sociales si manifestes dans les relations de soin. Mais ce n'est, après tout, qu'un parcours anthropologique normal, consistant à bâtir quelques hypothèses sur le fonctionnement d'un "tout" social, à partir de données d'enquêtes contextualisées.

Ouvrages cités

[Retour à la table des matières](#)

Aïach P., Carr-Hill R., Curtis S., Illsley R., 1987, *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, Paris, INSERM-Documentation française

Arborio A. M., 1995, Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital, *Sciences Sociales et Santé*, Vol 13, n°3, 93-126

Balibar E. 1996, Violence : idéalité et cruauté, dans, *De la violence* (dir Héritier F.), Paris ed. Odile Jacob

- Benoist J. 1996, Prendre soins, dans *Soigner au pluriel*, (dir de Benoist J.), Karthala, Paris, 491-505
- Brücker G. & Fassin D. (dir de), 1989, *Santé publique*, Ellipses, Paris
- Brunet-Jailly & Rougemont A.(dir de), 1989, *La santé en pays tropicaux*, Doin, Paris
- Evans G., 1994, Introduction dans *Être ou ne pas être en bonne santé*, (dir de Evans R., Barer M.L., Marmor T.R.), Presse de l'université de Montréal-John Libbey Eurotext, 12-35
- Fassin D., 1989, Sciences sociales, in Brücker G. & Fassin D. (dir de), *Santé publique*, Ellipses, Paris, 110-123
- Fassin D., 1994, Penser les médecines d'ailleurs, dans *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 339-364
- Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, PUF
- Gruenais M.E. & Delpeuch F., 1992, Du risque au développement, anthropologie et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête, *Cahiers des Sciences humaines*, vol 28 n°1, Paris, ORSTOM, 37-55
- Jaffré Y. , 1991, Anthropologie et éducation pour la santé, *Cahiers Santé AU-PELF-UREF* n°1, 406-414
- Jaffré Y., 1996, Les traits discrets de la santé et de la prise en charge du malade dans un village du Mali, *Prévenir*, n°30, 115-121
- Jaffré Y. & Prual A., 1993, "Le corps des sages femmes" entre identités sociale et professionnelle, *Sciences sociales et santé*, Vol XI, N° 2, 63-80
- Mebtoul M., 1994, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, l'Harmattan, Paris
- Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement, Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala
- Passeron J.-C., 1995, L'espace mental de l'enquête, *Enquête* n°1, Marseille; EHESS-Ed Parenthèse, 13-43

Pairault C., 1989, Le milieu ethno-sociologique, dans *La santé en pays tropicaux*, Brunet-Jailly & Rougemont A.(dir de), Doin, Paris, 33-57

Tidjani A. M., 1994, Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger, *Santé Publique* n°4, Presses Universitaires de Nancy, 381-392

Trostle J. A. & Sommerfeld J., 1996, Medical anthropology and epidemiology, *Annu. Rev.Anthropol* 25, 253-274

Weber A., 1971, *Economie et société*, Paris, Plon

Fin du texte