

PRÉSENTATION

Une rencontre à venir

Marc-Éric GRUÉNAIS*

Depuis la fin du XIX^e siècle, le raisonnement médical tendait à privilégier l'individu porteur de maladies au détriment de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui *les populations*. La « pasteurisation » de la société (DOZON, 1985 ; LATOUR, 1984), le développement de la médecine expérimentale firent notamment reculer l'approche hygiéniste qui accordait une large place à l'environnement. Pour des raisons certainement fort complexes (coût de la médecine curative, récession économique, idéologie libérale ayant mauvaise conscience à l'égard des laissés-pour-compte, relative impuissance de la médecine curative face à certaines pathologies, etc.), on assiste au moins depuis deux décennies à un retour des populations dans le champ médical, comme en témoignent le développement des discours sur l'épidémiologie et la santé publique ou la multiplication des mouvements associatifs se consacrant à la prise en charge des malades. Or, à mesure que les malades « réinvestissent » leur maladie aux yeux de la médecine, celle-ci est amenée à se forger une anthropologie (au sens étymologique de « discours sur l'homme »), où l'identité d'un malade apparaît de plus en plus liée à celle de son groupe : inégalités sociales, populations à risque, médecine communautaire, résistances culturelles, niveaux socio-économiques, etc., sont autant d'expressions aujourd'hui récurrentes dans les discours médicaux. Dès lors, le raisonnement médical se préoccupe de plus en plus des domaines abordés par les sciences sociales, en général, et par l'anthropologie sociale et culturelle, en particulier, raisonnement qui développe tout naturellement des attentes à l'égard de ces sciences.

* *Anthropologue Orstom, 213, rue La Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

Parallèlement, depuis les années soixante-dix en France, la maladie, la santé sont devenues des champs privilégiés des recherches sociologiques et anthropologiques, notamment sous l'impulsion de Cl. HERZLICH (1975) et M. AUGÉ (1978). Or, la sociologie et surtout l'anthropologie ont construit leur approche de la maladie et de la santé indépendamment des préoccupations des milieux médicaux, même si, selon S. R. WHITE (1989), on peut penser que le développement de l'intérêt des anthropologues pour ces thèmes participe d'un mouvement général de médicalisation des sociétés. Aussi, ces disciplines n'ont guère participé à la construction du « nouveau » discours anthropologique que la biomédecine est en train de concevoir (1); dès lors, il n'est guère surprenant que la fréquentation actuelle des anthropologues et des sociologues, d'une part, et des médecins, d'autre part, engendre dénis, incompréhensions, frustrations, ou encore attentes inconsidérées.

L'anthropologie qui émane des discours médicaux relève davantage de l'anthropologie culturelle que de l'anthropologie sociale. Plus précisément, les milieux médicaux sont beaucoup plus enclins à s'interroger sur les conceptions (2) d'une pathologie particulière, sur les habitudes alimentaires, les pratiques de sevrage, etc., dans un groupe déterminé que sur les dynamiques sociales et symboliques liées aux maladies. Bien plus, pour le raisonnement médical, les facteurs culturels semblent pertinents pour autant qu'ils sont nuisibles à la santé :

« Entomologistes et médecins, chercheurs et techniciens chargés du dépistage et du traitement de la trypanosomiase observent que certaines caractéristiques culturelles et attitudes sociales propres aux populations infestées contrarient leur action... " La maladie du sommeil se heurte aux croyances traditionnelles. La façon insidieuse dont se développe la trypanosomiase dans le foyer, la lente dégradation physique, psychique et intellectuelle des malades font que les trypanosomés consultent plutôt le féticheur que le médecin " » (F. HAGENBUCHER-SACRIPANTI, 1981-82 : 448).

- (1) Nombre d'anthropologues érigent même en principe l'indépendance de la construction de leurs objets de recherche par rapport à la demande médicale, si l'on en juge par les communications des participants à un atelier sur l'anthropologie médicale en Europe, organisé dans le cadre de la récente conférence de l'Association européenne des anthropologues sociaux (GRUÉNAIS, 1991 a).
- (2) J'évite ici à dessein le terme de « représentations », dont l'utilisation en toutes circonstances en a largement galvaudé le sens aujourd'hui; faut-il rappeler qu'il s'agit d'un concept qui, tel qu'il est utilisé par les anthropologues, puise ses origines dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse* de E. DURKHEIM (1968, 1^{re} éd. 1912), et dont M. AUGÉ (1975) a donné une acception très précise quant à son application dans le domaine de l'anthropologie de la maladie.

En revanche, lorsqu'il s'agit de procéder à une étude de contexte préalable à la mise en œuvre d'un projet sanitaire, afin d'identifier les caractéristiques *des populations*, l'anthropologue semble indésirable ; on préfère donner aux médecins les « outils » pour réaliser des enquêtes ethnographiques « rapides » sur le système lignager, la classification des maladies, le système économique. etc. ! (cf. notamment SCRIMSHAW et HURTADO, 1987).

En fait, il semble que la relation anthropologie sociale/biomédecine s'établisse davantage en fonction d'un désir de « l'ordre médical » (3) d'une sensibilisation à l'approche sociologique ou anthropologique que d'une réelle volonté (de part et d'autre) d'appréhender en commun une même réalité sociologique et biologique. En effet, les anthropologues sont de plus en plus sollicités pour intervenir dans des séminaires ou des cursus de formation destinés à des médecins de santé publique ou des infirmières, mais, à ma connaissance, rares sont encore les anthropologues qui se trouvent être intégrés comme membre à part entière d'une équipe médicale (l'exemple d'Annie HUBERT — cf. p. 57 — fait presque figure d'exception).

Ces considérations valent essentiellement pour la France, et en France, surtout pour l'anthropologie. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, la tradition de santé publique est plus ancienne et mieux ancrée qu'en France. Dès les années cinquante, les grands noms de la sociologie américaine (Parsons, Merton) sont associés à des programmes de recherche hospitaliers ; en Grande-Bretagne, « la naissance d'une « sociologie médicale » s'inscrit dans le contexte de l'instauration, après guerre, du National Health System » (HERZLICH, 1978 : 132). Sociologie et anthropologie médicales sont devenues des disciplines à part entière (4), et des articles publiés dans la revue *Social Sciences and Medicine*, par exemple, témoignent de la participation d'anthropologues anglo-saxons à l'évaluation de programmes de développement dans des pays du Sud. En France, des sociologues, pour leur part, ont participé à des grandes enquêtes menées entre autres par l'Inserm au début des années soixante-dix, comme le souligne l'article de P. AÏACH (cf. p. 13-21).

Cependant, quels que soient l'ancienneté de la collaboration entre milieux médicaux et anthropologues ou sociologues, et les champs de recherches de ces derniers, il apparaît que la rencontre anthropologie sociale/médecine se fait mal. Si chacun appelle de ces vœux une

(3) Pour reprendre le titre de l'ouvrage de J. CLAVREUL (1978).

(4) Nombre d'anthropologues français, quant à eux, ont pris position contre la constitution d'une anthropologie médicale en sous-discipline à part entière (cf. à ce sujet, M. AUGÉ, 1986).

telle rencontre (5) si dans certains cas la collaboration s'avère particulièrement fructueuse (ainsi de l'expérience d'Annie HUBERT et d'Hélène SANCHO-GARNIER — p. 57 — dans le domaine de l'épidémiologie nutritionnelle), la cohabitation, grosse d'une incompréhension, reste généralement emprunte d'un certain malaise réciproque.

La position généralement partagée en France, d'une anthropologie de la maladie résolument dissociée des préoccupations médicales ne va certes pas *a priori* dans le sens d'un meilleur dialogue entre les deux disciplines. À cela vient parfois s'ajouter un certain déni pour « l'application » qui serait parfois incompatible avec la production d'une « bonne anthropologie ». Il est vrai que de tels reproches peuvent s'avérer parfois fondés, si l'on en juge par certains articles, traitant de l'évaluation anthropologique de projets de développement sanitaire, qui concluent (grande découverte !) à l'existence de rapports de force entre groupes au sein d'une même communauté, entravant par là-même la bonne marche des projets (cf., par exemple, PAUL et DEMAREST, 1984).

Lorsqu'un rapprochement est réalisé entre les deux démarches, les positions attribuées à l'ethnologue vont du technicien, qui doit veiller à fournir des informations exploitables par les milieux médicaux, au spécialiste invité dont les propos n'ont aucune incidence. Ainsi, au sujet du travail en collaboration avec des anthropologues spécialisés en ethnoscience et impliqués dans des recherches d'ethno-pharmacologie, on peut lire dans une publication récente :

« Although some importance is accorded to the contributions of other sciences, e.g. anthropology, they are regarded merely as ancillary to natural science; following its methods, these other sciences are expected to provide adequately collected and documented material suited for further scientific analysis. By way of self-criticism I want to state that I, too, was until recently an adherent to this narrow natural-scientific view of ethnopharmacology » (PRINZ, 1991 : 98, souligné par moi).

À l'inverse, l'ethnologue peut figurer à la meilleure place sans que ses propos aient une quelconque portée. Par exemple, dans une introduction à un ouvrage de l'OMS sur la médecine traditionnelle, G. FOSTER (1983) — un des grands noms de l'anthropologie médicale américaine — invite à adopter une attitude très critique à l'égard des tentatives d'intégration des guérisseurs traditionnels dans les programmes de soins de santé primaires. Or, on constate que la

(5) Les rencontres sur le thème de l'anthropologie appliquée au domaine médical se multiplient; une association (Amades) s'est créée, ayant comme finalité affichée de favoriser les rencontres entre médecins et anthropologues (cf. GRUÉNAIS, 1991 b).

plupart des articles de ce même ouvrage traitent entre autres de l'intérêt à utiliser les pratiques traditionnelles dans de tels programmes.

L'absence de prise en compte des propos du chercheur ne concerne pas seulement les anthropologues travaillant dans les pays « exotiques ». P. AIACH, sociologue, relatant son expérience d'une enquête sur Boulogne-Billancourt, souligne combien la médecine se trouve désamparée, au point d'oblitérer l'information, lorsque le sociologue montre que l'individu n'apparaît plus seulement comme porteur d'une maladie, mais investit ses déclarations de représentations qui ne coïncident pas avec le diagnostic médical. (cf. p. 13-21).

Paradoxalement, ces attitudes de « l'ordre médical » vis-à-vis de l'anthropologue ou du sociologue ne sont nullement incompatibles avec des professions de foi sur le grand avenir promis aux démarches tenant compte des aspects sociaux, culturels et symboliques :

« ...si les sociétés occidentales orientées vers le progrès scientifique et le développement fonctionnent essentiellement avec la logique analytique du cerveau gauche, les sociétés traditionnelles laissent une place beaucoup plus large à l'expression et aux valeurs du cerveau droit, siège des intuitions des images mentales, des "révélation" et des pouvoirs... Mais les valeurs du cerveau droit sont, hélas, méprisées et laminées par les sociétés dites "de progrès". Et pourtant, qui sait si ces pratiques qui nous sont aujourd'hui si étrangères ne confèrent point quelque valeur héroïque à des plantes qui à nos yeux ne le sont pas! ...L'heure vient, à l'aube du troisième millénaire, où doit naître et va naître sans doute, à partir de la sensibilité et de l'éthique écologiques, un nouveau monde. Nul doute que l'ethnopharmacologie s'inscrira avec d'autres disciplines dans les grands axes scientifiques qui contribueront à en définir les contours » (PELT, 1991).

Les exemples retenus sont sans doute extrêmes, ils n'en sont pas moins bien réels et l'on a parfois le sentiment que l'« anthropologie » des sociologues ou des anthropologues et celle des médecins diffèrent sensiblement.

Médecins et anthropologues n'ont pas un rapport analogue au savoir. Schématiquement, la médecine, et en particulier la médecine de santé publique, identifie les *besoins* des populations en prenant en compte toute une série de contraintes; ces besoins sont déterminés « de l'extérieur » à partir d'un savoir médical qui a sa dynamique propre. Plus trivialement : ce qui est bon pour les *populations* n'est pas nécessairement bon pour leur santé, et la médecine sait ce qui est bon pour leur santé. Même si, ainsi formulé, ce raisonnement apparaît très caricatural, il semble cependant sous-tendre certaines pratiques et peut alors conduire à des excès, comme en témoigne l'article de D. FASSIN au sujet de la mortalité maternelle en Équateur (cf. p. 23-36) : la mort des mères en couche est certes « humainement »

intolérable ; mais on peut se demander dans quelle mesure la charge émotive liée à la nécessité de remédier à cette situation, le *besoin* d'assurer la survie des mères après l'accouchement ne viennent pas entraver toute possibilité d'approche globale, en amenant à « gonfler » les chiffres et à engager un programme de santé sur ce thème, alors même qu'il ne s'agit pas d'une des causes majeures de mortalité.

Étant donné ce type de raisonnement, « le » social et/ou « le » culturel n'apparaissent-ils pas comme un obstacle à la satisfaction des *besoins* ? Or, il semble parfois qu'il est demandé à l'anthropologue ou au sociologue de *savoir*, à l'instar des médecins, comment détourner « le » social ou « le » culturel pour que la population transforme ce *besoin* défini de l'extérieur en modèle de comportement. Mais l'anthropologue ou le sociologue, de par leur discipline, ne savent pas. Leurs connaissances proviennent des *populations*, dont ils analysent discours et pratiques pour en trouver la cohérence. Comment alors savoir, de par l'exercice de la discipline, ce qui est bon ou mauvais pour les *populations* ?

Sans doute ces derniers ne sont-ils pas encore suffisamment engagés dans une anthropologie, sinon appliquée, du moins « impliquée », qui les conduirait à prendre position vis-à-vis des populations et des médecins. Il n'y a pas de discipline plus tournée vers l'action que la médecine ; rappelons que, selon le serment d'Hippocrate, soigner est une obligation pour tout médecin. Il y a peu de disciplines qui semblent actuellement plus exclusivement tournées vers la seule connaissance que l'anthropologie (6). Dès lors, entreprendre une réflexion sur le problème philosophique classique du rapport de la connaissance et de l'action dans le domaine de la santé pourrait sans doute favoriser une véritable collaboration entre médecine et anthropologie. Une telle réflexion pourrait également avoir une incidence directe sur les programmes de santé publique tout entiers préoccupés de prévention et d'éducation pour la santé, dans la mesure où cette réflexion serait liée à l'élucidation des raisons de changement de comportement étant donné, d'une part, les problèmes de santé tels qu'ils sont identifiés par les médecins, et d'autre part, la situation (les « croyances », l'organisation sociale, économique, etc.) des populations concernées.

Les bonnes prédispositions réciproques des disciplines impliquées ne suffiront pas à surmonter la distance épistémologique qui séparent

(6) Il s'agit là d'un sentiment qui vaut pour la période actuelle et non pour l'anthropologie en général ; en effet, par exemple, on sait combien l'anthropologie fonctionnaliste britannique était impliquée dans l'action de développement colonial.

médecine et sciences sociales, dont l'ampleur peut être appréciée à partir d'une remarque de KUHN :

« ...vivant dans une communauté composée en majorité de spécialistes des sciences sociales, si différents des spécialistes des sciences de la nature parmi lesquels j'avais été formé, je me trouvais en face de problèmes imprévus. En particulier je fus frappé par le nombre et l'ampleur des divergences avouées opposant les spécialistes des sciences sociales au sujet de la nature des méthodes et des problèmes scientifiques légitimes. L'histoire, tout autant que ma propre expérience m'amenait à mettre en doute que les spécialistes des sciences de la nature fussent en mesure d'apporter à ces questions des réponses plus précises ou plus définitives que leurs collègues des sciences sociales ».

Et de poursuivre :

« C'est en essayant de découvrir l'origine de cette différence que j'ai été amené à reconnaître le rôle joué dans la recherche scientifique par ce que j'ai depuis appelé les paradigmes » (KUHN, 1983 : 10-11, souligné par l'auteur).

Rappelons que la notion de « paradigme » est utilisée par KUHN pour décrire et analyser les sauts qualitatifs dans le développement des idées scientifiques, en particulier en physique. Que le contact d'un physicien avec les sciences sociales ait été à l'origine d'une des théories les plus célèbres et les plus stimulantes sur l'histoire des sciences illustre la valeur heuristique d'une telle rencontre. Mais surtout, que de cette rencontre naisse l'idée d'une évolution de la science en fonction de paradigmes discrets est significatif de l'ampleur de l'enjeu épistémologique qui pourrait être attaché à la mise en relation de l'anthropologie et de la médecine, si tant est que l'on puisse verser la médecine du côté des sciences de la nature, enjeu dont la nature ne saurait être précisée du fait de la seule cohabitation.

À défaut d'avoir cerné la nature de l'enjeu épistémologique, la rencontre médecine/anthropologie sociale n'a sans doute pas encore eu lieu. Néanmoins, à force de confrontations, le champ des lieux d'intersection possibles s'élargit. En particulier, cette confrontation a fait découvrir à l'anthropologie sociale un nouveau terrain sur lequel les médecins l'attendent peu : celui du système de santé, des institutions de soins, de la santé publique et de ses présupposés. Elle construit un nouvel objet en étant fidèle à la démarche holiste qui la caractérise : le « développeur », qu'il soit responsable de santé publique ou autre, n'est pas un acteur neutre, transparent, dont l'activité de *développement*, terme nécessaire et suffisant d'autolégitimation, s'exercerait au profit de populations qui attendent d'être développées et constituent par là-même le seul objet d'interrogation. Le « développeur », le médecin sont des acteurs de la situation au

même titre que les individus concernés (RAYNAUT, 1989) ; ils sont en fait aussi opaques que la population sur laquelle ils sont censés agir. Dès lors, les notions qui fondent les démarches épidémiologiques ou de santé publique deviennent aussi les objets des sciences sociales : l'attitude des personnels de santé n'est-elle pas également responsable des mauvais résultats sanitaires (cf. D. FASSIN, p. 23-36) ? L'usage flou de la notion de « risque » n'autorise-t-il pas toutes les contorsions, pour induire des relations causales qui satisfont à une certaine idée du développement (cf. M. E. GRUÉNAIS et F. DELPEUCH, p. 37-55) ? La notion de soins de santé primaires, forgée pour les pays en développement, ne trouve-t-elle pas sa meilleure application dans les pays développés (cf. B. HOURS, p. 123-141) ? La volonté d'intégration des tradipraticiens au dispositif de santé ne renseigne-t-elle pas davantage sur le second que sur les premiers (cf. E. K. TALL, p. 67-81) ?

Certes, on pourrait considérer qu'en adoptant de telles positions critiques, les anthropologues se donnent le beau rôle en habillant leur démarche de pluridisciplinarité, tout en demeurant totalement étrangers à l'action dans laquelle les médecins sont nécessairement impliqués (7). Cependant la position critique peut apparaître légitime dès lors que l'ordre médical parsème ses discours de notions sociologiques. Quelles réalités recouvrent les notions de « communauté » ou de « groupe » dans des projets de soins de santé primaires ? N'est-il pas remarquable, par exemple, de lire dans un article récent de G. PIALOUX et L. MONTAGNIER (1991) que « stress et comportement » apparaissent dans le tableau des « co-facteurs suspectés dans l'infection à VIH » sans autre explication ? Autant médecins et épidémiologistes font preuve d'une très grande précision et d'une très grande prudence pour tout ce qui touche à la pathologie elle-même, autant l'utilisation *in fine* de grandes catégories comme celles de groupe, de comportement, etc. mériterait que l'on en précise le contenu en collaboration avec les sciences sociales, pour ne pas donner l'impression que l'on a recourt à l'organisation sociale ou au comportement individuel dès que la démarche scientifique « dure » ne suffit plus. Cette position critique, et la nouveauté vient peut-être de là, ne cantonne pas nécessairement l'anthropologue dans une position d'observateur. Il peut être amené à devenir un acteur au sein du dispositif de

(7) Il est évident qu'une telle critique ne concerne pas seulement la relation anthropologie/médecine ; elle s'inscrit en général des relations entre chercheurs en sciences sociales et acteurs du développement, quels que soient la formation initiale et le domaine de ces derniers. Au sujet de la place de l'anthropologie sociale dans le champ des rapports connaissance/action, on pourra se reporter à la première livraison du bulletin de l'Association euro-africaine pour l'Anthropologie du changement social et du développement (APAD, 1991).

développement sanitaire et peut dès lors à devoir prendre partie pour une voie plutôt qu'une autre, comme en témoigne l'article de J. CHIAPPINO (cf. p. 99-121).

Les articles réunis dans ce numéro constituent autant de tentatives de déplacement du champ de la collaboration entre santé publique et anthropologie ; les auteurs ont pris le parti d'interroger des pratiques de santé publique, mais aussi l'apport possible de leur propre pratique, plutôt que de verser dans le « facteur culturel ». En ces temps d'ajustement structurel et de crise économique, de nécessité de contrôler les dépenses de santé en favorisant la prévention, les demandes à l'égard des sciences sociales s'accroissent, alors, qu'en retour, les anthropologues se préoccupent de plus en plus d'être en prise sur le développement économique et social des groupes humains. La crise prend un tour exemplaire dans le domaine de la santé avec le sida qui remet en cause la notion de « guérison », dont la propagation ne peut être limitée qu'en s'adressant aux *comportements*, et dont L. VIDAL (cf. p. 83-98), à propos de la Côte-d'Ivoire, nous dit qu'il constitue une véritable mise à l'épreuve du système sanitaire moderne. Ne s'agit-il pas, dès lors, pour les anthropologues et les sociologues d'investir des champs significatifs d'une crise d'identité de la pratique médicale, ne serait-ce que parce qu'ils sont les spécialistes des crises et des identités ?

Adopter une position critique à l'égard de la pratique médicale ou de santé publique risque sans doute, dans un premier temps, d'accroître les difficultés de collaboration entre médecine et anthropologie sociale. Mais, la mise en évidence de la vision de l'homme, qui sous-tend les pratiques de santé publique, pourrait permettre d'affiner des instruments de mesure et d'action, en soulignant combien le développement sanitaire ressortit à une négociation entre développeurs et développés. Nous sommes sans doute encore aujourd'hui à une situation de « communication inter-culturelle » entre médecine et anthropologie, où le stade du malentendu n'a pas été dépassé. Mais, pour reprendre une notion empruntée à P. BOHANNAN et M. SAHLINS et utilisée par J. F. BARE (1985) dans un tout autre contexte, ce malentendu n'en sera pas moins un « malentendu productif ».

BIBLIOGRAPHIE

- APAD, 1991. — Bulletin n° 1, Montpellier.
 AUGÉ (M.), 1975. — *Théorie des pouvoirs et idéologie*, Paris, Hermann.
 AUGÉ (M.), 1986. — L'anthropologie de la maladie, *L'Homme*, 97-98, XXVI (1-2) : 81-90.
 BARE (J. F.), 1985. — *Le malentendu Pacifique*, Paris, Hachette.

- CLAVREUL (J.), 1978. — *L'ordre médical*, Paris, Seuil.
- DOZON (J.P.), 1985. — Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil, *Sciences sociales et Santé*, III (3-4) : 27-56.
- DURKHEIM (E.), 1968 (1^{re} éd. 1912). — *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF.
- FOSTER (G. M.), 1983. — Introduction à l'ethnomédecine, in *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Genève, OMS : 17-24.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1991 (a). — L'anthropologie médicale en Europe. État de la question et perspectives, *Journal des Anthropologues*, 43-44 : 205-209.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1991 (b). — Où en est l'anthropologie médicale appliquée ? *Journal des Anthropologues*, 43-44 : 211-216.
- HAGENBUCHER-SACRIPANTI (F.), 1981-82. — La représentation culturelle traditionnelle de la trypanosomiase dans le Niari (République populaire du Congo), *Cah. Orstom, sér. Sci. Hum.*, vol. XVIII, n° 4 : 445-473.
- HERZLICH (Cl.), 1978. — Le développement de la sociologie de la médecine, en France, et son contexte, in *Santé, Médecine et Sociologie*, Paris, CNRS.
- KUHN (T. S.), 1983. — *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 284 p.
- LATOUR (B.). 1984. — *Les microbes : Guerre et Paix*, Paris, A.M. Métailié.
- PAUL (B. D.), et DEMAREST (W. J.), 1984. — Citizen participation overplanned : the case of health project in the Guatemalan community of San Pedro La Laguna, *Soc. Sci. and Med.*, vol. 19, n° 3 : 185-192.
- PIALOUX (G.) et MONTAGNIER (L.), 1991. — Sida et infections à VIH : l'hypothèse des co-facteurs transmissibles, *Cahiers Santé*, 1 : 47-51.
- PELT (J. M.), 1991. — L'ethnopharmacologie à l'aube du troisième millénaire, in FLEURENTIN (J.) et al. (ed.) *Ethnopharmacologie. Sources, méthodes, objectifs*, Paris, Orstom/Soc. Fr. d'Ethnopharmacologie : 20-25.
- PRINZ (A.), 1991. — Misunderstanding between ethnologists, pharmacologists and physicians in the field of ethnopharmacology, in FLEURENTIN (J.) et al. (ed.) *Ethnopharmacologie. Sources, méthodes, objectifs*, Paris, Orstom/Soc. Fr. d'Ethnopharmacologie : 95-99.
- RAYNAUT (Cl.), 1989. — L'opération de développement et les logiques du changement : la nécessité d'une approche holistique. L'exemple d'un cas nigérien, *Genève-Afrique*, 2 : 7-38.
- SCRIMSHAW (S. C. M.) et HURTADO (E.), 1987. — *Rapid assessment procedures for nutrition and Primary Health Care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness*, UCLA Latin American Center Publications.
- WHYTE (S. R.), 1989. — Anthropological approaches to African misfortune, in JACOBSON-WIDDING (A.) and WESTERLUND (D.) (eds.) *Culture, experience and pluralism. Essays on African ideas of illness and healing*. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala studies in cultural anthropology 13, Uppsala : 289-301.