

(Extrait de *Anthropologie, santé, maladie: autour d'études de cas*, 1994, 142 pages.© ISBN 2-9503966-2-3. Tous droits réservés)

L'anthropologue et la santé publique*

*Didier Fassin***

La question à laquelle je voudrais tenter d'apporter dans ce texte des éléments de réponse est la suivante : *quelle peut être la nature de la contribution des sciences sociales à la pratique de la santé publique ?* Je la traiterai non pas à partir d'études de cas, mais sur la base d'expériences personnelles de travail mené dans l'un ou l'autre champ au cours des trois dernières années. Il ne s'agira donc ni d'une approche des relations intellectuelles entre ces deux *disciplines*¹, ni d'une discussion des rapports sociaux entre les acteurs de ces deux *mondes*², mais plus simplement d'une analyse des modalités concrètes d'une

* Texte révisé de la communication présentée au séminaire *Bilan d'une anthropologie de la santé. Autour d'études de cas*, Centre Thomas More, La Tourette (Lyon), 21-22 novembre 1992.

** Médecin et anthropologue, Département de Santé publique et de Sciences sociales, Université Paris Nord, 74 rue Marcel Cachin, 93012 Bobigny Cedex.

¹ J'avais proposé une réflexion plus générale sur ce thème dans le chapitre « Sciences sociales » de l'ouvrage *Santé publique*, coordonné avec Gilles Brucker (Ellipses, Paris, 1989).

² Nous avons abordé cette question dans un texte écrit avec Anne-Claire Defossez : « Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur », *Cahiers des Sciences Humaines*, 1992, 28 (1) : 23-36.

collaboration entre sciences sociales et santé publique³, envisagées sous l'angle de l'apport des premières à la seconde.

Exprimé de cette façon, l'objet de ce texte semble tomber sous le coup des critiques classiquement adressées à l'anthropologie appliquée, dont on dénonce à la fois la position de dépendance à l'égard de la demande sociale et l'attitude de complaisance vis-à-vis des pouvoirs en place⁴. C'est pourquoi il me semble nécessaire de clarifier les conditions d'une collaboration entre sciences sociales et santé publique. D'une part, je crois que l'anthropologie ou la sociologie doivent être en mesure d'examiner toute question que la société se pose à elle-même : par exemple, se demander pourquoi un programme de vaccination ou de planification familiale n'atteint pas ses objectifs me semble tout aussi légitime que de s'interroger sur la signification d'un rituel. D'autre part, je pense que le travail de l'anthropologue ou du sociologue est de ne pas se satisfaire de la question telle qu'elle lui est livrée, mais de tenter de la reformuler, de la déplacer pour qu'elle soit porteuse de sens de son point de vue. C'est dans cet espace de différence entre la demande faite par les décideurs et le repositionnement opéré par les anthropologues ou les sociologues que se jouent à la fois l'*autonomie* des sciences sociales et l'*engagement* du chercheur.

Pour autant, je ne prétends pas que les sciences sociales détiennent une vérité en dernière instance que le chercheur aurait pour mission de dévoiler ou de découvrir. D'abord, il n'existe bien sûr pas quelque chose comme une vérité absolue que l'on pourrait parvenir à extraire. Ensuite, les sciences sociales, parce qu'elles appartiennent au monde social, n'en donnent jamais une interprétation objective⁵. Cette position ne

³ Comme nous l'avions fait pour l'épidémiologie avec Pierre Aïach dans : « De l'épidémiologie aux sciences sociales. Formes de l'interdisciplinarité autour des inégalités de santé en Afrique », *Santé publique*, 1991, 3 (1) : 39-43.

⁴ Lucy Mair s'en inquiétait déjà dans « Applied anthropology and development policies », *The British Journal of Sociology*, 1956, 7, texte réédité dans *Anthropology and social change*, The Athlone Press, Londres, 1969, p. 10-27.

⁵ Une telle remarque pourrait paraître à la fois inutile et académique si la littérature scientifique n'était remplie d'exemples de cette prétention à l'objectivité ; parmi bien des illustrations possibles, on se référera à l'ouvrage de

s'apparente en rien au relativisme d'un Feyerabend : je suis convaincu au contraire qu'il y a dans le travail de l'anthropologue ou du sociologue un accroissement de connaissances, et qui plus est de connaissances vraies, mais il s'agit plutôt d'une tension vers plus de vérité que d'un accès à une vérité définitive.

Si l'on en revient maintenant à la question initiale, celle de la contribution des sciences sociales à la santé publique, et si je me réfère très directement à ma propre expérience⁶, il me semble qu'il faut pour répondre distinguer deux cas de figure : soit l'anthropologue est dans une position d'extériorité, autrement dit prend pour objet de sa recherche des programmes ou des politiques de santé ; soit il se trouve directement impliqué parce qu'il fait partie de l'équipe d'un projet ou qu'il appartient à une institution de développement sanitaire. L'examen de ces situations constitue les deux premières parties de ce texte.

Cependant, il est des cas où cette distinction rend mal compte de l'articulation réelle entre les deux domaines. L'évaluation en est un exemple : en tant qu'évaluateur, l'anthropologue doit en effet prendre ses distances par rapport à l'objet qu'il étudie ; mais dans la mesure où il s'agit de porter un jugement sur un programme ou une structure, il poursuit aussi un objectif d'amélioration d'une action, et non seulement de production de connaissances. L'analyse de cette situation-limite sera traitée dans la troisième partie.

Un regard éloigné et une pratique rapprochée

Raymond Boudon, *L'idéologie. L'origine des idées reçues*, Fayard, Paris, 1992, dans lequel il explique la solution du problème de l'échec d'une action de planification familiale au Pendjab sur lequel ont trébuché deux équipes de chercheurs, l'une américaine, l'autre indienne ; l'interprétation qu'il donne, à savoir que les paysans indiens agissaient rationnellement en refusant la pilule, car pour eux l'enfant est une richesse, a de bonnes chances d'être inexacte et de ne traduire qu'un *a priori* culturaliste de l'auteur.

⁶ Si je m'exprime ainsi à la première personne et si je cite des travaux que j'ai moi-même menés, c'est que l'exercice demandé dans ces journées d'échanges me paraît pouvoir être d'autant plus profitable collectivement qu'il aura mis les auteurs à contribution à travers leur propre expérience.

Premier cas de figure : l'anthropologue mène une recherche sur un programme ou une politique de santé. Il est là dans une posture classique — celle du chercheur —, à ceci près que l'objet n'est pas le plus habituel pour cette discipline, puisqu'il s'agit d'étudier un ensemble de valeurs et de pratiques qui appartiennent au monde moderne, celui du développement en particulier. Pour autant qu'il exerce son métier à peu près de la même façon que s'il étudiait des stratégies matrimoniales, il peut mettre à profit le double principe méthodologique fondamental de l'anthropologie : le regard éloigné et la pratique rapprochée.

Cette position privilégiée, qui fait de lui un observateur extérieur, mais travaillant en même temps au plus près des gens, peut lui permettre de produire une connaissance critique sur les actions de santé. Il s'agit bien en effet d'une *connaissance* spécifique, qui repose sur l'utilisation de techniques particulières, telles que l'entretien libre et l'observation participante, et elle est de nature *critique* dans la mesure où elle ne considère pas comme donnés les présupposés du programme ou de la politique et va au contraire tenter de construire un cadre de compréhension incluant ces derniers au même titre que les populations auxquelles ils s'adressent.

Cette connaissance critique se manifeste à travers un questionnement portant autant sur les questions posées par les décideurs que sur les réponses qu'ils lui fournissent. C'est ce que je vais essayer de montrer à partir de l'exemple d'une recherche menée en Equateur sur les politiques de réduction de la mortalité maternelle. Sans revenir sur les critiques adressées à la focalisation des programmes concernant la santé des femmes sur la seule dimension reproductive, ce qui conduit à renforcer les mécanismes d'assignation des rôles sexuels et à négliger d'autres pathologies au moins aussi graves, tels que les cancers génitaux, je me limiterai ici à quelques aspects des politiques dites « pour une maternité sans risque ».

Lorsque les spécialistes de santé publique cherchent à analyser les différences considérables de mortalité maternelle d'un pays ou d'une région à l'autre, ils invoquent habituellement les réticences des femmes des milieux populaires à se rendre aux consultations prénatales, à accoucher dans les maternités, à

utiliser des méthodes contraceptives. Pour expliquer ces réticences, ils se réfèrent généralement à un attachement à des pratiques et des valeurs traditionnelles (les soins aux femmes enceintes par les accoucheuses non professionnelles, la préférence pour les progénitures abondantes, etc.) et à un rejet des savoirs et des normes modernes (médecine, contraception, etc.)⁷. Ces analyses traduisent cependant plus les représentations que se font ces spécialistes des populations auxquelles ils ont affaire que la réalité à laquelle ils sont confrontés.

En effet, d'une part, l'attachement à une certaine tradition — indéniable pour la majorité des populations rurales des Andes — n'implique pas des conduites et des conceptions systématiquement traditionnelles. Ainsi, les matrones, ou *parteras* (et *parteros*), qui sont de moins en moins nombreuses dans les communautés, n'interviennent-elles aujourd'hui que dans une proportion réduite d'accouchements, même dans des zones relativement isolées. Ainsi également, la valorisation de la maternité et du lien familial ne contredit-elle pas, pour la grande majorité des femmes indiennes, le désir sans cesse invoqué d'avoir moins d'enfants.

Mais d'autre part, le monde moderne, loin d'être rejeté par les paysannes, est l'objet d'aspirations qui se manifestent aussi bien dans les efforts pour envoyer les enfants à l'école, afin qu'ils y acquièrent les bases de la culture dominante, que dans l'achat de biens caractéristiques des modes de consommation

⁷ Dans une littérature particulièrement riche en illustrations de ces préjugés, on peut citer : sur l'adhésion à la tradition, W. T. Boyce, C. Schaeffer et al., « Social and cultural factors in pregnancy complications among Navajo women », *American Journal of Epidemiology*, 1986, 124 (2) : 242-253 ; sur la contraception, J. P. Elder et J. D. Estey, « Behavior change strategies for family planning », *Social Science and Medicine*, 1992, 35 (8) : 1065-1076 ; sur les matrones, A. Mangay-Maglacas et H. Pizurki, *Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays*, OMS, Genève, 1983 ; et pour l'Equateur, l'extrait du rapport sur la mortalité maternelle fait à la demande de l'Organisation Panaméricaine de la Santé par A. Pino, N. Reascos et al., *Tendencias de los servicios de salud en América Latina*, Quito, 1990. Plus encore, c'est dans les ministères, les directions provinciales de santé, les institutions de planification familiale que ces discours sont presque systématiquement tenus.

urbains. Dans le cas des communautés andines, le recours à la médecine officielle est fréquent, principalement dans le secteur privé, et le médicament de la pharmacie est investi de valeurs fortement positives. Il n'y a donc pas d'obstacle culturel évident à ce que les femmes indiennes consultent un médecin lorsqu'elles sont enceintes et à ce que plus tard, elles accouchent dans des structures hospitalières.

Comme on le devine, l'insistance à produire des interprétations culturalistes pour rendre compte d'une mauvaise couverture sanitaire a principalement pour fonction d'éluider des interrogations sur la façon dont sont menés les programmes de santé et surtout dont sont réalisées les activités de soins, notamment dans les services publics. En cherchant du côté de la tradition des femmes indiennes, on évite de parler des conditions d'accueil et de traitement qui leur sont réservées lorsqu'elles viennent consulter au dispensaire ou accoucher à l'hôpital, des coûts élevés des médicaments et des examens qu'elles n'ont donc pas les moyens de payer, des taux excessifs de césariennes qui sont pratiquées dans les maternités et les cliniques.

Si l'on en revient à la question centrale de l'apport des sciences sociales à la santé publique, il faut maintenant se demander quelle peut être l'utilité d'une telle analyse pour un décideur ou un acteur du système de santé. Plus précisément, quelles sont les chances que cette connaissance critique — qui n'a évidemment été qu'à peine ébauchée ici — influe effectivement sur le cours des décisions et des actions de santé publique ?

Lors de ce travail en Equateur, j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de m'entretenir des résultats de nos recherches avec des responsables du Ministère de la Santé et de certaines directions provinciales. Le paradoxe de la réception du discours que je leur tenais est qu'il convainquait assez facilement mes auditeurs, mais ne modifiait en rien leur pratique : on écoutait, je crois, avec intérêt et bienveillance nos analyses, mais elles n'influaient en rien sur le cours des politiques en matière de santé maternelle.

Il me semble que cette dissociation relève de deux niveaux d'explication. D'une part, mes constats n'atteignaient pas réelle-

ment leur intelligence de la société : certes, ils y adhéraient superficiellement, mais au fond ils gardaient leur manière culturaliste de lire le monde social. Et d'autre part, quand bien même ils auraient vraiment souhaité modifier leur agenda, leur marge de manœuvre était étroite : la remise en cause de leurs modèles impliquait des changements trop profonds dans le type d'actions menées ; plus encore, leur légitimité politique — largement établie sur des programmes tels que « la maternité sans risque » ou la « santé familiale intégrale » qui se trouvaient précisément critiqués — ne pouvait être sacrifiée pour des raisons d'efficacité, et *a fortiori*, pour une simple recherche de vérité.

Lorsque l'on traite de la contribution de l'anthropologie aux politiques de santé ou de développement, il est donc essentiel de prendre en compte cette double limitation qui paraît en quelque sorte structurelle à la relation entre des chercheurs qui étudient le social et des acteurs qui travaillent à le transformer : l'engagement à la fois idéologique et pratique de ces derniers n'autorise en effet guère de changements dans des grandes orientations qui relèvent avant tout d'options générales peu discutables (le référentiel du parti au pouvoir ou le modèle international qui a cours à ce moment) et de préoccupations immédiates (de nature électoraliste). C'est dire que les anthropologues gagneraient certainement à s'intéresser de plus près aux contraintes et aux logiques des décideurs.

Principe de modestie et philosophie de l'échec

Deuxième cas de figure : l'anthropologue est acteur directement impliqué dans un projet de santé ou de développement, soit qu'il soit sollicité dans la décision, soit qu'il participe à l'action. Il n'est donc plus simple observateur, même engagé comme on vient de l'envisager, mais partie prenante. Dans cette position, moins habituelle pour un chercheur, il me semble que la spécificité de son apport — ce qui le différencie éventuellement du médecin ou du logisticien occupant les mêmes fonctions — est de disposer d'une certaine sensibilité au monde social et de pouvoir mettre en œuvre des instruments de compréhension de la société. Il s'agit là de deux éléments

relativement distincts : la *sensibilidad* relève d'une façon d'être au monde social, mélange de familiarité et d'intérêt cultivés, alors que la *comprensión* de la société fait appel à une méthode d'interprétation des faits et des événements qui est celle des sciences sociales.

Pour en donner une illustration concrète, j'évoquerai une opération de développement que j'ai menée en Equateur, dans les mêmes zones rurales pauvres où nous avons conduit notre recherche sur les conditions de vie et de santé des femmes. Il s'agissait, dans deux cantons considérés comme faisant partie des dix plus pauvres du pays et où les services de l'Etat étaient quasiment inexistantes, de mettre en place un programme de formation d'agents de santé communautaires, ou *promotores campesinos de salud*, censés prendre en charge les pathologies les plus fréquentes et les plus graves⁸. L'objectif n'était pas seulement de leur enseigner des rudiments de médecine ou de secourisme, mais visait également à leur donner des outils pour analyser les problèmes de santé qui se posaient à la communauté et utiliser au mieux les divers recours médicaux et institutionnels disponibles dans leur région.

L'intuition et la méthode anthropologiques ont trouvé ici à s'exercer sur des registres divers. Celui du culturel, avec notamment la question de l'inadéquation des solutions « modernes » aux représentations « traditionnelles » : ainsi, la réhydratation par voie orale proposée uniformément pour toutes les diarrhées ne correspond-elle pas à l'interprétation très différenciée qui est faite de cette maladie en fonction de caractéristiques sensibles (couleur, odeur) renvoyant à des étiologies distinctes et donc à des traitements particuliers. Ou encore celui du politique, se posant par exemple dans la stratégie à développer vis-à-vis des partenaires pour la mise en œuvre du projet : fallait-il travailler avec les autorités communales, c'est-à-dire les *cabildos*, ou avec les organisations indiennes de niveau intermédiaire ? Si la seconde solution paraissait préférable chaque fois qu'une

⁸ Ce travail est exposé dans un ouvrage : *Antropología y salud en comunidades indígenas. Manual de capacitación para promotores campesinos de salud*, Abya Yala/IFEA, Quito, 1992.

organisation bénéficiait d'une légitimité suffisante, de façon à consolider les processus politiques en cours, en revanche, comment faire lorsque plusieurs organisations se disputaient la représentativité et l'autorité locales ? Ou enfin, celui du social, lorsqu'il s'agissait en particulier de prendre en compte les logiques qui présidaient au choix de tel ou tel membre de la communauté pour devenir agent de santé — logiques qui ne rencontraient pas nécessairement celles du projet, quand nombre de dirigeants indiens y voyaient avant tout un moyen de promotion pour un proche.

Mais au-delà de la contribution de l'anthropologie comme manière d'être au monde social et mode de compréhension de la société, je crois qu'un autre aspect mérite que l'on s'y arrête : c'est le regard que porte l'anthropologue sur l'ensemble du processus de développement ou de santé⁹. J'y vois deux traits particuliers, que l'on pourrait provisoirement désigner comme principe de modestie et philosophie de l'échec.

Le principe de modestie relève d'une attitude de prudence à l'égard de toute entreprise démiurgique de transformer la société. Il prend notamment acte de la participation limitée des actions volontaristes à ce vaste mouvement que l'on appelle le changement social. Il conçoit dès lors le rôle du développeur comme un accompagnement de ce mouvement. Modestie ne signifie cependant pas attentisme ou passivité, et l'accompagnement implique évidemment des choix sur les orientations à soutenir et les acteurs avec lesquels collaborer. Dans le cas présent, il s'agissait d'être conscient, d'une part, que le programme proposé n'était que l'une des multiples initiatives menées localement dans le cadre du développement, et d'autre part, qu'il ne pouvait avoir qu'un impact modéré sur l'état de santé des populations compte tenu des conditions de vie, de travail, d'accès aux soins de la médecine moderne.

La philosophie de l'échec découle de l'analyse des phéno-

⁹ Sur cet aspect des choses, on peut consulter l'ouvrage collectif de P. Boiral, J.-F. Lanteri, J.P. Olivier de Sardan, *Paysans, experts et chercheurs en Afrique noire. Sciences sociales et développement rural*, CIFACE/Karthala, Paris, 1985, ainsi que divers chapitres du livre codirigé avec Y. Jaffré, *Sociétés, développement et santé*, Ellipses/AUPELF, Paris, 1990.

mènes de développement. Comme l'ont montré les travaux des anthropologues, les effets sociaux des projets sont complexes, et la façon dont ceux auxquels ils s'adressent se les réapproprient, en les transformant et même en les détournant de leurs objectifs, rend particulièrement délicate toute évaluation univoque des résultats. Les actions de développement sont l'objet de « dérives » que les développeurs considèrent habituellement comme des signes d'échec, alors qu'on peut aussi les interpréter comme des phénomènes nécessaires, et probablement souhaitables, traduisant simplement un travail social d'assimilation de la nouveauté. A cela s'ajoutent de réelles « déconvenues », que même le groupe concerné voit négativement et qui font aussi partie de la vie des sociétés. Ainsi, le constat établi un an après le début du programme fait-il apparaître une proportion élevée d'abandons parmi les agents de santé communautaires : sans nier qu'une part de ces défaillances puisse être attribuée à des carences de la supervision du projet, l'essentiel relève de causes plus générales, telles que le conflit politico-religieux entre les communautés catholiques et protestantes conduisant à la mise à l'écart de ces dernières, la migration de certains agents qui vont chercher un emploi saisonnier dans les plantations de la Côte, ou encore le refus d'un mari de laisser sa femme poursuivre son activité de visites aux malades et d'éducation pour la santé jugée peu conforme au rôle féminin. Adopter par rapport à ces réalités une attitude pragmatique n'est pas céder à la résignation et au fatalisme, mais plutôt se situer dans une perspective qui reconnaît la complexité des phénomènes sociaux et postule l'impossibilité d'imposer le changement.

L'évaluation comme pratique frontière

Après avoir décrit schématiquement deux positions — l'une externe, l'autre interne — de l'anthropologue par rapport à la santé publique (ou au développement), il reste à préciser que les choses sont rarement aussi tranchées, et que l'externalité pure n'existe évidemment pas plus que l'internalité absolue. Un cas particulièrement probant de ce caractère indiscernable des limites est celui de l'évaluation, puisqu'il s'agit là de porter un

regard extérieur, donc de produire une connaissance critique, mais en même temps d'accepter les prémisses des décideurs, à savoir la nécessité d'améliorer le programme ou la structure évaluée, et par conséquent de se situer à l'intérieur d'une logique de santé publique.

La question de l'apport de l'anthropologie à la pratique de l'évaluation me semble s'inscrire dans une interrogation plus large que l'on peut formuler de la façon suivante : y a-t-il une « manière anthropologique » de faire de la santé publique ? Cette interrogation est différente de celle que formulent les tenants d'une anthropologie appliquée, puisqu'alors que ces derniers situent les sciences sociales et leur domaine d'application (santé publique, agriculture, entreprise, et plus généralement développement) dans un rapport d'extériorité et de discontinuité, il s'agit ici de réfléchir sur la possibilité d'une démarche intériorisant les concepts et la méthode de l'anthropologie avec l'objectif d'intervenir dans le monde social par l'intermédiaire d'une politique ou d'un projet.

Devant le risque de méprise sur la signification réelle de cette question et le danger d'instrumentalisation de l'anthropologie qu'elle paraissait faire encourir, j'ai longtemps répondu par la négative : la connaissance sociologique et l'action sociale appartiennent à des domaines radicalement distincts, ou pour l'exprimer autrement : le savoir des anthropologues ne fait pas un meilleur médecin, développeur ou décideur. Je crois aujourd'hui que la réalité est plus complexe : la pratique de l'évaluation en constitue une bonne illustration.

En effet, non seulement l'anthropologue peut y disposer de ses outils, y associer le regard éloigné et la pratique rapprochée, y faire jouer sa sensibilité au monde social et sa capacité de compréhension, mais encore il occupe dans ce champ une position particulière qui le différencie de la plupart des praticiens de l'évaluation¹⁰. Exercé à écouter les autres et

¹⁰ J'ai tenté de situer concrètement cette position dans deux documents : *Evaluation du Programme de santé de l'Institut Tropical Suisse au Tchad. Rapport de la mission préparatoire*, août 1992, 33 pages, et : *Evaluation stratégique du programme bucco-dentaire en Seine Saint-Denis (1984-1992). Proposition d'un cadre de référence*, décembre 1992, 13 pages.

intéressé également par tous les discours, il peut jouer un rôle de *porte-parole*, permettant l'expression de points de vue qu'il n'est pas habituel d'entendre et conférant une légitimité identique à chacun d'entre eux, quel que soit le statut de celui qui le tient — ce rôle n'éluant bien sûr pas la question de son propre jugement, puisqu'évaluer c'est juger. De plus, et pour autant qu'il conçoive l'évaluation comme une partie intégrante de l'action, il peut aussi intervenir comme *médiateur*, c'est-à-dire accepter une fonction plus active dans le processus de négociation qui doit se dérouler — entre les différents acteurs, entre le programme ou la structure et les groupes sociaux qui sont censés en bénéficier — lorsque les conclusions de l'évaluation auront été rendues.

On le voit, cette manière de concevoir la position de l'évaluateur relève d'une vision autant politique que technique de l'évaluation¹¹. Il ne s'agit pas seulement de mesurer : il faut aussi écouter et traduire, servir d'intermédiaire tout en acceptant de prendre parti. Bien entendu, les sciences sociales n'ont pas le monopole de cette conception et de cette pratique de l'évaluation. Il ne faut à cet égard ni idéaliser la réalité du travail des anthropologues de la santé ou du développement (qui est souvent loin de ce type de préoccupations), ni faire de leur domaine un territoire fermé et protégé (en l'absence de technicité particulière, à la différence de la médecine ou de la physique, il n'y a guère que les ésotérismes et les diplômes qui puissent en interdire l'accès — ce qui, on en conviendra, n'est guère souhaitable). On ne peut nier en revanche que le type de démarche que cultivent les sciences sociales et les instruments qu'elles emploient ne soient particulièrement adaptés à la mise en œuvre de cette forme d'évaluation.

Le point de vue adopté dans ce texte¹² est celui de l'apport

¹¹ De nombreux exemples de cette perspective sur l'évaluation peuvent être lus dans le livre de Claude Freud, *Quelle coopération ? Un bilan de l'aide au développement*, Karthala, Paris, 1988, ou recherchés à partir de ses références bibliographiques.

¹² Conformément à l'esprit de la réunion qui lui servait de cadre, puisqu'il s'agissait d'étudier « les points de jonction entre la démarche de santé publique

des sciences sociales à la santé publique. Il ne signifie toutefois pas que la collaboration doive être considérée unilatéralement, sous la forme par exemple d'une contribution de la connaissance à l'action — le cadre proposé ici est d'ailleurs plus large que cette dialectique qui fonctionne souvent comme une rhétorique peu convaincante par rapport aux enjeux réels. Bien au contraire, je suis convaincu que dans cet échange entre les deux, l'apport est mutuel, et que l'anthropologue et le sociologue y gagnent notamment de nouveaux objets et de nouvelles questions.

Discussion

Velmourougane — Une question pratique. Vous avez cité dans le domaine culturel, l'exemple de la diarrhée. Vous avez parlé de sensibilité du regard anthropologique. Pourriez-vous évaluer, au niveau pratique, un exemple comme celui-là ?

Didier Fassin — L'évaluation de ce que j'ai fait ? Je crois que quand j'ai parlé de philosophie d'échec, j'ai quand même un peu dit ce que j'en pensais. Je me suis rendu compte en retournant sur le terrain qu'une bonne partie des choses qui ont été mises en place à la demande des gens n'avaient pas suivi le cours prévu. Cela pour des raisons structurelles, et je crois que c'est important de le signaler. Des conflits par exemple dans la société, entre le promoteur — l'agent de santé communautaire — et le groupe avec lequel il vivait, en particulier les dirigeants de ce groupe. Ou alors conflit entre les communautés protestantes et catholiques, pas seulement sur des questions de religion mais sur des questions de position politique par rapport à la constitution de l'organisation de deuxième niveau. Je me suis rendu compte *a posteriori* que cette question politique devenait de plus en plus importante.

et la démarche anthropologique ou sociologique » et de tirer les conséquences de la « présence d'un anthropologue dans un projet de développement » (document de programme).

Donc, des questions structurelles. Un autre exemple : l'un des meilleurs agents qu'on avait formés est une femme. Son mari ne veut plus qu'elle sorte donner des soins ou faire de l'information : « Tu sors trop ». Il lui interdit de sortir. Ça, c'est ce que j'appelle des obstacles structurels.

D'autres obstacles sont plus liés à la qualité de notre travail et ils tiennent notamment au suivi de ce travail. La relève qui était prévue n'a pas été assurée dans le cadre où elle aurait du être faite. C'est pour cela qu'en y retournant, j'ai retravaillé avec les agents de santé, puis avec d'autres partenaires, avec une ONG en particulier, qui travaillait dans cette zone depuis longtemps, et avec laquelle on avait de bonnes relations. En principe elle prend le relais. L'évaluation, donc, et là je ne parle plus forcément en termes d'anthropologie mais disons en termes de jugement de valeur sur ce qu'on a fait peut être : il y a une bonne partie d'échec, mais je crois qu'il y a aussi des éléments positifs, des éléments de réussite. Et dans les éléments de réussite il y a un fait : une demande de la part des gens. On ne peut pas toujours rétorquer aux gens qui demandent des choses : vous savez, vous n'êtes pas prêts, vous avez des tas de conflits, les femmes et les hommes ne sont pas sur un pied d'égalité etc., ce qui serait une façon de refuser d'agir ou de proposer quelque chose. Le fait d'y avoir répondu, parmi d'autres actions qui sont conduites dans ces zones et qui sont de construire des digues d'irrigation, de faire des projets en agronomie, c'est montrer aux gens que l'on peut s'intéresser à eux, qu'ils peuvent faire quelque chose, et qu'il n'y a pas que le côté échec.

Velmourougane — Mais, là où il y a eu un aspect positif de votre travail, dans ce qui a été reçu, par rapport aux agents de santé que vous avez formés, quel type de personnes est-ce que cela concerne, ou est-ce que vous avez parlé des gens en général ?

Didier Fassin — On ne peut peut-être pas entrer trop dans le détail de ce problème. Ce que je peux dire c'est que premièrement si votre question c'est de savoir s'il y a épidémiologiquement, statistiquement parlant, une diminution

de la mortalité des enfants, par exemple, ou des femmes, ou je ne sais pas quoi, on n'a aucun instrument permettant de le savoir. Nous n'avons pas travaillé dans cette perspective scientifique mais pour travailler avec des gens qui, eux, n'étaient pas en mesure de mettre en place des instruments statistiques, même de base, permettant de suivre une population. Ce n'était pas l'objectif. On n'a donc pas beaucoup d'instruments pour mesurer l'efficacité de notre action en termes de santé publique. C'est pour ça que j'ai parlé de façon plus approximative : en termes de respect et d'écoute d'une certaine demande. Ce n'est pas une façon d'éluider la question de la qualité de ce qui a été fait. Dans certains endroits, dans certaines communautés, il y a maintenant des promoteurs, qui ont été formés, qui continuent à avoir une demande de suivi et de formation, et des communautés qui estiment que c'est un bien pour elles que de pouvoir faire soigner un enfant qui est blessé, qui a de la diarrhée, ou qui a une conjonctivite, et de le faire soigner auprès du promoteur. Dans d'autres communautés rien n'a changé parce que, je vous l'ai dit, l'agent de santé est parti travailler sur la côte dans le cadre d'une émigration du travail, ou bien son mari l'empêche de sortir.

Delphine Vardon — Je suis étudiante en anthropologie, et médecin. J'ai une question peut-être un peu provocatrice sur les raisons structurelles que vous évoquiez quant aux conflits entre les différentes communautés et à l'interdiction qui peut peser sur la femme. Etudiants en médecine, on était allés monter une petite maternité au fin fond du Sénégal. On s'était un peu trompé puisque la maternité n'a pas tourné, pour une raison très simple, c'est qu'on avait mis à la tête de la maternité un Wolof alors que c'était une communauté Toucouleur ! Je me suis dit : « Tiens, on est de pauvres ignares de médecins ; si on avait eu un anthropologue, ça nous serait pas arrivé ». Et vous, ça vous est arrivé ?

Didier Fassin — Vous avez dit : « Pour une raison très simple ». Il n'y a jamais de raison très simple à l'échec d'un projet, d'une action. Vraiment je le dis sans exagérer, il n'y a jamais de raison très simple. Je suis assez convaincu que ce n'est

pas parce que le responsable était Wolof, en tous cas ce n'était pas que pour cela... Ces questions-là sont réellement complexes, c'est pour ça que je relève ce point. Je connais des histoires qui se sont passées dans des endroits qu'Alain Epelboin connaît bien, et où on disait : « Ce dispensaire, ou ce comité de santé, ne marche pas parce qu'il y a un conflit entre les Wolofs et les Toucouleurs, parce que c'est toujours les Wolofs et les Toucouleurs comme par hasard, et en fait quand on regardait dans le détail c'était purement une raison de pouvoir, et dans les deux cas il y avait autant de Wolofs que de Toucouleurs. Simplement, dans un cas le chef était un Toucouleur et dans l'autre cas c'était un Wolof, et on disait que c'étaient les Wolofs contre les Toucouleurs, mais ce n'était pas ça. C'est vrai que c'est un peu un dada des anthropologues que de dire : « Méfiez-vous des conflits ethniques », et là je serais un peu réservé.

Une dernière remarque, c'est que dès lors qu'on dit qu'il s'agit d'obstacles structurels, je ne crois pas que l'anthropologue ait beaucoup de moyens pour intervenir sur la structure d'une société tant qu'elle ne change pas les rapports hommes-femmes. Il n'aurait peut-être pas fallu former une femme ? Mais, dans d'autres endroits il y a des femmes pour qui ça marche.

André Chaventré — On ne peut pas intervenir sur les structures, c'est évident, mais l'anthropologue est là pour expliquer les structures. A partir du moment où vous avez des interdits de couleur, des interdits alimentaires, des interdits matrimoniaux, à partir de ce moment-là c'est quand même à l'anthropologue d'expliquer au médecin, au démographe, à l'épidémiologiste ce qui va se passer. Ça risque de ne pas marcher, mais en règle générale, c'est quand même une certaine précaution d'accompagnement de l'action.

Didier Fassin — C'est un peu plus compliqué. L'anthropologue peut-il affirmer : « Parce qu'il y a un interdit, ça ne va pas marcher » ? C'est plus compliqué parce que les interprétations sont souvent données *a posteriori*. Comme dans la maladie : *a posteriori* on évoque des interdits, et dans d'autres cas il y a des interdits, mais on n'en parle pas. Faire de la prédiction anthro-

pologique sur cette base, c'est bien difficile. Je ne conteste pas le droit à une position plus sûre d'elle-même pour l'anthropologie dans ces questions-là, mais moi j'aurais une position plus modeste et plus prudente.