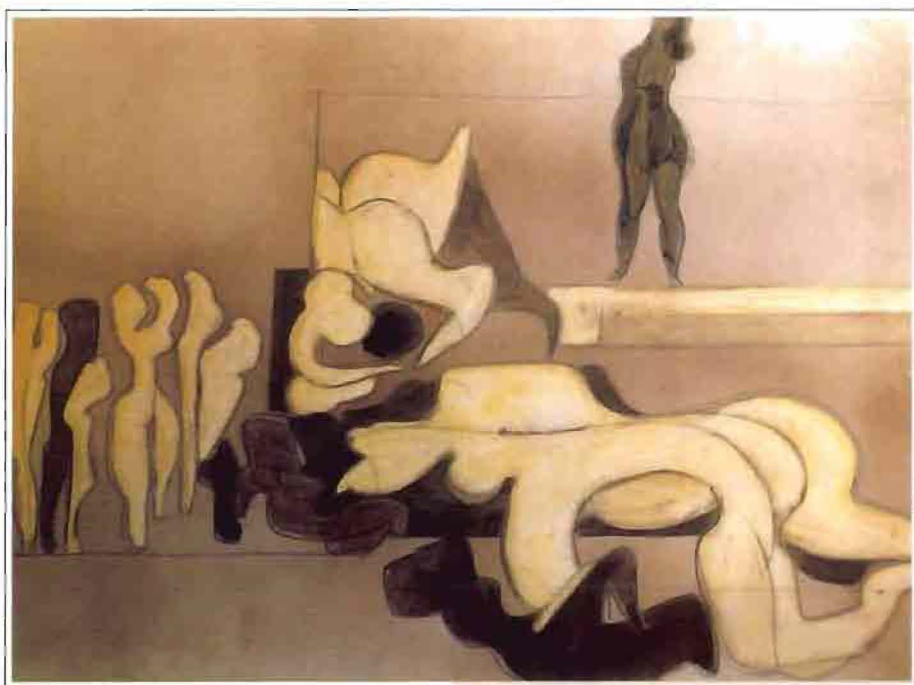

Laurent Vidal

Ritualités, santé et sida en Afrique

Pour une anthropologie du singulier



RITUALITÉS, SANTÉ ET SIDA EN AFRIQUE

Collection « Hommes et Sociétés »

Conseil scientifique : Jean-François BAYART (CERI-CNRS)

Jean-Pierre CHRÉTIEN (CRA-CNRS)

Jean COPANS (Université Paris V)

Georges COURADE (IRD)

Alain DUBRESSON (Université Paris-X)

Henry TOURNEUX (CNRS)

Directeur : Jean COPANS

KARTHALA sur internet : <http://www.karthala.com>

Couverture : A. Dupin, « Sans titre », 1988, crayon et sépia (collection de l'artiste).

© IRD Éditions KARTHALA, 2004

ISBN (IRD) : 2-7099-1551-0

ISBN (KARTHALA) : 2-84586-528-7

Laurent Vidal

Ritualités, santé et sida en Afrique

Pour une anthropologie du singulier

Éditions Karthala
22-24, bld Arago
75013 Paris

IRD
213, rue la Fayette
75010 Paris

DU MÊME AUTEUR

Rituels de possession dans le Sahel. Exemples peul et zarma au Niger, Paris, L'Harmattan, 1990.

Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique, Paris, Anthropos-Economica, 1996.

Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique, Paris, PUF, 2000.

(Éd. Sc.) « L'annonce de la séropositivité au VIH », n° spécial *Psychopathologie africaine*, 1994, XXVI, 2 (En coll. avec Collignon R., Gruenais M.-E.).

(Éd. Sc.) *Les Sciences sociales face au Sida: cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, Éditions ORSTOM, 1995 (En coll. avec Dozon J.-P.).

(Ed. Sc.) *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative Onusida/Ministère de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Paris, ANRS, 2001 (En coll. avec Msellati P. & Moatti J.-P.).

(Ed. Sc.) « Les objets de la santé », *Autrepart*, 2004, n° 29, IRD-Armand Colin.

À Blandine, ma femme,
Emma et Olivier, mes enfants.
À mes parents, Aline et Daniel

« La science moderne est, [...] dans le registre
de l'analyse réflexive que lui impose
son développement interne, conscience d'incertitude »

J.-M. Berthelot, *Les vertus de l'incertitude*,
1996, Paris, PUF, p. 259

Remerciements

Les réflexions développées dans cet ouvrage se fondent sur des recherches qui n'auraient pu voir le jour ou prendre la forme qu'elles ont finalement revêtues sans le soutien et l'accompagnement intellectuel ou amical d'un certain nombre de personnes et d'institutions. Parmi ces dernières je citerai en premier lieu l'organisme de recherche auquel j'appartiens, l'Institut de Recherche pour le Développement (ex ORSTOM) qui, depuis la préparation de ma thèse au Niger, a accompagné et soutenu les divers développements de mon parcours. L'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), par le soutien financier essentiel apporté à la plupart de mes travaux sur le sida trouvera ici la marque de ma gratitude et, en son sein, plus particulièrement, Yves Souteyrand.

Jean-Pierre Dozon est sans aucun doute le collègue et ami dont la présence, l'écoute mais aussi les conseils ont le plus compté dans la genèse et le déroulement de mes recherches, depuis les toutes premières sur les rituels de possession au Niger. Je l'en remercie.

Mon amitié et ma gratitude vont aussi à Doris Bonnet, Karine Delaunay, Marc-Eric Gruénais, Agnès Guillaume et Philippe Msellati qui, chacun dans leur domaine de compétence, ont grandement influencé mon regard sur l'anthropologie et ses connexions avec d'autres disciplines scientifiques. Mon expérience « ivoirienne » de la recherche sur le sida a par ailleurs connu une ouverture dont je suis redevable aux expériences amicalement partagées de Françoise Bourdarias, Annabel Desgrées du Loû, Claude Fay, Annie Le Palec et Gill Seidel. Je tiens aussi à remercier Francis Akindès, Auguste-Didier Blibolo, Monique Chevallier-Schwartz, Abdou Salam Fall, Jonas Ibo, Claude Raynaut, Annick Tijou, Jean-François Werner et Andras Zemleni pour les échanges toujours stimulants que nous avons eus, à Abidjan et ailleurs, notamment sur la pratique de l'anthropologie. Jean Rouch, pour la partie nigérienne de mon parcours et Claude Rivière régulièrement tout au long de celui-ci, m'ont apporté leurs encouragements et leurs regards expérimentés, ce dont je leur suis grandement reconnaissant. Je ne saurais oublier Adou Ya et Hervé Brissi qui, en m'accompagnant sur le « terrain » dans les différents quartiers d'Abidjan, ont réellement et concrètement permis que nombre de mes recherches sur le sida se réalisent : je leur associe l'ensemble des personnels du Centre IRD de Petit-Bassam (à Abidjan) qui, pendant plus de dix ans, ont quotidiennement rendu possibles mes recherches en Côte d'Ivoire. Mes remerciements vont aussi aux Dr Douhourou Coulibaly et Malick Coulibaly, acteurs centraux de la lutte contre la tuberculose et le

sida en Côte d'Ivoire, qui ont constamment accueilli avec intérêt mes travaux sur le sida.

Je rappellerai le souvenir de Jean-Marie Gibbal, qui a accompagné avec une exigence intellectuelle rare mes premiers pas de chercheur dans l'espace de la possession rituelle qui lui était cher. Enfin, je ne peux pour d'évidentes raisons de confidentialité citer le nom de personnes auxquelles je veux témoigner de ma gratitude, hommes et femmes malades du sida à Abidjan, dont bon nombre sont décédés, fort jeunes, et qui ont accepté de me donner de leur temps et de m'accueillir chez eux. Mes pensées, ici et maintenant, vont d'abord à elles.

INTRODUCTION

L'ouverture anthropologique

Soit l'image suivante, peut-être un rêve ou une naïveté : une porte à deux battants et qui possède la particularité de ne pas être insérée dans une paroi ; en somme une porte que l'on peut contourner sur sa droite ou sur sa gauche mais que, malgré tout, on est tenté d'ouvrir pour voir ce qu'éventuellement elle cache. Pour peu que le geste de l'ouvrir soit ferme voire même brutal – traduisant l'impatience de l'observateur en présence de cet objet inattendu – et alors les deux battants, dans leur élan, risquent de tourner sur eux-mêmes en oscillant dans une position inhabituelle pour une porte. L'observateur aura certes accès à ce que cette porte occultait mais par le biais d'un objet dont le fonctionnement, par ailleurs, intrigue et attire irrémédiablement l'attention. En effet, cette porte tourne, se balance sur ses montants et cet observateur ne peut s'empêcher d'en observer le mécanisme et peut-être même de prédire dans quelle position elle finira par s'immobiliser. Aussi peut-on imaginer qu'avant d'actionner le mécanisme de cette porte particulière – prenant son temps – il essaiera de mobiliser son intuition et de vagues connaissances en matière de dynamique des objets, de mouvement et de résistances pour les rapporter à une étude tout aussi rapide du terrain environnant – sa pente, d'éventuelles aspérités mais aussi la vitesse du vent. De telle sorte que, finalement, en tentant de prévoir comment se figeront ces deux battants incontrôlables, notre observateur a insensiblement été conduit à évaluer ce qui pouvait déterminer le comportement de cet objet. Le sol dans lequel est fichée cette porte singulière ? L'air qui l'entoure et la fait se mouvoir plus ou moins rapidement ? Autant d'« éléments de contexte » qui sont aussi susceptibles de caractériser plus largement le paysage que cette porte cachait si mal. Aussi, ouvrir cette porte et ne pas la contourner, être amené à comprendre son mécanisme – dans ses différents déterminants, pour reprendre une terminologie sociologique – s'avère finalement d'une grande utilité pour accéder au paysage de l'autre côté de la porte, pour le comprendre.

Cela signifie-t-il que notre observateur a décidé d'ouvrir cette porte parce que – d'intuition ou d'expérience – il savait ce sur quoi elle ouvrait, la connaissance d'un objet et de l'ailleurs qu'il révèle ? Ou encore l'a-t-il fait pour, en somme, relever le défi que représentait pour son savoir la singularité de cet objet ? En d'autres termes, faut-il savoir pour com-

prendre la singularité d'une situation ou, à l'inverse, la démarche d'appréhender les singularités est-elle une étape nécessaire dans la construction de tout savoir ? Plus qu'une tension ou un dilemme, je vois un lien entre ces deux positions : la porte a été ouverte parce qu'elle incarnait une singularité et... parce qu'elle était une porte, donc ouverture sur un ailleurs, sur une altérité. Cette brève métaphore de l'anthropologie – la porte et le geste qu'elle suscite – résume la trame de mon propos dans cet ouvrage¹. Comprendre la place de situations et d'objets singuliers dans la construction de pratiques sociales (les rituels de possession au Niger et les figures sociales du sida en Côte d'Ivoire) nécessitera un regard conjoint sur le savoir anthropologique mis en œuvre *pour* mais aussi *par* ces objets.

Objets – rituels de possession et sida – qui placent en leur centre la question des déclinaisons sociales et sanitaires du risque : dans un cas, il s'est agi des risques qui se construisent autour de ou en liaison avec la menace représentée par le sida ; dans l'autre, avec les rituels de possession, il a été question de décrire et d'analyser des pratiques qui exposent des individus (possédés et chefs de culte) et des savoirs (religieux mais aussi thérapeutiques) à des risques d'ordres multiples. Dans le même temps, cette convergence sur le thème général de l'appréhension et de la négociation des risques ne saurait signifier une continuité totale entre le terrain des rituels de possession et celui du sida. J'aurai l'occasion de le préciser, les contextes de mise en œuvre de ces recherches, leurs argumentaires et leurs objectifs obligent à appréhender avec prudence tout rapprochement plus important. Ceci étant précisé, ces deux objets, comme c'est fréquemment le cas, incitent à ouvrir la réflexion vers des recherches menées en d'autres lieux et à d'autres périodes : de même que l'étude de rituels de possession au Niger est inséparable d'une attention aux autres expressions de la possession rituelle dans l'ensemble de la bande sahélienne, et au-delà en Afrique, de même, des recherches sur le sida comme celles menées en Côte d'Ivoire ne doivent pas être isolées d'un intérêt plus large pour les formes et les défis sociaux de cette maladie en Afrique. En somme, la compréhension de la singularité de l'objet se nourrit de matériaux et d'analyses issus d'autres contextes.

Nécessaire dans tout projet anthropologique, l'ouverture aux expériences d'autres recherches sur des thèmes connexes doit, néanmoins, à son tour, éviter un écueil : celui d'un universalisme superficiel des analyses qui découlerait de rapprochements de données issues de terrains

1. Ce livre est une version réécrite et largement développée d'une Thèse d'habilitation à diriger des recherches, soutenue en mai 2001 à l'École des hautes études en sciences sociales, à Paris. Les matériaux insérés et les analyses ajoutées lors de la ré-écriture de l'ensemble des chapitres sont inédits, à l'exception, d'une part, des passages consacrés à l'éthique dans les chapitre 8 et 9, qui reprennent pour partie un texte récemment paru (Vidal, 2003), et, d'autre part, de la section du chapitre 10 sur les méthodes qualitatives et quantitatives (Vidal & Desgrées du Loû, 2001).

géographiquement, culturellement voire temporellement éloignés. La question ne peut être éludée s'agissant d'études sur la possession ou le sida, qui sont tant une manifestation religieuse qu'une maladie largement diffusées dans le monde. Se pencher sur les rapports entretenus par d'autres rituels de possession avec l'islam, ou comparer les différentes formes de l'arrivée des génies parmi les hommes, au moyen de trances de possession, n'a de sens qu'à partir d'une réflexion fondée sur un travail de terrain circonscrit. La limitation de l'espace géographique couvert par l'enquête anthropologique est en somme la condition d'une prise en compte pertinente d'autres expériences de recherche. À cet égard, il me paraît nécessaire de ne pas ajouter à la dispersion, dans l'espace et dans le temps, des références anthropologiques livresques, l'éclatement des données que l'on a soi-même recueillies. Le constat est ici simple, pour ne pas dire banal : ce n'est qu'à partir d'un « noyau dur » de faits et d'observations rassemblés que l'entreprise comparative et interprétative pourra se déployer. Une même logique générale s'applique aux travaux sur le sida : plutôt que de multiplier les terrains prenant pour objet cette maladie, il me semble préférable de diversifier les approches de l'objet lui-même sur un espace relativement délimité. Unité de lieu qui, dans nombre de « terrains », n'est que relative, aussi bien d'un point de vue géographique que social : tant Abidjan que les rives du fleuve Niger sont des lieux d'échanges, de contacts de populations aux histoires et référents religieux divers (Le Pape, 1997 ; Olivier de Sardan, 1982).

Ces deux espaces se prêtent par conséquent à des études qui, à partir d'un thème générique (la possession, le sida), déclinent des approches et des interrogations variées. Si la concentration géographique de ces recherches ne revêt pas une forme de repliement, ce n'est pas uniquement parce que leurs terrains d'élection se caractérisent par une forte hétérogénéité sociale – à Abidjan – ou par des pratiques religieuses qui opèrent par emprunts, assimilations et peut-être même syncrétismes – à Niamey. L'ouverture qu'engendrent ces recherches sur la possession et le sida – et qui me paraît devoir caractériser tout exercice de l'anthropologie – tient aussi à la nature des questions qu'elles posent aux méthodes et aux objets de la discipline anthropologique. Deux points retiendront plus particulièrement mon attention au fil de cet ouvrage : le travail réflexif sur la démarche anthropologique (le rapport à l'enquête ; les liens entre méthode et éthique de recherche, déontologie et éthique) et l'ouverture de ces thèmes de recherche initiaux à d'autres objets. L'un comme l'autre doivent demeurer des exigences fortes de l'anthropologie. Ainsi, travailler sur le sida apparaît progressivement indissociable d'une réflexion sur les conditions d'une anthropologie appliquée, sur les points de rencontre entre exigences morales et déontologiques, d'une part, et contraintes méthodologiques, d'autre part. De même, engager des recherches sur la possession rituelle, mais aussi le sida, c'est inévitablement interroger la construction des savoirs, « populaires » ou spécialisés, en tant que tels et à travers les liens qu'ils entretiennent avec la pratique (organisation et déroulement du

rituel, parcours thérapeutiques des malades du sida...) : projet concrétisé dans des travaux récemment engagés au Sénégal et en Côte d'Ivoire, autour de la tuberculose et du paludisme (il en est question dans le chapitre 5). Parmi d'autres, ces différentes ouvertures de la recherche suscitent des réflexions transversales qui, au-delà d'une « anthropologie du sida » ou « des rituels de possession », relèvent de l'anthropologie religieuse ou de l'anthropologie de la maladie.

Ces modalités d'une anthropologie générale donnent corps à des préoccupations de recherche qui placent en leur centre la question du savoir, dans son contenu, son expression et sa fonction, des chefs de cultes de possession aux « chevaux de génies »², des malades du sida à leurs soignants. Sur ces deux terrains, le savoir fut tout à la fois un objet de recherche et le moyen de sa mise en œuvre : des discours et des pratiques savants, aussi bien que des connaissances non spécialisées – dans leurs contenu, transformation et transmission – ont été étudiés, en tant que tels et pour ce qu'ils permettent de saisir de pratiques sociales plus générales, comme la ritualité ou les réponses à la maladie. J'aurai l'occasion de revenir plus en détail dans les chapitres suivants sur le contenu de la notion de savoir : à ce stade de la présentation de mon propos je renverrai au constat de M. Foucault selon lequel « il y a des savoirs qui sont indépendants des sciences (qui n'en sont ni l'esquisse historique, ni l'envers vécu), mais il n'y a pas de savoir sans une pratique discursive définie ; et toute pratique discursive peut se définir par le savoir qu'elle forme » (1969 : 238-9). Cette première définition du savoir n'en exclut naturellement pas d'autres, mettant par exemple plus explicitement l'accent sur la formation pragmatique du savoir, en tant que produit d'interactions sociales et dans le même temps « processus de création de sens » bien plus que « somme de connaissances » (Massé, 1997 : 62). J'en retiendrai néanmoins, d'une part, la possible disjonction entre le savoir et la science et, d'autre part, la conjonction entre tout discours et un savoir. Ce dernier trait introduit inévitablement la question de la place du singulier dans le savoir. En effet, que ce soit dans la possession rituelle, dans l'appréhension individuelle et sociale du sida, mais aussi dans les prises en charge du paludisme et la tuberculose, nous sommes en présence de descriptions de panthéons de génies et de leurs caractéristiques, de discours de thérapeutes sur l'origine de la maladie ou de chefs de culte sur les manifestations de la possession d'un individu par un génie, de relations d'itinéraires thérapeutiques par les malades du sida, de descriptions de rapports à la prévention et à la personne infectée par le VIH, ou encore de traitements du paludisme ou de la tuberculose qui – tous – contiennent des éléments de singularité.

2. Les « possédés » ayant le plus souvent plusieurs génies, je mettrai systématiquement ce terme au pluriel dans les expressions « chevaux » ou « cheval » « de génies ».

Ce singulier se repère, naturellement, au niveau de chaque individu en tant qu'il est porteur d'expériences et qu'il propose des représentations (de la maladie, de la possession...) spécifiques et qui ne peuvent être entièrement ramenées à celles d'autrui. Pour autant, le singulier ne se réduit pas à l'individuel : il se définit avant tout par rapport à une norme, à laquelle précisément il échappe. Est singulier un comportement, une situation ou une représentation caractérisés à la fois par leur capacité à appréhender et « traiter » l'imprévu et par une inventivité, une originalité, une spécificité au regard de normes. Il me paraît essentiel, pour la suite de la réflexion sur le singulier mis en lumière *par* et *dans* l'anthropologie, de souligner la position critique, de rupture qu'il définit. Le principe de normes contestées, nuancées ou négociées par la singularité, tant du comportement décrit que des représentations analysées ou encore de la démarche anthropologique adoptée, situe en effet l'objet de la réflexion et le chercheur lui-même dans une posture nouvelle, par essence critique au regard de démarches et de situations peu marquées par une quelconque singularité. J'ajouterai par ailleurs que des éléments de singularité peuvent être communs à un groupe d'individus : ce qui ne peut qu'accroître leur capacité de distanciation voire de rupture par rapport aux normes. Le singulier ne s'oppose donc pas à une forme de collectif social, dès l'instant où l'identification de représentations et d'expériences singulières met en lumière un ensemble de contraintes, d'exigences, de négociations qui sont par définition sociales et communes à des groupes d'individus.

En d'autres termes, l'expérience d'un chef de culte n'apparaît comme singulière que parce qu'elle est inscrite dans les relations sociales avec les autres chefs de culte, les représentants de l'islam, les « chevaux de génies ». Il en est de même du parcours thérapeutique du malade du sida et, partant, de son « expérience de la maladie » : sa singularité sera d'autant plus marquée qu'elle renverra à des relations familiales et à des rapports à la médecine qui, schématiquement, renvoient au fonctionnement de la société urbaine (ses solidarités et mises à l'écart ; ses tensions entre groupes de générations, d'origines et de statuts distincts). En somme, la référence au singulier ne revient aucunement à opposer l'individuel et le singulier, d'un côté, au social et au collectif, de l'autre : il n'y a de singularités que sociales, ce que N. Elias exprime, à propos de l'« individu », en remarquant qu'« il ne peut dire “je” qu'à la condition de pouvoir dire “nous” et parce qu'il le peut en même temps » (1997 : 105).

Cette compréhension générale du singulier constituera la trame de mon propos dans les deux temps qui le structurent. Elle s'accompagnera d'une réflexion qui, progressivement, confrontera l'étude anthropologique des savoirs profanes et spécialisés à celle des savoirs anthropologiques ainsi constitués. Dans la première partie sera proposée une lecture des recherches effectuées au Niger sur les rituels de possession, en Côte d'Ivoire sur le sida et dans ce pays et au Sénégal sur les pratiques médicales de prise en charge du paludisme et de la tuberculose, à partir d'une

série de thèmes : la ritualité, l'expérience, le savoir et enfin la clinique et sa prise en charge. Autant d'approches qui, si elles mobilisent tantôt plus nettement les matériaux de terrain sur la possession, tantôt plutôt ceux sur le sida, ne s'interdiront pas des mises en perspective et comparaisons, avec toute la prudence – évoquée précédemment – que ce type d'exercice nécessite. Les figures de la singularité, que donne notamment à voir la construction des savoirs, seront toujours au cœur de la seconde partie de l'ouvrage, mais autour d'une réflexion épistémologique nettement affirmée. L'objectif est ici de situer le projet d'une anthropologie de l'expérience clinique en Afrique, amorcé au terme de la première partie, au regard d'une lecture comparée de l'anthropologie et de la médecine comme sciences. Ce qui m'amènera à exposer quelques-uns des enjeux méthodologiques et éthiques d'une démarche anthropologique plaçant en son centre l'argument du singulier comme accès au social, et qui porte sur des objets relevant aussi bien du religieux que de la clinique. Retour sur l'objet, analyse réflexive, qui sera systématisée dans les deux derniers chapitres : pratiquement et à titre d'exemple, le lien entre connaissance et pratique identifié et interrogé chez les soignants, les malades ou tout autre acteur social, sera aussi questionné au sein de la discipline anthropologique elle-même. La volonté de ne jamais exclure du traitement d'un objet anthropologique un travail réflexif sur la construction de l'objet, l'interprétation et l'écriture en anthropologie se formalisera dans le projet d'anthropologie du singulier, proposé en conclusion. En effet, nous avons là la conjonction d'un projet anthropologique (qu'est-ce que le singulier ?) et indissociable de lui, d'un projet de connaissance de l'anthropologie (la place du singulier dans ses méthodes et, plus généralement, la singularité de sa démarche dans les sciences sociales) ; l'un, en somme, ouvrant nécessairement sur l'autre.

PREMIÈRE PARTIE

SINGULARITÉS

Étudiant le développement de l'anthropologie en Inde, J. Assayag pose le terrain comme un « assortiment d'accidents et de nécessités rétrospectivement transformés en assemblage » (1998 : 166). Nombre d'anthropologues s'accordent sur ce constat – matière de récits introspectifs fondateurs de la discipline (Malinowski, 1985), de propos ironiques (Barley, 1992) ou d'approches plus théoriques (Kilani, 1994). Ces réflexions sur le terrain, montrent, en tout temps et en tous lieux, l'aspect éminemment construit du rapport que l'anthropologue entretient avec celui-ci. Le « rapport » en question s'exprime à la fois dans le contact avec la société d'accueil de l'anthropologue, l'accès à l'information à travers le rôle cardinal de l'informateur mais aussi dans les opérations de mise en forme – analyse et écriture – des données recueillies, fortement modelées par leurs conditions de collecte. Partant d'une acception large du « rapport au terrain » il apparaît ensuite nécessaire de porter son attention sur deux questions qui renvoient aux particularités de ce terrain. Tout d'abord, le terrain n'est pas qu'un ensemble de situations (pratiques, connaissances, institutions...) auxquelles l'anthropologue est confronté et que, ce faisant, comme cela été dit, il participe à construire : le terrain n'existe qu'en fonction d'un objet sur lequel porte le regard de l'anthropologue. Une seconde question se pose alors qui est de comprendre comment, et avec quelles conséquences sur le travail anthropologique, les caractéristiques de l'objet de recherche spécifient le « rapport au terrain ». Il s'agit là d'appréhender les « universaux », largement décrits dans la littérature anthropologique, de ce qu'« est » un terrain (un moment et un lieu où se développent et se transforment réflexion et relation à l'autre) à la lumière des particularités de l'objet étudié. Le terrain tend trop fréquemment et paradoxalement à devenir un thème de réflexion « désubstantialisé », et dont l'analyse du « fonctionnement » conduit peu à peu à occulter le fait essentiel qu'il n'existe pas en tant que tel, ou parce que l'anthropologue s'y intéresse, mais aussi en liaison avec un objet précis. Cela signifie que l'on ne peut se pencher sur la signification et les enjeux d'un terrain en milieu hospitalier, auprès de personnels de santé, ou d'un autre situé dans le quartier d'une grande ville auprès de malades du sida, sans *ipso facto* intégrer à l'analyse réflexive de ces terrains les questions de recherche que l'on s'y est posées.

Tout en illustrant cette mise en rapport du terrain et de l'objet par un retour sur mes recherches au Niger et en Côte d'Ivoire, je serai amené dans les chapitres suivants à effectuer une seconde « liaison ». De même qu'il me semble vain de traiter la question du « terrain » indépendamment de la variable centrale que constitue la nature de l'objet déployé dans ce terrain, on ne peut non plus l'isoler d'une réflexion sur les résultats produits par l'analyse anthropologique. Plus exactement, l'objectif est ici de montrer que les analyses effectuées – sur tel ou tel terrain, autour de

tel ou tel objet de recherche – concourent à la définition même du terrain, que ce soit au moment où elles sont élaborées ou *a posteriori*. Aussi, lorsque je m'arrêterai – à partir de mes recherches sur la possession rituelle, les réponses individuelles et sociales au sida, ainsi que, plus marginalement, les prises en charge du paludisme et de la tuberculose – sur la construction de la ritualité (chapitre 1), l'expérience de la maladie (chapitre 2), le rapport aux risques (chapitre 3), les expressions des savoirs (chapitre 4) et de la clinique (chapitre 5), ce sera dans la perspective de fournir des données et d'avancer des analyses qui, au-delà de leur contenu informatif, permettent d'éclairer la façon dont se construit un travail de terrain. Ce faisant, l'exercice comparatif autour de ces thèmes sera aussi le lieu d'un premier travail réflexif sur une anthropologie du singulier s'élaborant.

1

Ritualités

Si la mise en miroir de terrains et d'objets *a priori* éloignés comporte le risque de rapprochements artificiels, il n'en demeure pas moins que, dans le cas des recherches que je voudrai plus particulièrement évoquer dans les pages qui suivent (la possession et le sida), la question de la ritualité se trouve déclinée à des degrés divers. Au point de révéler une pluralité d'expressions rituelles que j'aborderai, dans un premier temps, dans le cas de la possession au Niger pour suggérer une lecture du rituel en termes de poursuite d'objectifs précis par ses acteurs. Interprétation que j'illustrerai ensuite par les figures de la prise en charge du sida, notamment proposées par la relation du soignant avec le malade.

Le terrain

Les dimensions religieuses et symboliques spontanément attachées aux phénomènes de possession, d'une part, leur tradition d'étude dans l'anthropologie française, d'autre part, en font un thème de recherche particulièrement stimulant, ne serait-ce que par le degré fort d'« énigme » dont ces pratiques sont porteuses : que signifie la possession pour les sociétés dans lesquelles elle se développe ? Quel est le statut du possédé ? Quel rôle y occupent la maladie, la suggestion, la mise en scène ?, sont parmi les questions générales qui se posent alors. Dès l'instant où se manifeste un intérêt initial de cet ordre, la littérature anthropologique française oriente de façon « naturelle » vers les travaux d'africanistes (de M. Leiris, 1980, à J.-M. Gibbal, 1981, en passant par J.-P. Olivier de Sardan, 1982, J. Rouch, 1960, G. Rouget, 1979 ou A. Zempleni, 1966) ou d'américanistes ayant travaillé sur des cultes qui trouvent pour partie leur origine en Afrique (R. Bastide, 1972 ; A. Métraux, 1958 ; P. Verger, 1954). Orientation qui, naturellement, n'est pas l'expression fidèle de l'aire d'extension des phénomènes de possession, voire du chamanisme, répandus bien au-delà du continent africain (Rouget, 1979). Le choix de l'Afrique – fort banalement – s'explique aussi en partie par les liens originels entre le développement de l'ethno-

logie (plus exactement de l'ethnographie) et l'histoire coloniale de la France. Nous savons que la tradition des recherches africanistes en France prend sa source dans l'entreprise coloniale, qui lui a fourni quelques-uns de ses plus marquants travaux ethnographiques, parmi lesquels ceux de M. Delafosse (Delafosse, 1972 ; Amselle & Sibeud, 1998 ; Piriou & Sibeud, 1997). Empreinte sur les recherches anthropologiques tout autant que sur l'image que l'on peut en avoir qui, ajoutée à la diversité réelle des pratiques de possession sur le continent, conduit au choix de *ce* thème de réflexion, sur *cet* espace géographique. En somme, de tels choix – dans leurs thématiques et localisations générales – s'inscrivent dans le prolongement d'une tradition complexe où s'enchaînent les images de la colonisation, de l'africanisme et de pratiques rituelles à vocation religieuse porteuses de multiples interrogations.

À ce choix général et relativement commun s'est ajouté, me concernant, celui de l'espace linguistique peul. Je souhaite m'arrêter ici sur ses motivations non pas tant pour évoquer un parcours personnel que pour souligner le lien qui existe entre les spécificités sociales et religieuses d'un espace donné (le pays peul) et celles de l'objet de recherche élaboré. Je préciserai tout d'abord que la décision d'ancrer l'étude d'un objet dans un espace linguistique donné est commune à nombre de travaux anthropologiques. Les raisons plus spécifiques du choix de la langue peul sont principalement d'ordre pratique. Tout d'abord, compte tenu de l'extension géographique en Afrique sahélienne des parlers peul (du Sénégal au Soudan, d'ouest en est), une connaissance du peul multipliait les possibilités géographiques de terrains de recherche, en différents lieux de la bande sahélienne. Constat pouvant être effectué pour d'autres grandes langues véhiculaires en Afrique et qui, dans le cas présent, prend une signification particulière quand on connaît, par ailleurs, la large diffusion de la possession rituelle en Afrique de l'ouest, sahélienne en particulier. En second lieu, la possibilité de suivre un enseignement de certaines de ces langues transnationales à l'Institut national de langues et civilisations orientales, si elle ne peut se substituer à l'apprentissage qui résulterait d'une présence sur le terrain, possède néanmoins l'intérêt d'ouvrir à diverses facettes des cultures en question. On est alors en mesure, dans le cas du peul, d'approcher la « culture peul », par le biais de l'étude de sa littérature, des variations de ses différentes formes dialectales mais aussi de sa construction sémantique¹. Le peul est, du fait même de sa structure,

1. Le peul est en effet une langue dite « à classes », ce qui signifie, très schématiquement, que les mots – substantifs, qualificatifs – possèdent, suivant leur signification, donc le champ sémantique auquel ils appartiennent, un suffixe commun et se répartissent dans des classes différentes (Labatut, 1982). Système dont l'étude ouvre d'emblée aux conceptions locales du corps, de la nature, de la vie sociale ou des techniques. Ajoutons que l'on parle de la « langue peul », par généralisation, mais que, de fait, on apprend un parler ou une forme dialectale de cette langue : ce sera le parler de l'Adamawa au Nord Cameroun, du Maasina au Mali ou du Fuuta Jalon en Guinée. J'ai en ce qui me concerne approché le

l'exemple par excellence d'une langue dont la connaissance de la morphologie et de la syntaxe ouvre à des représentations du monde que la pratique, dans un second temps, permet d'affiner : l'immersion dans la linguistique du peul est aussi alors inévitablement une initiation à l'ethnologie des mondes peul. Pluralités de « mondes » qui renvoie à la diversité des parlers peul, s'accompagnant toutefois d'une relative inter-compréhension dans de vastes aires géographiques. Aussi, la langue peul, par les possibilités de communication à large échelle qu'elle offre allant de pair avec des différenciations locales (dans le vocabulaire, empruntant à celui des groupes culturels voisins, mais aussi au niveau syntaxique), se présente comme une métaphore de la démarche anthropologique : elle permet de repérer les agencements locaux de pratiques et de représentations qui renvoient – dans des proportions et avec des enjeux que l'anthropologue se fixe pour objectif d'évaluer – à des tendances générales, des universaux.

Aux choix de l'objet et de l'aire linguistico-culturelle au sens large, il importe alors d'associer celui d'un espace géographique délimité, sur lequel s'exprime par définition la démarche anthropologique : le « terrain ». Je remarquerai à cet égard que l'anthropologie religieuse francophone a produit depuis plusieurs décennies un nombre remarquable d'études sur les rituels de possession au Niger. Les premiers travaux connus, relevant d'une démarche ethnographique, ont été le fait, dès les années 1920-1930, d'administrateurs coloniaux : ce fut le cas de Gilbert Vieillard, dont j'ai eu la possibilité d'étudier en 1985 le Fonds, conservé à l'Institut Fondamental d'Afrique Noire à Dakar – puis de René Dutel (1946). A ces figures historiques de l'ethnographie de la possession au Niger j'ajouterai Jean Rouch (1960). Par la suite, des anthropologues comme J.-P. Olivier de Sardan (1982), en pays zarma dans l'ouest du pays, J. Nicolas (1967 et 1972) et N. Echard (1978) en pays hausa ont investi les recherches sur ce thème. Si l'on ajoute les contributions de la recherche nigérienne (F.-A. Diarra, 1971 ; B. Gado, 1980), on dispose de connaissances qui, pour riches qu'elles soient, sont restées principalement focalisées sur deux grands groupes culturels : songhay-zarma et hausa. A l'exception de mentions dans les travaux de G. Vieillard (Vidal, 1992-c) et de rares notes sur l'observation de quelques pratiques, nous avons fort peu de données sur la présence de rituels de possession en pays peul. En revanche, l'existence, depuis la période coloniale, de « foyers animistes » peul en différents endroits de la bande sahélienne était attestée : notamment sur la rive occidentale du Niger, dans la région de Niamey, dans des villages peul au contact des Zarma et des Songhay. La présence de tels « foyers » n'a pour autant pas suscité de travaux approfondis sur l'existence de pratiques de possession rituelle, situation qui s'accordait avec l'image – suffisamment englobante pour tendre vers le stéréotype reli-

peul par le parler de l'Adamawa, qui se trouve être très proche de celui des populations peul de l'ouest du Niger.

gieux – d'un pays où l'influence d'un islam orthodoxe présent de longue date empêchait, pour une part, toute entreprise de ce type. Autant le postulat d'une inévitable résistance des Peul à des pratiques réprouvées par l'islam semblait devoir être assez largement pondéré, autant celui de liens d'échange avec les populations zarma installées sur la rive opposée du Niger n'apparaissait guère contestable : la lecture des matériaux historiques et anthropologiques sur la question suggère la possibilité, parmi ces échanges et dans le cadre des pratiques « animistes » évoquées, d'une diffusion du rituel de possession originellement pratiqué par les Zarma.

La formulation de cette hypothèse – intégrant le principe d'échanges ou de transferts de pratiques, et s'interrogeant sur les limites du rapprochement peul *donc* musulman *donc* opposé à toute manifestation animiste (dont le culte des génies) – s'inscrivait pour partie dans le prolongement de classiques de l'anthropologie des rituels de possession² qui se penchent sur des pratiques religieuses en marge de la religion dominante. Pour partie, seulement, dans la mesure où ce qui est questionné ici est, fondamentalement, l'emprunt de cette pratique rituelle à un autre groupe culturel, retrouvant par ce biais un des enjeux de toute anthropologie : étudier comment se reproduit et s'adapte une pratique (ici religieuse) d'un groupe culturel à l'autre.

Le caractère implicitement flou des contours de cette notion de groupe culturel correspond bien à la nature des liens sociaux, religieux et linguistiques des populations zarma et peul de cette région. Entendons-nous bien : les Zarma et les Peul ne sont pas des populations indistinctes. Elles sont installées dans des espaces géographiques différents qui renvoient à une histoire, réelle ou mythifiée, relativement spécifique. Cependant, en se côtoyant depuis des décennies, Zarma et Peul commercent ensemble. De plus, ils partagent la même religion, l'islam, et les Peul sont assez largement zarmaphones. Enfin, la délimitation d'espaces géographiques (de part et d'autre du fleuve) n'est en aucune façon la marque d'une frontière : des villages zarma se sont installés sur la rive occidentale du Niger en « pays peul ». Pour autant, on se dira « Peul » ou « Zarma », et un des éléments cardinaux de cette identité est constitué par la langue. Il y a là une forme d'affiliation culturelle minimale par la négative : n'est pas Peul (ou Zarma) celui qui ne parle pas le peul (ou le zarma). Ce rapport à la culture est bien entendu « minimal » et doit être enrichi par un examen des pratiques matrimoniales ou des activités agricoles (avec la place centrale de l'élevage dans la « culture » peul). L'importance de ce socle linguistique a par ailleurs « rencontré » le constat de la place essentielle occupée par les manifestations verbales dans tout rituel de possession. Les plus remarquables d'entre elles sont les devises récitées par les offi-

2. Je renvoie ici aux travaux menés bien au-delà du seul Niger, que ce soit ceux de M. Leiris (1980) en Éthiopie, de J.-M. Gibbal (1981) au Mali ou d'A. Zempleni (1966) au Sénégal.

cians du rituel, à destination des génies que l'on souhaite voir « descendre » sur les hommes, les dialogues qui s'établissent ensuite entre ces génies et les hommes, ainsi que les déclarations publiques des génies, lors des rituels.

Je reviendrai plus loin sur les enseignements d'une analyse comparée des propos tenus par les génies et les hommes, dans le contexte rituel, pour m'arrêter maintenant aux éléments contextuels et méthodologiques de cette recherche. Il est essentiel sur ce point de défendre le choix d'ancrer sa démarche de recueil des données dans un espace restreint, à l'échelle d'un quartier ou d'un village. À cet égard, durant mes différents séjours au Niger (de 1984 à 1988), j'ai côtoyé les habitants d'un village peul (Kareygorou, situé au bord du Niger, sur sa rive occidentale, dite « rive droite », à une vingtaine de kilomètres en amont de Niamey) impliqués dans le rituel de possession alors pratiqué et les ai suivis dans leurs diverses activités : préparation et déroulement des rituels – réguliers ou occasionnels –, organisés dans le village ou dans un village voisin. Parallèlement à cette phase habituelle d'observation des activités d'un groupe, des entretiens réguliers ont été réalisés et enregistrés avec les différents acteurs du rituel pratiqué à Kareygorou : responsables du culte (*zima*), récitant des devises d'appel des génies (*sorko*), personnes susceptibles d'être possédées par les génies (littéralement « chevaux de génies »). C'est ici qu'intervient l'indispensable médiation de l'informateur-interprète. Bien que comprenant le peul et compte tenu du « niveau de langue » des discussions sur certains aspects du rituel et de l'organisation du monde des génies, j'ai été assisté par un informateur du village qui, dans ces occasions, découvrait un pan des activités de ses voisins dont il ignorait assez largement la teneur. Sa proximité avec nos interlocuteurs n'était donc pas une familiarité « de l'intérieur » et réduisait quelque peu – mais bien entendu sans jamais l'annuler – le risque d'une traduction qui soit une interprétation fonction de sa connaissance préalable (en l'occurrence réduite) des sujets abordés. Travailler avec une personne non directement partie prenante du monde des génies et des *zima* assurait un regard, non pas expressément extérieur, mais à tout le moins distant, préférable à celui par exemple d'un proche de *zima* ou d'un « cheval de génies »³ : le travail de l'informateur aurait alors perdu sa nécessaire fonction de médiation, pour investir le registre du témoignage indirect – « fonction » que l'on est en droit d'attendre de nos interlocuteurs mais pas de l'informateur-interprète. Par ailleurs, ma connaissance de la langue peul, si elle ne me permettait pas d'avoir une discussion suivie sur des questions aussi spécialisées, me donnait néanmoins la possibilité de comprendre la teneur générale de nos dialogues et donc d'en réorienter le cours, en particulier dans les cas où la formulation

3. La métaphore de la monture, du cheval, est extrêmement répandue dans les rituels de possession pour désigner la personne qui « a » un ou de génies : c'est-à-dire qui est susceptible d'être possédée par un génie.

en peul de la question posée m'apparaissait soit imprécise, soit porteuse de contresens. Contresens toujours possibles précisément parce que cet informateur ne possédait pas une connaissance « de l'intérieur » des pratiques de possession. Le travail ultérieur de transcription et traduction des entretiens bénéficiait par conséquent du même dispositif (traduction littérale par l'informateur et vérification par moi de sa cohérence avec les éléments de contexte dont j'ai déjà connaissance – par exemple quand il est question d'évocations métaphoriques de génies, de leurs traits de comportement ou de caractère).

Que peut-on déduire de ces quelques considérations méthodologiques ? Essentiellement, réaffirmer la nécessité pour l'anthropologue de trouver, dans le partage des tâches avec l'informateur, ce que l'on a coutume d'appeler la « juste distance » : ni extériorité totale de l'anthropologue (ignorant tout de la langue ou des grandes lignes des pratiques religieuses, objet de l'étude) ou de l'informateur (il va de soi que travailler avec une personne étrangère à la culture en question – en l'occurrence un non peul – n'aurait pas facilité les prises de contact avec les habitants de ce village et les acteurs de ces rituels) ; ni proximité complète, non seulement de l'anthropologue, mais aussi de l'informateur. S'agissant de la proximité de l'anthropologue – sur laquelle je reviendrai plus longuement dans la deuxième partie de l'ouvrage – il va de soi qu'elle ne peut jamais être entière, car l'anthropologue, qu'il soit français ou peul, se situe toujours lui-même et est toujours perçu par ses interlocuteurs comme occupant une position extérieure – par le simple fait qu'il instaure une relation d'observation et de questionnement particulière et spécifique, par conséquent non réductible à celle que pourrait établir un membre du groupe.

À partir des informations et indications obtenues auprès des *zima* de ce village, un certain nombre de responsables de rituels ont été rencontrés dans tout le pays peul de la « rive droite » du Niger, mais aussi dans des villages zarma. J'ai par ailleurs régulièrement travaillé avec des *zima* de Niamey, eux aussi zarma, en suivant notamment chaque année le *yenendi*, cycle de rituels qui clôt la saison sèche. L'objectif était là de comparer, autour de rituels largement décrits dans la littérature ethnologique, des pratiques contemporaines, développées les unes en pays peul, les autres dans un milieu zarma. La compréhension du fonctionnement et des spécificités des rituels de possession dans cette aire peul, si elle passait en effet par une forme de monographie d'un rituel et sa mise en parallèle avec des pratiques analogues mobilisant d'autres acteurs (Peul de la « rive droite » ou Zarma), supposait aussi une connaissance précise de leurs tenants historiques. À cet égard, m'intéressant au « monde peul » en général, je savais que Gilbert Veillard, administrateur colonial dans différents « Territoires » de l'Afrique Occidentale Française de 1926 à 1939 et féru de « culture peul », avait rédigé des notes et recueilli des informations sur les pratiques « animistes » des Peul de la région de Niamey, faisant état de génies et de scènes de possession. À l'Institut Fondamental Afrique

Noire, à Dakar, où est conservé le Fonds Veillard, j'ai donc eu accès à des documents qui témoignent de la présence de rituels de possession, entre 1927 et 1930, dans la région où se déroulait ma recherche. Ces feuillets manuscrits comprennent des descriptions de rituels ainsi que des devises de génies ou des explications sur l'organisation de leur panthéon, obtenues auprès d'un informateur peul de cette région. Ils constituent le plus ancien témoignage écrit de la présence – dans les villages peul de la rive occidentale du Niger – de pratiques non seulement « animistes » ou « païennes » (pour reprendre la terminologie des administrateurs coloniaux soucieux de mesurer le degré d'adhésion à l'islam des populations sous leur responsabilité) mais, très précisément, de possession rituelle, empruntées aux voisins zarma (Vidal, 1992-c).

De la possession au sida : diversités rituelles

Sur la base de matériaux de recherche divers (descriptions de cérémonies observées, séries d'entretiens, recueil de devises de génies – en et hors contexte rituel –, documents d'archives) a émergé une analyse des rituels de possession où les thèmes de la ritualité, du savoir, de la maladie, du désordre et du discours demeurent récurrents (Vidal, 1990-a ; 1990-b ; 1992-b). Je m'intéresserai dans les pages qui suivent aux formes et enjeux de la ritualité, en prenant naturellement appui sur les pratiques de possession, mais aussi en ouvrant la lecture de cette notion à certaines expressions de la prise en charge du sida.

Tout d'abord, quelques considérations terminologiques. Selon qu'on les appelle cultes, rituels, voire même cérémonies de possession, les différentes activités organisées autour du rapport entre les hommes et les génies renvoient, de façon spontanée, à autant d'images générales de la possession : religieuses, dans le cas de « cultes » ; répétées et hautement formalisées, lorsqu'il est question de « rituel » ; spectaculaires et théâtralisées, à travers le terme de « cérémonie ». Cette partition générale⁴ n'exclut bien évidemment pas des passages et des échanges entre chacune de ces représentations et catégorisations anthropologiques de la possession. Ainsi, évoquer un *culte* c'est supposer la présence d'un *rituel* : de même, une *cérémonie* récurrente et très formalisée dans son déroulement se verra qualifier de *rituelle*⁵. À l'intersection de ces diverses dénominations

4. Notons qu'elle traverse la littérature anthropologique, de M. Leiris (1980), dont l'analyse sur la théâtralisation de la possession est célèbre, à J. Rouch (1960), qui inscrit la possession en pays zarma dans un registre culturel, de relation avec des divinités.

5. De ce point de vue, le rituel peut aussi bien être religieux que séculier (Rivière, 1995).

du fait rituel, la possession par les génies renvoie, au Niger, à quatre types généraux de manifestations du rapport aux génies : en prévision de la saison des pluies (le *yenendi*), en vue de l'« initiation » du futur « cheval de génies » (l'« époussetage » et la « danse ») ou afin de solliciter la médiation des génies dans des situations conflictuelles. Je vais dans un premier temps m'arrêter sur le déroulement et les enjeux du *yenendi* et de la « danse ».

En matière de prise en charge du sida, la démarche rituelle se repère tant au moment de l'interaction entre le soignant et le patient – autour du moment-clé, fondateur de l'expérience de la maladie, que représente l'annonce de la séropositivité – que dans l'usage rhétorique effectué de notions par les acteurs – politiques, associatifs, médicaux – de ce que l'on appelle la « lutte contre le sida ». Je débiterai donc cette mise à l'épreuve de la notion de rituel par des matériaux *a priori* fort divers, en m'arrêtant à la consultation annuelle des génies que représente, au Niger, le *yenendi*.

La consultation des génies

Le *yenendi* (« faire frais », en zarma) est le seul grand rituel intervenant à un moment précis de l'année : en principe, le 7^e jour du 7^e mois de la saison sèche. Il vise à demander aux génies qui gouvernent l'arrivée des pluies d'être cléments avec le pays, et de faire en sorte qu'une sécheresse ne le frappe pas. Cette demande prend souvent la forme d'une série d'interrogations. La foudre va-t-elle frapper ? Les pluies seront-elles abondantes ? Le mil produit permettra-t-il de nourrir le village, le quartier, la région, le pays dans son ensemble ? Un dialogue s'instaure alors entre les génies et les hommes – au premier rang desquels les *zima* – sur les conditions qui doivent être réunies pour se concilier les faveurs de ces génies. Il peut s'agir ici aussi bien de demander aux génies de pardonner les « fautes » commises par le groupe et susceptibles de déclencher leur colère (et partant une mauvaise saison des pluies) ou, plus directement, de s'enquérir des actions à mener ou des attitudes à adopter pour, dans la continuité de la situation actuelle, s'assurer que la famine ne sévira pas. Ces discussions peuvent donc revêtir la forme d'échanges consensuels, entre les *zima* et les génies, ou de propos critiques : les génies reprochant aux *zima* de n'avoir pas respecté leurs consignes consécutives au précédent *yenendi* ou d'avoir laissé se développer, dans le groupe, des dissensions ; les *zima*, de leur côté, tout en promettant de répondre à ces demandes, faisant remarquer aux génies qu'ils ne les ont pas toujours écoutés durant la dernière saison des pluies, contrairement aux promesses faites. En somme, le *yenendi* constitue un moment pendant lequel une préoccupation précise (comment se déroulera la prochaine saison des pluies ?) est rattachée à des comportements susceptibles de nuire à la cohésion du groupe. À titre d'exemple, les génies condamnent la jalousie qui marque les relations entre voisins mais aussi entre notables ou *zima*.

Pour qu'il puisse avoir lieu, ce moment de discussions et de décisions – qui s'étendait initialement sur 7 jours, mais de plus en plus réduit à une seule journée, notamment à Niamey – exige que soient réunies un certain nombre de conditions. Les *zima* doivent s'assurer le concours d'un *sorko* et veiller à ce que soient présentes les personnes susceptibles d'être possédées par les génies que l'on souhaite voir venir. Une organisation matérielle minimale est aussi nécessaire : des musiciens (frappeurs dealebasses, joueurs de violon monocorde, de tambour d'aisselle ou de hochet) sont invités et l'information est diffusée, dans les villages ou les quartiers avoisinants, sur la tenue du *yenendi*. L'objectif est donc à la fois qu'un public important assiste au *yenendi* et, surtout, que les possessions attendues interviennent. Si la présence de « chevaux de génies » est bien évidemment indispensable, celle de musiciens réputés pour leur capacité à jouer les rythmes et les mélodies qui plaisent aux génies, et de *sorko* maîtres dans l'exercice de réciter les devises louangeuses des génies représente, de l'avis des *zima*, un atout essentiel. S'assurer de la mobilisation de ces compétences et notamment de la présence de « chevaux de génies » répond à un objectif central du *yenendi* : faire en sorte que les génies qui peuvent répondre aux interrogations du groupe « viennent » sur leurs « chevaux ». En effet, leur absence signerait l'échec du rituel. Quelle que soit sa cause, cette absence serait un désaveu pour le *zima* responsable du *yenendi* et pour le groupe qui accueille ce rituel. Les causes effectives de cette situation deviendraient secondaires, que les « chevaux de génies » attendus et invités ne se soient pas déplacés ou que les *sorko* et musiciens n'aient pas réussi à « faire descendre » les génies.

Le *zima* n'a donc cessé de multiplier les efforts pour que l'organisation puis le déroulement du *yenendi* débouchent sur des possessions. Nous avons là l'objectif premier du rituel : pour le *zima*, un *yenendi* réussi est – avant le contenu des échanges avec les génies – la possibilité d'avoir pu discuter avec eux. Au terme du rituel, avec les spectateurs du *yenendi*, il marquera alors sa satisfaction d'avoir vu Dongo, Harakoy, Mari Cirey, génies de la foudre, du fleuve et de l'éclair, membres de la plus importante famille de génies, les *Tooru*. Cet objectif général de pouvoir « faire venir » quelques-uns des principaux *Tooru* s'accorde avec un certain nombre de variations, d'un *yenendi* à l'autre. En premier lieu, ce rituel n'intervient pas systématiquement le 7^e jour du 7^e mois de la saison sèche. À cela plusieurs raisons. Tout d'abord, à Niamey, les *zima* doivent composer avec les représentants des groupes musulmans (parmi lesquels l'Association islamique) et de la Mairie. Ensuite, chaque quartier doit organiser son *yenendi*, l'un après l'autre, puisqu'il n'est pas imaginable que les mêmes génies soient appelés en deux lieux différents au même moment – partant du principe qu'ils ne sont pas ubiquitaires. Par la force des choses, un certain nombre de *yenendi* ne peuvent donc s'achever le 7^e jour du 7^e mois de la saison sèche. De plus, pour qu'il puisse au moins se dérouler plutôt à la fin de la saison sèche (lorsque sont attendues les premières pluies), il ne peut évidemment pas s'étaler

sur 7 jours dans chacun des 10 quartiers de Niamey. Ajoutons enfin à cela un argument économique : l'organisation du *yenendi* sera d'autant moins onéreuse qu'il sera bref.

Le nombre de musiciens mobilisés varie lui aussi, et peut être compris entre 4 et plus de 10, seule la présence d'un joueur de violon, d'un joueur de hochet et d'un ou deux frappeurs de calebasse étant impérative. Autre élément de variation, l'appel et l'« arrivée » des génies (les possessions) ne s'effectuent jamais suivant un ordre fixe. De même, les sacrifices effectués lors du rituel sont différents d'un *yenendi* à l'autre : ils peuvent comprendre des poules ou des chèvres et interviennent en général au terme du *yenendi* mais aussi, parfois, au tout début. Enfin, les manipulations du *hampi*⁶ revêtent diverses formes : il n'est pas toujours confectionné de la même façon, ni versé à terre au même moment et un feu n'est pas non plus toujours allumé. Je pourrais multiplier les détails qui témoignent de variations formelles d'un *yenendi* à l'autre (Vidal, 1990-a). Il me paraît simplement utile de souligner ici l'absence d'unité formelle générale de ce rituel. Ceci étant, parallèlement à ces variations, des éléments communs aux *yenendi* s'observent, inscrits dans l'objectif d'ensemble qui demeure donc de prévenir les actions néfastes de Dongo, le génie de la foudre, et de se concilier ses faveurs au moyen d'un dialogue auquel participent ses frères *Tooru*. Dans cette optique, des génies *Tooru* sont appelés – parmi lesquels Dongo –, des sacrifices d'animaux noirs lui sont dédiés, un *hampi* est installé et la terre est arrosée par son eau.

Aucun autre geste n'est récurrent dans les *yenendi*, d'un lieu ou d'une année à l'autre. Nous sommes en présence d'un rituel qui laisse une place importante aux innovations individuelles des *zima* et des *sorko*. Une vue d'ensemble des *yenendi* offre de ce fait l'image d'un rituel modulable, parfois même « inventé » (Vidal, 1992-b). Néanmoins, tous les *yenendi* – y compris ceux qui comprennent des épisodes relativement inédits au regard d'autres *yenendi* – se rejoignent dans un respect de la « lettre » de ce rituel : les actions les moins sujettes à variations se rapportent à une démarche de « rafraîchissement » (de la terre, de Dongo, du *hampi*), qui donne son nom au *yenendi*. Finalement, si l'on se réfère aux catégories de description classiques du rituel (qui font intervenir les notions de codification et de répétition des gestes et des paroles), on peut en conclure que le *yenendi* développe sa ritualité non pas dans la forme et les détails de sa mise en œuvre mais bien dans la permanence de ses objectifs : engager un dialogue avec les principaux *Tooru*, au premier rang desquels Dongo, de façon à canaliser leurs actions futures par le « rafraîchissement ».

6. Jarre remplie d'eau et recouverte de grains de mil noirs ou brûlés, le *hampi* est renversé sur un sillon, creusé dans la terre et dans lequel – en général – de la paille a été enflammée. On peut lire ce geste comme le symbole de l'eau du ciel, qui éteint le feu causé par la foudre ou la sécheresse.

Ce déplacement de la fonction rituelle de la forme et du contenu vers les objectifs assignés se retrouve dans les rituels occasionnels qui mobilisent *zima*, *sorko* et « chevaux de génies ». Il s'agit, d'une part, des deux rituels qui permettent, l'un de faire en sorte que le génie qui vient d'« attaquer » une personne se nomme (littéralement « l'époussetage » ; cf chap. 4), l'autre de nouer l'alliance entre ce nouveau génie, identifié et nommé, et son futur « cheval » (littéralement la « danse ») et, d'autre part, des rituels visant à soumettre aux génies des problèmes rencontrés dans le village ou le quartier. Voyons ici plus particulièrement le contenu de la « danse », un rituel de 7 jours au terme duquel le possédé est définitivement intégré au groupe des « chevaux de génies ».

Cette semaine consiste en un long apprentissage, par la personne choisie par un génie, des pas de danse de ce dernier. Maladroit au début, le futur « cheval de génies » arrive peu à peu à suivre et à retenir les figures de danse que lui montre son *zima*. À la fin de chaque journée, la personne est possédée par son génie avant d'être ramenée dans la maison de son *zima*, où elle est recluse pendant toute la semaine. Au terme de la « danse », *zima* et *sorko* présents prodiguent au génie une série de conseils et lui ordonnent de ne plus importuner le nouvel initié et de ne le posséder que lors des rituels où la présence de ce génie est requise. Une analyse détaillée – et comparée d'une « danse » à l'autre – de chacune des séances d'apprentissage des pas de danse du génie (une le matin, une l'après-midi) révèle que les attitudes codifiées et répétées se situent soit au niveau très général du scénario du rituel (la personne sort de la case où elle est recluse pendant la semaine, elle danse, est possédée par son génie et retourne dans sa case jusqu'à la prochaine séance), soit au niveau de ses effets visibles (le futur « initié » achève chacune de ces séances dans un état d'extrême fatigue). Les actions et les gestes constants concernent aussi, très précisément, la sortie à reculons de la case, la façon de revêtir la personne des habits de son génie⁷, l'appel par les musiciens de tous les *Tooru* (ce qui ne signifie pas que tous « viendront » et posséderont quelqu'un) et la délivrance de conseils au génie par le *zima*. Or ces actions récurrentes se rapportent toutes à deux intentions précises du *zima* : faire en sorte que la personne pour laquelle le rituel est organisé apprenne les pas de danse de son génie et s'assurer que le génie ne viendra plus importuner, de façon imprévisible, son nouveau « cheval ». De ce fait, tous les gestes du futur « cheval de génies », toutes les interventions du *zima* et du *sorko* qui ne sont pas explicitement nécessaires au respect de ce double objectif sont soumis à des variations, d'une « danse » à l'autre.

7. Chaque génie, en plus de traits de caractère, d'attitudes ou d'aspects physiques spécifiques et connus des *zima* et de bon nombre de « chevaux de génies », possède au moins un type d'habit qui lui est propre : ce sera pour l'un un pagne noir, pour l'autre une chemise rayée noire et blanche...

Le rituel, entre symbolisme et pragmatisme

En ce sens – et à l'instar du *yenendi* – la « danse » procède d'une invention du rituel qui s'élabore en liaison directe avec les préoccupations du *zima* et de la famille du futur possédé. Cette lecture de la fonction rituelle se situe à égale distance d'analyses symbolistes et pragmatistes du rituel. Les deux registres sont en effet *également* en jeu dans les actions des *zima* pour atteindre les objectifs fixés. Lorsque le *zima* se montre très attentif à la position du corps du futur « cheval de génies » qui sort de sa case de réclusion et « enjambe » le pas de la porte à reculons, il offre à l'analyse une image à forte portée symbolique. Tout d'abord, les observations du rituel et les échanges avec les *zima* et les « chevaux de génies » n'ont de cesse de rappeler le caractère instable et imparfait, avant la « danse », de la relation établie entre la personne et son futur génie : durant cette période, la personne choisie, « attrapée » par le génie dit « des paroles qui ne ressemblent à rien », « jette ses paroles », autant de comportements hors norme que la « danse » doit canaliser. Ici, la terminologie de la possession et les actions des *zima* rappellent constamment que la « danse » vise à nouer une alliance, à construire une relation durable qui, pour la personne concernée, est une naissance à un nouvel état. Les Peul évoquent le travail d'« arrangement » du *zima* durant la danse et au terme de laquelle le génie est « ramené » sur la personne, c'est-à-dire clairement associé à celle-ci dans le cadre donné du rituel ; à tel point qu'il est dit que, dorénavant, la « danse » achevée, le « cheval de génies » « appartient » au *zima* qui a organisé et mené ce rituel. Une interprétation même minimale de la « danse » permet donc de souligner le bouleversement des repères physiques et sociaux que connaît le possédé / futur « cheval de génies » : une de ses manifestations les plus remarquables serait alors cette sortie à reculons de la case, en direction de l'aire de danse où la personne s'offre à son *zima* et à son génie, qui va être « appelé ». Sortir de la case en tournant le dos à l'aire de danse, et donc au génie qui va l'investir, c'est se mettre en position d'être « chevauché » par celui-ci : nous sommes bien là dans le respect de l'objectif de ce rituel. Enfin, un autre axe d'interprétation pourrait voir dans ce geste un signe de respect, voire même de soumission à l'encontre du génie, dont on n'affronte pas d'emblée de face l'aire de danse : lorsque cette règle de la « danse » n'est pas respectée, le génie exprimera nettement sa colère au *zima* devant cette négligence et ce manque de respect.

À ces gestes, qui comprennent une forte valeur symbolique et qui participent du projet rituel (rappeler le caractère initial instable et hors norme de la relation au génie pour arriver à la rétablir et à l'inscrire dans un « modèle »), correspondent des attitudes non codifiées et non répétées, d'un jour à l'autre ou d'une « danse » à l'autre, précisément parce qu'elles ne renvoient pas aux objectifs premiers du rituel. Ces attitudes peuvent susciter une interprétation symboliste. À titre d'exemple, au

moment de la sortie de la case de réclusion à reculons, on observe que la personne passe plusieurs fois ses deux pieds au-dessus du pas de la porte, avant de sortir définitivement. Premiers « pas de danse » ? Hésitations avant de se confier au *zima* et au génie ? Marquage du passage d'une frontière (celle qui sépare la vie avant et après la « danse », matérialisée ici par la ligne du pas de porte qu'il ne faut pas fouler) ? Aucune de ces interprétations symbolistes n'est à exclure, de même qu'aucune ne paraît devoir être privilégiée : toutes, cependant, renvoient à la nature de la situation vécue par la personne, à l'intersection de celle des individus dont le génie n'a pas encore été « arrangé » et de celle des « chevaux de génies ». Or cette situation intermédiaire de « mise à la disposition » du *zima* et de son génie est déjà exprimée par la sortie à reculons : fixer définitivement le nombre d'enjambements du pas de porte devient alors secondaire et n'est pas l'objet d'une attention particulière de la part des *zima*.

Dans le registre qualifié de pragmatiste, je rangerai les appels des génies par les *sorko*, les *zima* et les musiciens, lors du *yenendi* : là aussi, la formalisation des actions est corrélée aux objectifs incontournables du rituel. De façon très pragmatique, la présence de Dongo, parce qu'il est le génie qui commande la foudre et parce qu'il est le plus craint, est indispensable : aucun *yenendi* ne sera réellement complet sans la venue de Dongo. Les différents acteurs de ce rituel redoublent donc d'efforts pour le faire descendre sur un de ses « chevaux de génies », dont on se sera assuré de la présence ce jour-là. Alors que la présence de Dongo doit être systématique parce qu'elle est un des objectifs du rituel, celle de ses « frères » *Tooru*, quoique souhaitée, n'est pas absolument nécessaire. Ce ne sont pas eux qui commandent les pluies, leur abondance et leur violence, les dégâts qu'elles peuvent éventuellement causer aux cultures : aussi, avec pragmatisme, les *zima*, tout en essayant de les faire venir, n'en font pas une condition du déroulement normal du *yenendi*. Constat qui, dans le même temps, exclut toute interprétation symboliste : il n'y a pas de sens caché, de représentations à décrypter derrière cette pratique mais bien, essentiellement, l'expression directe de la volonté de s'assurer le concours d'un génie précis. Précisons enfin qu'il serait possible de multiplier les exemples de lectures symbolistes ou pragmatistes des rituels de possession qui permettent – les premières comme les secondes – d'identifier des éléments du rituel qui se situent soit dans une relation d'influence directe avec des objectifs intangibles, soit dans une plus grande distance avec ces mêmes objectifs.

Le rituel dans ses objectifs : l'annonce de la séropositivité

La prise en charge du sida propose, à son tour, des événements que l'on qualifiera de « rituels » dès lors que l'on s'en tient à son acception générale d'actions dont les éléments codifiés répondent à des objectifs

précis et s'accompagnent de plages de variations, d'invention. Je pense ici à l'annonce de la séropositivité et à un ensemble de stratégies discursives, relatives à la prise en charge et à la prévention du sida, et impulsées par les organisations internationales.

Moment cardinal dans la vie de la personne infectée par le VIH, l'annonce de la séropositivité se présente, du point de vue du médecin ou du personnel soignant qui y procède, comme un acte à la fois banal et inédit. Sa banalité réside dans sa valeur diagnostique : révéler au patient la nature de l'affection qui le touche. Ce n'est certes pas une pratique médicale généralisée mais ce n'est pas non plus un acte hors norme que d'informer le patient du type de maladie dont il souffre. Dans le même temps, on n'a guère de difficulté à se convaincre du caractère spécifique de ce diagnostic qui – lorsqu'il n'existe pas de traitement – introduit la perspective de la mort : la sienne et celle de son partenaire, qu'il soit déjà infecté ou qu'il risque de l'être. Bien des années après avoir appris leur statut sérologique, nombreuses sont les personnes qui se remémorent le déroulement de cette annonce dans ses moindres détails, y compris, de façon emblématique, sa date. De ces témoignages, recueillis en Afrique ou dans les pays du Nord, ainsi que des expériences des médecins, il ressort nettement que l'annonce de la séropositivité peut difficilement être codifiée dans sa forme : il convient de l'adapter au patient, de l'individualiser. Avec une constante dans toute annonce qui est – et de nombreuses situations nous montrent qu'il ne s'agit pas là d'une évidence – de révéler au malade sa contamination par le virus du sida. À cette exigence formelle s'ajoute une série d'objectifs poursuivis à travers cette annonce. Les innombrables documents sur la prise en charge du sida, de même que les déclarations d'intention des soignants, insistent à cet égard sur un double enjeu, un double objectif : faire en sorte qu'en ayant connaissance de son statut sérologique le patient adopte des mesures de prévention de la transmission du VIH et se donner les moyens de lui proposer des traitements de l'infection à VIH susceptibles de contenir l'évolution de la maladie.

Or, nous le savons, tant le contenu de l'annonce (dire effectivement le statut sérologique) que ces objectifs demeurent largement contournés, parfois même ignorés dans la pratique. Au début des années 1990 – et aujourd'hui encore – en Côte d'Ivoire, des patients n'étaient pas informés de leur statut sérologique positif ou l'étaient dans des termes abusivement présentés comme ceux d'une « annonce de la séropositivité ». Il sera alors dit au patient que son sang « est sale », « est mauvais » ou n'« est pas bon », qu'il a « un microbe dans le corps » et que les résultats de sa « prise de sang » « ne sont pas bons » (Vidal, 1992-d ; 1994, 1996-a). Les exemples abondent de contournements de l'annonce : ce faisant, certains médecins estiment, néanmoins, procéder à une annonce de la séropositivité dès l'instant où une information a été délivrée au malade. Parallèlement à ces stratégies d'« annonce » existent, naturellement, des occultations totales du résultat du test. Évoquer ce résultat ou le taire fait suite aussi bien à un test effectué à l'insu du patient qu'à un test dont on lui a

dit la nature. Lorsqu'il a obtenu l'« accord » du malade pour effectuer le test et qu'il décide de ne pas procéder à l'annonce effective de sa séropositivité, le médecin se place lui-même dans une situation inconfortable : ce cas de figure est loin d'être exceptionnel et interroge de fait les objectifs recherchés par le médecin qui adopte ces stratégies de non-annonce ou de « fausse » annonce. Il n'est pas abusif de parler ici de « stratégies », tant ces attitudes sont clairement objectivées et argumentées par les soignants. Elles le sont de toute évidence au moins autant que celles qui défendent une pratique d'annonce réelle de la séropositivité (mentionnant, donc, « le sida », « le virus du sida » et/ou « le VIH »).

Les objectifs du médecin sont principalement ici au nombre de trois. D'une part, il s'agit d'éviter un choc profond au patient qui, apprenant qu'il est atteint d'une maladie incurable, risquerait de mettre fin à ses jours ou de transmettre à autrui le VIH par « vengeance » (ce sont là les termes et les arguments des soignants). Deuxième type d'objectif, et toujours dans le même registre d'une non-annonce « préférable » pour le patient, en ne lui parlant pas de sida on évite de le mettre dans la situation de devoir informer des proches (pour obtenir d'eux une aide financière) et notamment son conjoint (pour justifier la volonté de protéger ses relations sexuelles...). Partage de l'information qui pourrait lui être préjudiciable et occasionner l'ostracisme de ses proches ou une rupture avec son conjoint. Troisième objectif, le médecin n'annonce pas la séropositivité pour éviter de se mettre lui-même dans une situation délicate : la crainte de réactions violentes du malade l'accusant de se tromper, d'être responsable de sa contamination ou, éventuellement, de ne pas l'avoir informé que le prélèvement sanguin serait utilisé pour un dépistage du VIH. Ces objectifs affirmés d'une non-annonce vont de pair avec une série de justifications : l'absence de traitements efficaces et accessibles, le manque de temps pour procéder à une information complète et reconforter le patient, une préparation incomplète du soignant à ce type de diagnostic. J'ajouterai une donnée essentielle constituée par les propres peurs et incertitudes du soignant face au sida : informer autrui de sa séropositivité, alors que l'on n'a pas toujours connaissance soi-même de son propre statut sérologique, n'est guère aisé ; est tout aussi délicate à assumer la perspective de devoir suivre un patient dont la maladie lui signifie – constamment et plus que toute autre – les limites de sa pratique de soignant.

À ce que l'on peut par conséquent appeler le « rituel de l'annonce » – en tant que pratique obéissant à quelques objectifs précis, moyennant des mises en forme variables d'un malade à l'autre, d'un soignant à l'autre – correspond donc un « rituel de la non-annonce », où d'autres objectifs, en nombre limité et récurrents, sont fixés. Pratiques récurrentes et construites autour d'objectifs précis et permanents, l'annonce comme la non-annonce sont en effet des formes de rituel dont les différentes déclinaisons témoignent d'une adaptation à des contraintes (ce que le patient pourra « supporter » ; ce que le médecin peut assumer). Cette

adaptation inévitable de la relation entre soignant et malade autour de ce diagnostic médical inscrit les stratégies d'annonce (et de non-annonce) dans un registre d'invention, de singularité. Ne serait-ce que sur cet aspect de l'annonce – et sans naturellement ignorer que l'on est en présence de pratiques différentes par bien des aspects –, nous pouvons y voir une analogie avec la démarche des *zima*, dont les actions répétées et pour partie codifiées répondent avant tout à des objectifs clairement délimités, et libèrent de ce fait un registre d'invention dans la pratique du rituel.

Discours et rhéoriques du sida

Second exemple, les discours communs sur le sida – sa prévention et sa prise en charge – se situent pour partie dans la même acception générale du rituel. Les discours en question sont ceux véhiculés par les organisations internationales qui interviennent dans le domaine de la « lutte contre le sida », ré-appropriés localement par les associations (Vidal, 1999-a). Ils se caractérisent par le recours à des notions et des formules dont la répétition machinale s'effectue en l'absence de réflexion sur leur signification originelle (le plus souvent éloignée de la problématique du sida) et leurs interprétations actuelles. « Communauté », « vulnérabilité », « plaidoyer », « réponses sociales », « autonomie », « sexe commercial » sont, parmi bien d'autres, des notions largement utilisées et diffusées dans les discours onusiens. Autour de ces notions se construisent des descriptions et des analyses entièrement standardisées dans leur forme. Des codes se créent, avec pour objectif de faciliter l'intercompréhension des « acteurs de la lutte contre le sida ». Cette intercompréhension demeure néanmoins largement superficielle : un responsable de programme, un chercheur et un militant d'association de personnes séropositives ne confèrent pas la même signification aux termes de « communauté » et de « vulnérabilité », quand bien même ils l'utilisent pour échanger entre eux. Un embryon de langue véhiculaire s'est donc développé autour des questions relatives au sida, avec pour principale caractéristique un consensus apparent sur le contenu des notions utilisées⁸. Prenons l'exemple de la notion de « vulnérabilité ». Concrètement, pour l'expert du sida ou le chercheur, il sera question ici de l'impossibilité pour une personne séro-

8. Effectué pour le sida, ce constat s'appliquerait aisément à la santé en général, voire au « développement », avec l'usage récurrent de notions ou d'expressions – rarement questionné dans les liens avec le réel qu'elles prétendent évoquer – comme « sensibilisation des populations », « promotion de nouveaux comportements », « mobilisation sociale », « capacités nationales » (et son corollaire « renforcement des capacités »), « promotion de la femme », « groupes cibles »... La liste serait longue d'expressions dénuées de signification pratique, très largement rhétoriques et dont les enjeux de leurs usages mériteraient une étude spécifique et exhaustive.

positive de partager son statut sérologique avec son partenaire, de négocier l'utilisation du préservatif ou de demander, *in fine*, une aide financière pour se soigner. Suivant cette acception, la femme sera dite « vulnérable »⁹. Tout en ayant une claire conscience des difficultés auxquelles elles se trouvent confrontées, les personnes séropositives intègrent – aussi et surtout – dans la notion de « vulnérabilité » leurs longues démarches pour obtenir, chaque jour, l'argent nécessaire pour se nourrir et se déplacer, de façon à pouvoir accéder aux structures de soins. Or ce sont ces obstacles, pratiques et précis, qui sont perçus comme étant à l'origine de la dégradation de l'état de santé : ce sont eux auxquels renvoie le malade quand il parle de sa « vulnérabilité ».

Le même constat pourrait être effectué à propos de la notion de « communauté ». Elle revêt une signification sociologique qui a été occultée lors de son appropriation par la rhétorique du sida ; rhétorique qui n'entreprend pas systématiquement de définir les entités sociales dont il est question à travers cette notion. Dans ce cas précis, situe-t-on la « communauté » à l'échelle d'un quartier, d'un village, d'un groupe d'individus ? Les membres de la « communauté » partagent-ils une même religion, des activités économiques semblables, une même culture ? Tout est indifféremment « communautaire ». En somme, l'utilisation faite de la notion de « communauté » revient à dé-contextualiser les individus et les relations sociales qu'ils nouent. À l'instar de la notion de « vulnérabilité », celle de « communauté » est l'objet d'une appropriation par les malades. Ils se présentent alors comme les membres de « communautés », par ailleurs imprécisément définies. La ritualité de ces discours se repère donc très exactement dans leur capacité à imprégner les expressions et les représentations des principaux concernés (par les actions de prévention ou de prise en charge) et, de là, à rendre délicate une prise de distance avec des mots et des notions qui ne reflètent pourtant que fort imparfaitement la diversité et la complexité de situations qu'ils vivent.

Pour reprendre l'analyse effectuée de la ritualité dans les cultes de possession ou lors de l'annonce de la séropositivité, nous sommes là en présence d'un lexique relativement limité, dont l'utilisation demeure codifiée et qui a émergé dans les documents et discours officiels, internationaux, sur le sida. Ce lexique est mobilisé de façon récurrente par un ensemble de personnes qui interviennent et qui sont concernées, à des degrés divers, par cette maladie. De plus, lorsque l'on constate que les personnes séropositives adoptent en certaines circonstances ce vocabulaire, alors même que leurs expériences de la maladie introduisent une complexité dont ne rend pas compte cette terminologie, on admet aisé-

9. Je laisse volontairement de côté les données sur la « vulnérabilité » biologique de la femme, qui – dans un état clinique comparable à celui d'un homme – sera plus facilement contaminée par lui que l'inverse. Cet élément de vulnérabilité confirme la diversité des situations rassemblées dans une unique notion.

ment que l'objectif premier de ce rituel discursif a été atteint : créer un lexique commun et donc une langue de communication. Cette ritualisation fonde un double discours sur le sida, l'un, interne lorsqu'il se développe entre experts et l'autre libéré de ces stéréotypes de langage lorsqu'il a d'autres destinataires. Les malades du sida, et parmi eux certains membres d'associations, participent de ce collectif de spécialistes tout en étant capables de prendre leurs distances par rapport à cette rhétorique et au rituel qu'elle crée. Selon qu'ils s'adressent à des responsables de la lutte contre le sida, lors de réunions spécialisées, ou à leurs collègues d'associations, ils composent avec le cadre rituel des discours sur le sida. Se situant la fois à l'intérieur et à l'extérieur de ce rituel discursif, les animateurs des associations de personnes atteintes n'en constituent pas moins un groupe restreint.

Il est en revanche possible de repérer un plus large impact de messages codifiés, mais dans un autre registre de communication sur le sida que celui des assemblées et des documents spécialisés. Je fais ici référence au discours préventif tel qu'il est promu et diffusé par la presse, les brochures d'information ou les média audiovisuels. Lorsque l'on se penche sur les fondements sociaux du risque, on est en effet amené à analyser le lien qui se construit entre le message préventif officiel, diffusé et entendu, et le discours sur la prévention en général, relatif aux pratiques individuelles de personnes qui ne connaissent pas nécessairement leur statut sérologique (Vidal, 2000 ; 2001). Au regard de la situation décrite précédemment, l'angle d'approche de la codification des discours s'élargit : les expressions et notions en question sont échangées et partagées au-delà d'un cercle restreint d'« experts » puisque l'ensemble de la population constitue le destinataire potentiel de ces messages. Leur stéréotypie, justifiée par le fait que les modes de transmission du VIH et les moyens de la prévenir restent les mêmes, n'en est pour autant pas plus acceptable. Ceci pour deux raisons essentielles : les connaissances et les approches de cette affection se sont – elles – transformées au fil des ans, dans la « population générale ». Par ailleurs, les connaissances médicales et épidémiologiques sur les caractéristiques et la dynamique de l'infection à VIH ont, elles aussi, connu des avancées, même si subsistent des zones d'incertitude. Dès lors, pourquoi figer le discours préventif, que ce soit dans le temps ou en fonction des populations ou des groupes qu'il vise (jeunes, scolaires, enseignants, migrants, prostituées...) ? Est-ce parce que malgré sa généralité et sa répétitivité il reste « efficace » ? Ou, plus généralement, cette stéréotypie des messages n'est-elle que la conséquence de la rigidité du fonctionnement du système – bridant toute imagination dans la conception des messages ?

Rappelons tout d'abord que si des comportements allant dans le sens d'une réduction de la prise de risques se développent, il serait largement abusif d'imputer ces changements à la seule diffusion de messages préventifs. Dans une ville comme Abidjan, où plus de 10 % de la population adulte est infectée par le VIH et où, par conséquent, rares sont les

familles qui n'ont pas côtoyé un malade du sida, il est indispensable d'intégrer à toute analyse des transformations des comportements l'idée de la proximité avec le sida, de l'expérience individuelle de la maladie. C'est le lien entre cette expérience polymorphe du sida et l'appropriation individuelle de messages de prévention qui modèle les comportements : affirmer cela est d'un autre ordre que déduire des liens mécaniques entre la diffusion d'un message, sa réception et la modification d'un comportement. Cela peut sembler une évidence pour tous ceux qui se sont penchés sur les déterminants de l'évolution des comportements et les rapports complexes qu'ils entretiennent avec les connaissances individuelles. Pour autant, rares sont les études (Taverne, 1996 & 1999) qui prolongent dans ses implications fondamentales ce constat pour, finalement, interroger la nature des messages délivrés à travers l'analyse des représentations de la prévention et de la transmission du sida.

Nous sommes – ici encore – en présence d'une forte standardisation d'une pratique (la prévention officielle, l'éducation pour la santé). Standardisation qui devient une forme de codification compte tenu de ses réticences à intégrer toute approche nouvelle. Ainsi, la prévention sur le sida en Afrique n'a que très récemment consenti à évoquer le risque de transmission du VIH lors de l'allaitement (Van de Perre, 2000 ; Desclaux, 2000). Elle ne prend, par ailleurs, que très progressivement ses distances avec le discours qui consistait à désigner et mettre en scène la prostitution comme principal et pour ne pas dire unique comportement à risque (avec pour corollaire la désignation des prostituées – mais bien évidemment rarement leurs clients – comme propagateurs du VIH). Enfin, elle n'envisage pas de fournir le moindre élément de quantification des risques connus de transmission du VIH, pas plus que d'introduire quelque hiérarchisation que ce soit parmi ces risques. Nous avons là des conservatismes clairement identifiables qui sont le socle de la ritualisation de la prévention. Ritualisation qui se repère donc initialement dans la capacité des pratiques ou des discours à se fixer des objectifs précis et connus : par exemple, faire en sorte que les destinataires de ces messages ne s'exposent plus au VIH et qu'ils ne rejettent pas les malades du sida. À ces objectifs associés à des codes ne correspondent cependant pas de façon mécanique des comportements prévisibles et souhaités. Non seulement les comportements évoluent progressivement bien plus qu'ils ne changent rapidement et définitivement mais, surtout, comme je l'ai dit précédemment, émergent des attitudes de crainte de la maladie et d'évitement des malades fondées sur des connaissances renouvelées du sida, et non sur leur ignorance. Ces attitudes sont donc la résultante, à la fois, d'une appropriation du rituel préventif de diffusion des messages et de représentations du sida autonomes par rapport à ce type d'information. La ritualisation de la prévention – en tant que lieu de codifications laissant émerger des modulations, des « inventions » – est donc moins partagée entre les concepteurs des messages et leurs destinataires qu'adaptée et appropriée et, donc, ré-inventée par ces derniers.

Cette lecture proposée en terme de rituel de l'annonce de la séropositivité, des discours sur le sida en général et sur sa prévention en particulier, se situe certes dans le prolongement de celle effectuée autour de la possession par les génies. Prolongement de la réflexion qui ne signifie naturellement pas correspondance totale entre les situations décrites. Si la présence de codes, liés à des objectifs et ouvrant dans le même temps à des espaces d'invention du rituel, caractérise ces différentes pratiques, les *conditions* de cette ritualisation ne sont pas identiques. Autrement dit, dans le cas des messages de prévention, les appropriations que l'on observe s'effectuent aussi dans des directions qui n'étaient pas prévues par leurs concepteurs, même si *in fine* les objectifs initiaux peuvent être atteints (faire en sorte que, grâce à ces messages, les comportements changent). Un constat du même ordre peut être effectué au sujet des discours « spécialisés » sur le sida qui, tout en imprégnant ceux de certains malades, créent des contre-discours qui nous permettent de repérer les véritables significations données par les personnes concernées aux notions de « vulnérabilité » ou de « communauté ».

Cette précision m'amène à deux constats. Elle introduit en premier lieu la question de la nature des savoirs tout à la fois mobilisés et transformés dans les ritualités. C'est bien cela dont il s'agit lorsque les malades entendent le sens que les organisations internationales confèrent à la notion de « vulnérabilité », l'utilisent ainsi suivant leurs interlocuteurs mais – simultanément – lui donnent une précision et un contenu absents de sa première acception ; il en est de même lorsque les messages standardisés de prévention sont reproduits presque à l'identique par ceux qui les reçoivent tout en étant associés, intégrés à des connaissances déjà présentes pour donner forme à un savoir commun sur le sida. Enfin, dans la possession, l'étude de la fonction rituelle demeure elle aussi fortement corrélée à celle des savoirs mobilisés par les différents acteurs prenant la parole (*zima*, *sorko*, « chevaux de génies »...). Le second constat qui s'impose a trait aux modulations, aux variations des pratiques parties prenantes du moment rituel. J'ai parlé à cet égard d'invention du rituel et il est aisé d'y voir la marque de singularités. Singularités qui sont la condition du respect d'objectifs et non leur contradiction : les pratiques et discours singuliers lors du *yenendi* ou de l'annonce de la séropositivité sont inhérents à la ritualité. Nous avons là une déclinaison particulière de la position plus générale annoncée au début de l'ouvrage et suivant laquelle c'est dans l'analyse des singularités des choix, des discours et des comportements que se donne à comprendre le fonctionnement des relations sociales, les « stratégies » collectives (au sein d'un réseau de responsables de rituels, dans une structure sanitaire ou encore dans une politique publique de santé). Une des plus sensibles illustrations du singulier comme condition d'accès au social se repère aussi dans l'élaboration comme objet anthropologique de la question de la prise en charge du sida.

Le sida : singularités d'un objet

À la fin des années 1980-90 se développent les premières réflexions sur les enjeux politiques et sociaux du sida en Afrique (Fassin & Dozon, 1988 ; Dozon & Fassin, 1989). Jusqu'alors, la littérature sociologique et anthropologique sur le sida – notamment, mais pas exclusivement africainiste – demeurait marquée par l'étude des déterminants de la diffusion de la maladie : elle puisait alors ses thèmes de réflexion dans des monographies – parfois anciennes – décrivant les « comportements sexuels » ou encore les « pratiques matrimoniales » de tel ou tel groupe. Les travaux plus prospectifs sur les facteurs sociaux et économiques de diffusion de l'infection à VIH (migrations, restructurations familiales, rapports entre générations, accès aux services de santé...) demeuraient rares. Il apparaissait alors impératif que l'anthropologie porte son attention sur les questions posées par la prise en charge sociale du sida dans des pays déjà fortement touchés comme, par exemple, la Côte d'Ivoire.

Du sida à ses malades

En 1990, la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire est estimée à 7 % en milieu urbain (hors Abidjan) et 5 % en milieu rural (Soro *et al.*, 1990). Ces chiffres élevés plaçaient ce pays au premier rang des pays touchés par le VIH en Afrique de l'Ouest et ne pouvaient manquer d'interroger les sciences sociales sur les réactions des individus, de leur famille et plus largement de la société face à cette large diffusion du sida en son sein. Un constat de nature plus spécifiquement anthropologique s'est aussi imposé. À cette époque, faisant appel aux sciences dites « comportementales », l'Organisation mondiale de la santé avait développé dans différents pays africains (en 1989 en Côte d'Ivoire) des enquêtes quantitatives sur les « connaissances, attitudes, croyances et comportements » (CACP ; KABP, en anglais) en matière de sida et sur les « relations entre partenaires », à partir d'échantillons de populations représentatifs de l'ensemble de la société. Au-delà de méthodes qui ne correspondent pas à une démarche proprement anthropologique, ces études produisent une connaissance

entièrement orientée vers la problématique de la prévention. Or, dans le contexte épidémiologique de la Côte d'Ivoire, plutôt que de se pencher sur les attitudes de catégories de la population données vis-à-vis du sida dans un but de prévention, il s'est avéré plus pertinent d'analyser les stratégies mises en œuvre par les séropositifs eux-mêmes et leur entourage familial pour répondre à la situation nouvelle créée par la survenue de la maladie. Un glissement a donc été opéré de l'option préventive – mobilisatrice de recherches quantitativistes – vers la problématique centrale de la prise en charge sociale d'une maladie qui remet en question le système de santé publique dans son organisation, ses objectifs et sa capacité à répondre aux incidences largement extra-médicales du développement du sida. Très concrètement, atteindre ces objectifs supposait la mise en œuvre d'une recherche auprès des personnes atteintes, vivant dans un pays fortement touché par l'infection, en somme, dans l'« épïcentre » de la maladie, pour reprendre l'expression de J.-P. Dozon (1997).

Enfin, l'anthropologie se devait de se démarquer de sollicitations dont ont été l'objet les sciences sociales, relatives à l'analyse des formes de sexualité présentes en Afrique, susceptibles d'expliquer à elles seules l'extension du sida. Répondre à de telles demandes risquait en effet d'entraîner l'anthropologue dans une réflexion biaisée dès l'origine. C'est très nettement le glissement du constat épidémiologique d'une transmission principalement (mais pas exclusivement) hétérosexuelle de l'infection à VIH en Afrique vers « l'hypothèse » de l'existence d'une sexualité spécifique (« africaine ») qui a occasionné, les premières années de l'épidémie, malentendus et retards dans l'acceptation par les responsables politiques et sanitaires africains de la réalité épidémiologique du sida. Il est ici utile de rappeler qu'en 1989-1990, le contexte politique et intellectuel du sida en Afrique – caractérisé par la résurgence d'images fantasmatiques sur une sexualité africaine, un dépeuplement du continent, voire un complot occidental contre le continent (Fassin & Dozon, 1988) – imposait une prise de distance par rapport à des études susceptibles de nourrir les préjugés occidentaux sur les « comportements et pratiques à risque » des Africains. Une autre option aurait été de partir précisément des ambiguïtés de ce contexte pour appréhender la question des comportements sexuels dans une perspective anthropologique en étudiant, par exemple, la construction des pratiques et des représentations, alors qu'émergent des attitudes de déni de l'existence de la maladie et de mise en cause (de l'Occident, de l'Afrique : en somme de l'étranger). On peut certes remarquer *a posteriori* que le choix de ne pas travailler sur la construction sociale et politique de la sexualité n'a pas permis d'apporter des contradictions, empiriquement fondées, aux représentations stéréotypées et stigmatisantes des comportements sexuels, dans les régions les plus touchées par l'infection à VIH. Le choix auquel se trouve confronté l'anthropologue et qu'il ne peut ignorer se pose par conséquent entre une *relecture inédite*, débarrassée de représentations contestables, d'une interrogation ancienne (la sexualité), d'une part, et l'abord d'une *question inédite*,

singulière (comment vivent les personnes séropositives dans leur environnement social ?), d'autre part.

Travailler sur les réponses sociales à la maladie, à partir de l'expérience cardinale qu'en ont les personnes séropositives et leur entourage, donc effectuer le choix d'un objet relativement inédit en Afrique, introduit de fait des interrogations méthodologiques et théoriques : comment travailler avec des malades du sida ? Quelles collaborations nouer avec les acteurs médicaux de terrain ? Quelles applications envisager à ce travail ? Nous avons là autant de questions sur la pratique anthropologique qui, s'agissant d'une recherche menée en Côte d'Ivoire, prennent un relief particulier. En effet, ce pays a vu se développer des études occupant une place non négligeable dans la tradition anthropologique africaniste française (je pense aux travaux de M. Augé, J.-M. Gibbal, C. Meillassoux, E. Terray). Plus particulièrement, quelques-uns des principaux acteurs de l'anthropologie de la maladie ont effectué des recherches de terrain en Côte d'Ivoire, que ce soit M. Augé, J.-P. Dozon ou A. Zempleni. La singularité de l'objet prend donc aussi place dans une tradition anthropologique de terrains ivoiriens, dans lesquels l'étude des expressions sociales de la maladie est centrale.

Relative singularité, par ailleurs, du choix de travailler essentiellement en milieu urbain, à Abidjan, espace peu investi par les recherches anthropologiques ou même sociologiques¹. Comme cela est fréquemment le cas dans la mise en œuvre d'un projet, une telle démarcation a principalement obéi à une raison pratique : en 1990 il n'existait en Côte d'Ivoire aucun centre de dépistage du VIH distinct d'une structure de soins, pas plus que d'association de personnes infectées par le VIH. Dès lors, rencontrer des personnes séropositives ne pouvait se concevoir qu'à partir des quelques rares hôpitaux ou centres de santé d'Abidjan, et de sa région (pour l'un d'entre eux), qui testaient leurs consultants (je reviendrai plus longuement par la suite sur les conditions de ce dépistage et ses conséquences pour mon travail).

Précisons que l'espace géographique de la ville d'Abidjan constitue un lieu de croisement et de cohabitation de populations d'origines diverses, avec des contrastes forts entre les niveaux de vie (Le Pape, 1997). Les contraintes de la vie quotidienne que doivent surmonter les plus démunis (se déplacer, se soigner, se scolariser) ne sont certes pas propres à cette ville ; elle tendent cependant à s'accumuler, à Abidjan, au point de donner corps à des stratégies individuelles originales d'adaptation et de survie. Or on peut aisément supposer que ces caractéristiques sociales de la vie abidjanaise interviennent dans la dynamique de la diffusion de l'infection à VIH et sont inévitablement en jeu dans les efforts quotidiens pour combattre cette maladie lorsqu'on en souffre. Autant

1. A l'exception, pour les premières, des travaux de J.-M. Gibbal (1974) et, pour les secondes, de ceux de C. Vidal (1978, 1979) et de M. Le Pape et C. Vidal (1984, 1986).

d'expériences de la maladie de citadins qui permettent de se démarquer de toute lecture « ethniciste » de l'épidémie, en rupture, de ce point de vue, avec les études menées exclusivement dans un espace rural délimité. Position de recherche singulière, qui doit être replacée dans le contexte de la réflexion sur le sida en 1990 et des hypothèses anthropologiques alors formulées. En 1990, le débat sur l'origine africaine du VIH était loin d'être clos et se cristallisait notamment sur l'existence fantasmée de pratiques culturelles à l'origine de la propagation de cette affection (en particulier la zoophilie). De la désignation de pratiques, alors localisées dans l'espace, à la mise en cause de groupes culturels, le pas était aisément franchi (Vidal, 1995-a). De sorte que l'objectif devenait de repérer dans diverses cultures – donc dans autant d'ethnies – des facteurs qui leurs fussent spécifiques et qui susceptibles d'expliquer l'épidémisation du sida.

Une recherche dans un milieu urbain comme celui d'Abidjan s'inscrit volontairement en porte-à-faux avec ce mouvement d'interprétation du sida. Géographiquement et socialement, ce choix ne représentait guère une limitation quand on connaît l'extension spatiale de cette ville, la croissance de sa population et l'impossibilité, de fait, d'en embrasser la diversité sociale et culturelle. Ce sont très exactement ces diversités – et non tel ou tel référent ethnique – qui ont convaincu de l'intérêt d'engager – puis de poursuivre – des recherches dans cette ville. A Abidjan, la diversité s'impose à tout observateur de la vie quotidienne des citadins. Diversité (des origines culturelles et nationales, des rapports au travail, des configurations familiales, des sentiments religieux...) qui n'est toutefois pas le propre de toute ville : Abidjan, au regard des autres villes de Côte d'Ivoire mais aussi de l'Afrique de l'Ouest, possède ainsi une configuration sociale particulière, conséquence de l'histoire de sa création et de son développement par influences régulières de populations étrangères tant à la Côte d'Ivoire qu'à la région des lagunes (Le Pape, 1997).

Partir des centres anti-tuberculeux

Dans cet espace géographique et social singulier, la pris en charge du sida par les Centres anti-tuberculeux possédait – au regard du service hospitalier s'occupant aussi de patients séropositifs – trois caractéristiques essentielles pour développer la démarche anthropologique. En premier lieu, l'association entre la tuberculose et l'infection à VIH (près de 50 % des tuberculeux sous traitement à Abidjan sont aussi séropositifs) confère inévitablement aux Centres anti-tuberculeux un statut de centres de prise en charge de l'infection à VIH. De ce fait, aux questions posées par la prise en charge individuelle et familiale du sida s'ajoutaient celles – spécifiques aux patients des CAT – de la rencontre entre représen-

tations de la tuberculose et du sida. Par ailleurs, et c'est un argument pratique là aussi déterminant, les CAT accueillait depuis 1988 une équipe de recherche américaine des *Centers for Disease Control* qui réalisait l'ensemble des tests de dépistage du VIH dans les CAT : rencontrer des patients du CAT, c'était par conséquent avoir la certitude qu'ils avaient été testés et – au moins pouvait-on le penser au début de la recherche – informés de leur statut sérologique. Ceci alors que dans le service hospitalo-universitaire où des tests étaient aussi pratiqués, les conditions et la fréquence de leur réalisation demeuraient floues. Ajoutons à cela le fait que l'état clinique des patients infectés par le VIH qui se déplacent à l'hôpital est en général plus dégradé que celui des tuberculeux, rendant naturellement difficile toute prise de contact avec ceux-ci.

Avant de rencontrer des patients infectés par le VIH dans les deux CAT et leur proposer la démarche de recherche (rencontres et entretiens répétés, de préférence en dehors des CAT), une première étape a consisté à repérer les principales caractéristiques socio-démographiques de ces personnes (sexe, âge, nationalité, « ethnie », profession...). Cela a été rendu possible par un accès aux données des dossiers médicaux de l'ensemble des patients séropositifs pris en charge pour une tuberculose, de juillet 1989 à juillet 1990. Sous réserve, naturellement, que j'en garde confidentiel le contenu, les médecins des CAT ont en effet autorisé l'accès aux dossiers médicaux². Les deux principales caractéristiques (non médicales) de ces patients ont alors été prises en compte pour cons-

2. N'étant pas médecin moi-même, cet accès n'allait pas de soi. Ma demande était donc assortie de précisions sur les techniques et déontologie de travail de l'anthropologue qui, dans quelque situation d'enquête que ce soit, garde confidentiels les propos échangés et fait en sorte, dans ses écrits, de masquer l'identité de ses interlocuteurs lorsqu'une levée de l'anonymat risque de leur porter tort. Position générale qui s'applique donc naturellement au cas d'une étude menée auprès de malades du sida. Notons par ailleurs qu'en instaurant des relations de relative empathie avec les personnes qu'il côtoie, l'anthropologue est, en mesure d'identifier les situations – voire les personnes – susceptibles de porter atteinte au secret qui gouverne les échanges qu'il établit avec les malades. Le respect de la confidentialité pour l'ensemble des informations recueillies et des observations effectuées n'est pas seulement un impératif moral pour l'anthropologue : c'est une exigence pratique, méthodologique pourrait-on dire. Si cette confidentialité et ce secret des échanges ne sont pas garantis et effectifs, la démarche même de l'anthropologue s'en trouve altérée, et parfois interrompue. Ces justifications, qui peuvent sembler convenues, ont dû être constamment reprises durant mes différentes recherches sur le sida, dès lors qu'un contact avec des malades était prévu, et pas uniquement dans l'optique d'avoir accès à des données inscrites dans un dossier médical. Cette pédagogie répétée de l'anthropologue travaillant sur la maladie, à partir de structures de santé, me paraît emblématique de la nature des relations entre praticiens de la médecine et anthropologues et, donc, de l'effort de communication qui doit être entrepris sur ces aspects concrets et essentiels de la recherche, bien au-delà de la sensibilisation des médecins à l'intérêt, par exemple, de saisir les représentations de la maladie élaborées par leurs patients ou les parcours thérapeutiques de ces derniers.

tituer un groupe initial d'une centaine de patients parmi le millier pris en charge dans les CAT durant l'année écoulée : ces caractéristiques sont les proportions d'étrangers et d'hommes, supérieures à celles que l'on rencontre en population générale. Après une première prise de contact et un entretien avec chacun de ces patients, rencontrés à l'occasion d'une consultation au CAT, le suivi proprement dit s'est engagé auprès d'un groupe qui, durant 4 années, a compris entre 20 et 45 personnes, compte tenu des décès et disparitions survenus. Ces personnes séropositives ont été rencontrées régulièrement, à leur domicile quand elles le souhaitaient (mais en tout état de cause en dehors des CAT). Toujours avec leur accord, des entretiens ont eu lieu avec certains de leurs proches (conjoint, parent, ami). L'étalement dans le temps et la répétition de ces échanges (certaines personnes ont été vues plusieurs dizaines de fois) a constitué la condition première du recueil d'informations qui expriment la variété et l'évolution des représentations et des attitudes face au sida de ceux qui en souffrent.

Après l'étude quantitative des caractéristiques socio-démographiques des patients ont été engagées la description et l'analyse des itinéraires thérapeutiques des malades, de leurs connaissances sur la nature de la maladie et les moyens de contrecarrer son évolution, ainsi que des perceptions et initiatives de leur entourage. L'année suivante (1991), la recherche s'est progressivement ouverte à une approche du sida par ceux qui sont investis de la tâche de le traiter, inséparable d'une analyse de la connaissance du sida par leurs malades et par ceux qui en ont la charge quotidienne (le conjoint, la famille). Hommes (médecins, infirmiers, assistants sociaux) et institutions (centres de soins et de prise en charge psychosociale) ont donc été l'objet d'une attention particulière, dans le cadre d'un projet pluridisciplinaire. Dans des optiques sociologique (la gestion de l'information sur la séropositivité au sein du couple), économique (les effets du sida sur le développement et le fonctionnement d'une structure sanitaire) et anthropologique (l'expérience de la maladie : de sa prise en charge médicale aux réponses individuelles et familiales), je me suis efforcé de mettre en lumière des attitudes et des situations face au sida, illustratives des difficultés rencontrées mais aussi des solutions apportées tant au niveau du couple dont l'un des membres apprend sa séropositivité, de l'individu malade, que de services de soins – comme les CAT – directement confrontés à l'épidémie (Vidal *et al.*, 1997).

Questions à la maladie, questions à l'anthropologie

Au cours de cette recherche, je me suis penché sur les stratégies élaborées par le malade et son proche entourage au fil de l'évolution de son état de santé. Bien que central, l'argument économique et financier

(déplacement à la structure de soin, paiement de la consultation et, surtout, des ordonnances) a été replacé dans une optique plus large, incluant notamment l'analyse de l'itinéraire thérapeutique du patient (à travers ses motivations et ses conséquences sur les activités professionnelles et les relations avec le conjoint) et du traitement que celui-ci réserve à l'information sur sa séropositivité (Vidal *et al.*, 1997). Ce dernier thème de réflexion a largement marqué ce premier « cycle » de recherches sur le sida (1990-94). En effet, appréhender les représentations du sida, chez les malades eux-mêmes c'est, d'emblée, être confronté aux difficultés qu'ils rencontrent et aux stratégies qu'ils mettent en œuvre pour partager ou non l'information sur leur maladie (Vidal, 1992-d ; 1994 ; 1996-a). Le travail effectué par le malade pour tenter, autant que possible, de contrôler la circulation de l'information sur son affection (au sein de sa famille et de son entourage, entre le personnel de santé et ces derniers) s'est inscrit, en 1990, dans un contexte de non-annonce de la séropositivité dans les CAT. En d'autres termes, le patient se trouvait fréquemment dans la situation de devoir répondre à des interrogations (des parents, du conjoint, des collègues de travail...) sur la nature du mal qui l'affectait sans qu'il en connût lui-même la nature exacte. Quand, au fil des années, l'annonce de la séropositivité est devenue plus régulière, la question posée au malade n'a plus été uniquement « que dire ? » mais aussi « à qui parler ? » (Vidal, 1994).

Naturellement, cette situation initiale de non-information du patient a généré des problèmes inédits dans le déroulement de mes rencontres régulières avec les malades. J'aurai l'occasion d'évoquer dans les chapitres suivants ce contexte particulier de mes relations avec les malades, les choix effectués face à cette situation et leurs conséquences pour la démarche anthropologique. A ce stade de mon propos, je rappellerai succinctement quelques-uns des principaux résultats de ces quatre années de recherche auprès de malades du sida. Mais auparavant, il me semble nécessaire de souligner la connexion établie, au fil de la recherche, entre les parcours et représentations des malades, d'une part, et l'offre de soins et d'informations dans les structures de santé, d'autre part. S'il faut y voir, non pas dans une reconstruction simplificatrice ou idéalisante, une marque de singularité, ce n'est pas tant par la mise en parallèle de ce qui se passe et se dit dans les CAT *et* dans les familles ou les couples, mais bien plutôt dans ce que ce dispositif de recherche a mis en exergue : une difficulté massive à annoncer la séropositivité. Dès lors, le sida et son traitement anthropologique sont singuliers dans leurs formes et leurs enjeux parce qu'ils offrent à l'analyse des situations de ce type.

Revenons donc à quelques constats de ces recherches pour souligner, tout d'abord, que les parcours thérapeutiques des personnes séropositives se caractérisent par leur grande richesse, cumulant et/ou faisant se succéder des démarches de soins qui en viennent à contester l'opposition habituelle entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Le pragmatisme des malades les amène à rechercher aussi bien auprès des méde-

cins que des tradipraticiens un traitement des symptômes de leur mal et des éléments d'explication sur son origine et son cours prévisible. De telle sorte que leurs itinéraires thérapeutiques décomposent les catégories générales de « médecine moderne » et « médecine traditionnelle » pour révéler des associations, ou des incompatibilités, entre hôpital et tradipraticien spécialisé dans la prise en charge du sida, entre dispensaire et guérisseur de quartier (Vidal, 1992-a). En second lieu, l'ignorance par le malade de son statut sérologique a eu pour double conséquence la remise en cause des conseils de prévention délivrés et la confusion des représentations de la tuberculose et du sida : ne sachant pas précisément quelle maladie était désignée par les expressions des médecins faisant état de « sang sale » ou de « sang mauvais », les patients les rapprochaient de la seule affection connue – leur tuberculose – ce qui, *ipso facto*, les conduisait à abandonner les mesures de prévention qui leur avait été délivrées (ne pas avoir de rapports sexuels, ou les protéger) dès l'instant où ils s'estimaient guéris, soit au bout de quelques semaines de traitement anti-tuberculeux. Par la suite, lorsqu'il a été décidé, dans les CAT, d'informer de façon plus systématique les patients de leur séropositivité, les personnes suivies depuis plusieurs mois ont été confrontées à une révélation tardive de leur affection : on observe alors une rupture de l'équilibre trouvé par le patient, aussi bien dans sa vie personnelle que professionnelle, particulièrement sensible lorsque cette annonce « décalée » intervient alors qu'aucune manifestation grave de l'affection n'a été notée. Enfin, il convient de mentionner l'extrême prudence dont font preuve les personnes infectées par le VIH dans le partage de l'information sur leur état de santé. Cette prudence est le fruit de l'observation des réactions des proches, apprenant la séropositivité d'un tiers ou lors de discussions à bâtons rompus sur le sida « en général » (Vidal, 1995-b ; 1996-b).

Parallèlement à ces différents constats, une attention particulière a été portée aux questions susceptibles de nourrir le débat sur les enjeux et les conditions d'un regard anthropologique dans la recherche sur le sida ; questions qui se sont pour la plupart cristallisées autour de l'annonce – ou plutôt la non-annonce – de la séropositivité. Dans les CAT, les problèmes avancés par les personnels de santé pour ne pas informer les patients ont été identifiés (manque de temps, crainte des réactions du malade) et, par la suite, l'attention des médecins a été attirée sur la nécessité de remédier à cette situation. J'avais à cet effet un argument associant la prévention de l'infection à VIH (faire en sorte que le patient dispose de l'information sur sa séropositivité, première étape pour envisager qu'il puisse prévenir la transmission du VIH à autrui) et sa prise en charge (le patient informé, loin d'être passif, multiplie les recours de soins et les demandes d'aide auprès de proches – autant de démarches susceptibles d'améliorer ses conditions de vie).

En écho aux difficultés d'ordres multiples des personnels de santé pour procéder à l'annonce de la séropositivité, je me suis attaché à résoudre celles que, personnellement, je rencontrais face à des personnes dont je

connaissais le statut sérologique, qu'elles-mêmes ignoraient. L'attitude adoptée a consisté à ne pas se substituer aux médecins et assistants sociaux qui ont la charge du diagnostic, de l'information du patient et de son soutien psychologique ou matériel. Ceci étant, au fil des mois et dans des conditions extrêmement précises, j'ai été amené à prendre de façon tout à fait exceptionnelle quelques libertés avec cette position, au point de décider d'informer quelques rares personnes de leur séropositivité (Vidal, 1996-a ; 1997). Ces conditions étaient, tout d'abord, le désir manifesté régulièrement par le malade de connaître l'identité exacte de l'affection qui le touche, qui l'oblige à protéger ses relations sexuelles et qui lui est présentée en termes de « sang sale » ou « mauvais ». De plus, à cette demande du malade, devait s'ajouter l'existence d'un risque, pour le patient ou son partenaire, en cas de non-information du premier. C'est notamment le cas lorsqu'une jeune femme, séropositive, subit un avortement (et donc n'a pas adopté ou a abandonné les mesures de prévention théoriquement préconisées par les médecins) : le cas de figure le plus général est celui d'une personne affirmant ne prendre plus aucune précaution dans sa vie sexuelle. Troisième exigence que je m'étais fixée, l'absence de toute relation du malade avec le CAT : coupé des personnes susceptibles de l'informer de sa séropositivité ou de lui réitérer les conseils de prévention, j'étais alors la seule personne en mesure de l'éclairer sur la nature de sa maladie.

On conçoit aisément que ces choix, et celui, initial, de travailler auprès de malades du sida, ont imposé des séries de réflexions sur lesquelles je reviendrai plus longuement dans le chapitre 8³ (les aspects éthiques de la recherche anthropologique en général et sur le sida en particulier ; les échanges et parfois contradictions entre exigences méthodologiques et impératifs éthiques ; les rapports envisageables et effectifs entre anthropologue et personnels soignants). Au-delà de ces implications, le fait d'investir un objet qui se révèle, au cours de son approche, une pratique aussi importante sur le plan anthropologique qu'inattendue, signe la présence d'un objet singulier. Et, lorsque cette singularité – la non-annonce du statut sérologique – débouche, à son tour progressivement et de façon non prévisible, sur une réponse singulière de l'anthropologue, on voit donc se dessiner un système de singularités qui rend par la suite illusoire toute tentative d'extraire de la démarche anthropologique la réflexion sur la construction et l'approche de l'objet. Travail de réflexivité qui doit être une préoccupation constante et non pas accessoire de notre pratique et qui, lorsqu'elle s'applique au sida et à l'expérience qu'en ont

3. S'agissant du choix d'informer quelques patients de leur séropositivité, aux arguments, brièvement évoqués ici, à l'appui de cette démarche il convient d'ajouter une autre série d'arguments qui montrent l'impasse, tant éthique que méthodologique, à laquelle aurait conduit le refus d'intervenir dans le sens finalement décidé : démission de l'anthropologue face à des demandes témoignant de situations de détresse, impossibilité ultérieure de poursuivre la relation anthropologique ... (Vidal, 1996-a ; 1997).

ses malades, permet d'enrichir et de renouveler le débat central sur la subjectivité du chercheur, le rôle de médiateur de l'informateur et les limites de l'investigation anthropologique.

Risques déclinés

En filigrane de l'annonce de la séropositivité émerge, pour le soignant, la possibilité de tenir au malade un discours sur le risque (d'être exclu, de ne pas pouvoir se soigner, de contaminer autrui). Problématique du risque que je vais appréhender dans ce chapitre à d'autres moments de la prise en charge du sida, mais aussi dans les pratiques des acteurs de la possession rituelle. S'agissant du sida, la réflexion sur le risque s'impose dès l'instant où chacun – anthropologue, médecin, acteur de la santé publique – se pose la question suivante : dans des contextes où les connaissances sur le sida se développent et se partagent, comment évoluent les comportements ? À cette formulation neutre de la question déjà ancienne – bien au-delà des problèmes de santé publique – du lien entre les connaissances et les pratiques on pourrait substituer une interrogation plus problématique : pourquoi les comportements en matière d'évitement du sida évoluent-ils moins vite, et à tout le moins à des rythmes différents, que les connaissances sur les modes de transmission et les moyens de prévention ? Le souhait d'inscrire une recherche dans ce champ de réflexion signifie dans le même temps le passage de questions relevant de la « prise en charge » (sociale, psychologique, médicale) à celles plus spécifiquement propres à la « prévention ». Passage qui consiste plus en un déplacement qu'en une réelle reformulation de l'objet. En effet, travailler sur les rapports à la maladie des personnes atteintes elles-mêmes pose progressivement des questions, non plus uniquement aux enjeux ou conditions de « la prise en charge », mais aussi, explicitement, à la prévention. Les malades tiennent à cet égard des discours et décrivent des pratiques riches d'enseignement pour comprendre les mécanismes qui les amènent à protéger – ou à ne pas protéger – leurs relations sexuelles. Choix d'autant plus intéressants dans une perspective de prévention qu'ils sont décrits et justifiés dans leurs évolutions, de la période qui a vu leur contamination par le VIH (l'échec – quelles que soient ses raisons – de la prévention à leur niveau) à celle, actuelle, où des stratégies de réduction, voire d'évitement du risque sont adoptées.

Les singularités de ces divers rapports au risque seront donc présentées dans un premier temps à partir des expériences de personnes (infectées ou non, soignants) confrontées au sida, puis exposées – dans le registre cette fois-ci de la possession et avec la prudence qu'impose cette

mise en parallèle – autour de l'idée d'une mise en jeu de savoirs et positions statutaires lors des rituels.

Hiérarchiser, conjuguer, éviter

Un premier constat : le sida, en tant que nouveau risque, qu'il soit nommé, tu, ou métaphorisé, est à conjuguer et à hiérarchiser avec des risques anciens et nouveaux, qui modèlent la définition de projets de vie impliquant des négociations individuelles et collectives. C'est dans ce cadre même que le risque du sida acquiert pour tels individus ou tels groupes des attributs plus ou moins précis (en quoi consiste-t-il ? À quoi expose-t-il ? qu'est-ce qui le détermine ?). En effet, face au risque de contracter le mal (qui induit les risques sociaux qui cernent la sexualité et l'alliance), il y a le risque que le mal (son existence, son énonciation, son diagnostic) fait courir à la société, aux projets du groupe ou de la personne considérée. On est donc en mesure d'émettre l'hypothèse que ce sont bien des séries alternatives de risques divers qui sont négociées à propos du sida. Aussi bien en Côte d'Ivoire qu'au Mali, l'objectif a été d'examiner dans divers contextes sociaux quels sont les lieux de négociation (de valeurs, de projets, d'identités relationnelles) dans lesquels le complexe « sida » (dénomination, reconnaissance, comportements de protection induits) va être pris, et quels sont les risques avec lesquels il va être conjugué¹.

La recherche menée en Côte d'Ivoire s'est engagée auprès de personnes atteintes, d'anciens tuberculeux non infectés par le VIH, de personnes représentant la « population générale » et enfin de personnels de santé. Je suis alors parti de l'observation selon laquelle, au sein d'une société dont au moins 10 % des adultes sont contaminés par le VIH², se crée inévitablement une proximité générale avec la maladie. Cette proximité revêt différentes formes et débouche sur des attitudes variées. Un parent, un voisin ou un ami peut être atteint, ou chacun peut avoir côtoyé des malades, à l'hôpital (en particulier au Service des Maladies infectieuses du CHU de Treichville). En conséquence, un sentiment de menace, de peur de la maladie, est à même d'être renforcé : dans le même temps, peut aussi se développer l'image d'une banalisation du sida, affection devenue courante qui n'épargne personne. Situations et impressions multiples qui amènent donc à s'interroger sur la nature du rapport noué

1. Problématique et résultats de cette recherche sont rassemblés dans Fay & Vidal, 1999.

2. En 1997, ont été relevées à Abidjan des prévalences du VIH de 15,3 % chez les femmes enceintes (Msellati *et al.*, 1998), 44 % chez les tuberculeux en traitement et 63 % chez des prostituées (Greenberg *et al.*, 1997).

par chacun avec le risque représenté par le VIH, suivant sa proximité avec la maladie : intime et personnelle chez les séropositifs ; informée chez les tuberculeux non infectés qui, lors de leur test et l'annonce de leur séronégativité, ont reçu des informations précises sur le sida ; variable, chez les personnes rencontrées dans un quartier populaire d'Abidjan³ ; professionnelle chez les personnels de santé, au contact quotidien de malades du sida.

Ainsi, tant auprès des personnes séropositives que séronégatives ou de statut sérologique inconnu, a été constatée la difficulté à hiérarchiser les risques relatifs aux différents modes de transmission du VIH (Vidal, 1999-b). Il est indispensable de rapprocher cette difficulté des hésitations et des impossibilités à quantifier, pour chacun de ces modes, la probabilité de la contamination. Concrètement, prennent forme des sentiments individuels d'exposition au risque qui mettent sur le même plan le risque de contracter le VIH lors d'une relation sexuelle non protégée, d'une transfusion ou de l'utilisation de matériel souillé par du sang infecté. Cette approche non hiérarchisée du risque reproduit les messages de prévention qui se contentent le plus souvent d'énumérer des situations de transmission du VIH sans y introduire quelque niveau variable de risque que ce soit. À l'instar de ce qui a été souligné pour la méconnaissance des probabilités de transmission du VIH lors de chacun des modes de transmission, l'absence de hiérarchisation des risques a par ailleurs pour effet négatif d'accroître la perception de la personne infectée par le VIH comme potentiellement contaminante dans des situations qui, d'un point de vue épidémiologique, ne sont pas attestées. Ceux qui mentionnent le passage chez un coiffeur comme autant à risque qu'une transfusion peuvent en effet être les mêmes qui tendent à marquer leur défiance par rapport au partage de plats et de couverts avec une personne infectée.

Cette proximité illusoire avec le VIH relève d'un « effet de connaissance », débouchant sur une attitude déclarée ou une représentation qui reprennent pour partie une connaissance médicalement ou épidémiologiquement attestée, soit des modes de transmission ou de prévention, soit des manifestations de l'infection à VIH. Ainsi, de nos jours, craindre de boire dans le même verre ou de manger avec les mêmes couverts qu'une personne séropositive ne peut être simplement assimilé à une méconnaissance des voies de transmission du virus du sida et renvoie clairement aux représentations de la transmission de la tuberculose. La plupart des personnes à Abidjan savent en effet que le tuberculeux reçoit pour consignes de ne pas partager ses couverts : l'élément nouveau dans cette construction du risque a trait à l'association – épidémiologique, pourrait-on dire – entre la tuberculose et le sida. Ces mêmes personnes ont compris que les deux affections sont fortement liées, pour l'avoir relevé dans les discours préventifs ou médicaux sur le sida, ou pour en avoir fait l'expé-

3. Personnes dont le statut sérologique m'était inconnu.

rience dans leur proche entourage. Le problème demeure donc bien qu'une telle avancée de la connaissance ne permet pas d'éviter de possibles attitudes de défiance vis-à-vis du malade. Ainsi, lorsque les voies de transmission de la tuberculose sont pensées comme pouvant transmettre aussi le VIH, ce sont les images de peur associées à ces deux pathologies qui se trouvent mutuellement renforcées (et non plus celles du seul sida).

De son côté, le regard porté sur les relations entre hommes et femmes introduit la problématique de l'« effet de connaissance ». Si l'on prend un peu de distance par rapport aux déclarations en matière de protection des relations sexuelles, on relève tout d'abord, de la part des femmes, un discours récurrent sur la difficulté de « faire confiance » aux hommes. Cette absence de confiance est présentée comme étant soit le résultat de l'expérience d'une relation durant laquelle la femme a constaté l'infidélité de son partenaire ou son incapacité à prendre ses responsabilités dès lors que survient une grossesse, soit le fruit d'une image générale des relations avec les hommes, inévitablement basée sur l'absence de franchise. Ces constats relativement stéréotypés se trouvent renforcés par l'argument du risque de s'exposer à « des maladies », dont le sida. Évocation du comportement « habituel » et « inévitable » des hommes, d'une part, peur du sida, de l'autre, se combinent alors pour donner corps à des comportements déclarés qui soulignent l'adoption de mesures de protection contre l'infection à VIH. Utiliser le préservatif permettra ainsi d'éviter une grossesse pour laquelle on sait ne pas pouvoir compter sur l'aide de l'homme ; refuser un rapport sexuel s'inscrira dans une image plus générale de l'homme, dont les hésitations à s'engager dans une relation durable ou l'infidélité supposée nuisent à la confiance préalable à une relation. Le risque de s'exposer au VIH se voit donc contourné en évitant le risque – plus global – qui consisterait à débiter une relation fondée ni sur la franchise ni sur un quelconque espoir de pérennité.

Parallèlement à ces gestions féminines du risque, qui sont avant tout des approches des relations avec les hommes, sont mentionnées, par ces derniers, des stratégies de sélection de la partenaire qui consistent à évaluer son comportement au moyen d'une forme d'enquête personnelle. Je pense ici aux attitudes qui consistent à contourner le risque de s'exposer au sida en associant ou en substituant à l'utilisation du préservatif le principe du « choix » raisonné et organisé de la partenaire. Les hommes qui font état de la mise en œuvre de ce type de stratégies s'intéressent peu aux traits physiques de la femme, susceptibles d'être associés aux images du sida. Alors qu'il y a quelques années l'amaigrissement était redouté, les hommes évitant tout contact avec des femmes de faible corpulence, de nos jours, la connaissance de l'existence d'une séropositivité asymptomatique se répand et il est de plus en plus admis que l'amaigrissement ne signifie pas une atteinte par le VIH et que l'embonpoint n'est pas un gage de non infection. En revanche, parallèlement à cet « effet de connaissance », la vaste question de la « réputation » de la femme est l'objet d'une attention particulière de la part de l'homme. Nous ne touchons pas

là à une pratique réellement originale de choix du partenaire – dans de nombreuses sociétés le choix de la femme à épouser résulte en partie d'« enquêtes de moralité » de ce type –, mais à une pratique réactualisée en liaison avec la menace du sida. Ce qui est en jeu, pour l'homme, c'est moins l'identification d'un trait de caractère personnel de la femme que la connaissance de son comportement sexuel. Dans le même temps, ces stratégies ont des limites reconnues par ceux-là même qui les mettent en œuvre. Nous sommes ici dans un registre de réduction supposée et non d'élimination des risques : alors que des témoignages concordants et négatifs sur la « moralité » de la jeune femme mettent un terme à la relation envisagée, les hommes savent bien qu'une femme qui passe avec succès cette « épreuve » n'est pas de fait séronégative. Mais les observations effectuées et les conclusions tirées relatives au comportement de la jeune femme ne sont pas pour autant remises en cause : est en effet soulignée la possibilité que la jeune femme ait été au contact du VIH par le biais d'une intervention chirurgicale ou d'une transfusion sanguine, et pas uniquement au travers de rapports sexuels. Nous avons là un nouvel effet de la connaissance croissante de l'infection à VIH, qui débouche sur des approches du risque multipliant les éléments pris en considération dans le choix du comportement à adopter.

En élargissant la réflexion des connaissances aux pratiques déclarées, on observe – à partir de l'examen des conditions de vie et des projets professionnels de femmes – qu'une multiplicité de problèmes marquent le rapport à l'activité source de revenus. Difficultés qui, loin de décourager les initiatives, s'accordent avec des projets variés et une volonté sans cesse affirmée de vouloir subvenir à ses propres besoins. Suivant les personnes et le rapport de chacun à la maladie, ce constat général prend des formes variées. Chez les jeunes femmes rencontrées dans un quartier populaire transparaît le désir d'acquérir une autonomie financière qui passe par la mise sur pied d'une activité commerciale ou la poursuite d'études, et qui suppose une relative prise de distance par rapport à la tutelle d'un homme. Autonomisation qui ne signifie pas refus d'avoir des relations durables avec un homme : au contraire, c'est en affichant son autonomie financière, par exemple, que peut se renforcer la possibilité d'« avoir un mari ». En effet, revient fréquemment l'observation suivant laquelle les hommes sont plus susceptibles de construire des projets de couple avec des femmes qui ont leurs propres revenus. Chez les plus jeunes, cette remarque est le fruit d'une image du couple où une relative indépendance financière de la femme est à la fois profitable à celle-ci et voulue par l'homme. Pour les femmes ayant déjà connu la vie en couple, un tel choix est directement le résultat de l'expérience d'une dépendance financière vis-à-vis d'un homme qui les a laissées démunies lorsqu'est intervenue la séparation.

Les projets personnels des femmes évoqués (commerce, études) se heurtent à des problèmes de financement. Toutes, dans un premier temps, s'adressent à leur entourage familial ou amical pour constater, *in fine*, la

difficulté de réaliser leur projet en l'absence d'un minimum de soutien auprès de personnes « bien placées ». Les femmes réintroduisent alors dans leurs propos la menace du sida en affirmant refuser de répondre aux pressions de nature « sexuelle » qui leurs permettraient, soit de trouver l'argent nécessaire à leur projet, soit d'obtenir un emploi. Les échecs dans cette quête d'un travail modifient parfois la nature du projet mais ne remettent pas en cause le principe d'acquérir une autonomie financière et de subvenir aux besoins d'un groupe, s'agissant des personnes qui ont une famille à charge. Par ailleurs, cette difficile satisfaction de la volonté de travailler prend explicitement forme en liaison avec une conscience du risque représenté par l'infection à VIH : elle témoigne donc d'un processus de négociation des risques – entendus au sens large – dans lequel l'éventualité de ne pas trouver de travail est préférée à celle de s'exposer au VIH.

L'examen des rapports au risque conduit par ailleurs à s'intéresser aux attitudes et représentations des personnels de santé en liaison avec la menace. Entretiens et observations dans une structure sanitaire ont révélé la persistance chez ces professionnels d'un sentiment d'exposition au virus du sida, y compris lorsque sont objectivées les mesures de protection prises dans leur travail de soignants, et malgré une mention générale des modes de transmission avérés du VIH. Cette évocation récurrente d'un risque « résiduel » apparaît caractéristique d'une peur du malade du sida, que l'on ne peut formellement identifier au sein d'un service de soins (à moins de disposer des résultats du test de dépistage de toutes les personnes que l'on prend en charge) mais que l'on sait « présent », compte tenu de la diffusion de l'infection à VIH dans la population générale. Formellement, sont donc mobilisés des connaissances se rapportant à deux niveaux de réalité. D'une part, les situations que vivent les professionnels de santé, dans l'exercice de leur métier : ils savent que des gestes peuvent exposer au VIH et qu'il existe des moyens et des techniques pour éviter ce risque. D'autre part, une connaissance générale de la diffusion de l'infection à VIH qui, même si elle n'est pas quantifiée de façon précise, renvoie à un ordre de grandeur, donc de gravité de l'épidémie. A ces deux niveaux viennent naturellement s'ajouter aussi bien les craintes que les convictions ou les attentes individuelles pour former, *in fine*, ces représentations d'un risque « malgré tout ».

La menace du sida modèle donc, à des degrés divers, le rapport au risque, que ce soit dans l'activité professionnelle des soignants ou dans la quête d'autonomie des femmes. Exposées à un risque de ne pas avoir de travail, qui réintroduit, dans un enchaînement en forme de boucle, le risque de la contamination par le VIH, les femmes doivent aussi composer, dans leur recherche d'une stabilité affective, avec celui de ne pouvoir nouer une relation de couple durable. Risques singuliers car rapportés, chez chaque individu, à des histoires de vie ou des parcours professionnels originaux, spécifiques. Ces singularités sont, dans le même temps, indissociables de permanences formalisées en termes d'« effet de

connaissance » et de « risque résiduel » qui obligent à une lecture du risque social, et non plus strictement sanitaire (la contamination par le VIH). C'est bien de cela qu'il s'agit lorsque le risque-sida est conjugué et hiérarchisé avec d'autres risques qui, précisément parce qu'ils mettent en jeu la capacité de l'individu à se créer des espaces d'autonomie (dans son travail, dans sa vie de couple), réintroduisent la menace du sida. Ces risques appréhendés ne sont pas seulement singuliers et communs mais aussi communs car singuliers, dès lors qu'ils révèlent la place de l'individu dans la société. Mise en perspective sociale du risque par ses déclinaisons singulières que l'on retrouve dans les rituels de possession.

Les risques du *zima*

L'appréhension du risque par les acteurs de la possession est explicitement présente lorsqu'est en jeu la possibilité d'un échec – ressenti ou effectif – du rituel dans ce qui le constitue : le respect de ses objectifs. Durant le *yenendi*, par exemple, il s'agit – comme je l'ai dit – tout à la fois de répondre à une préoccupation précise (comment se déroulera la prochaine saison des pluies ?) et de révéler en public, pour les résoudre, des différends qui nuisent à la cohésion du groupe. Dans cette perspective, l'objectif premier du *yenendi* est la venue de génies, plus précisément ceux dont la parole sur ces questions est attendue et écoutée. La présence de Dongo est alors nécessaire, afin d'évoquer la prochaine saison des pluies : la révélation publique et le contenu des devises qui lui sont adressées visent expressément cet objectif. Indispensable au succès de tout *yenendi*, cette présence de Dongo témoigne *ipso facto* de la capacité du *zima* à organiser et mener à son terme cette cérémonie annuelle. Le succès des possessions est donc aussi, pour partie, celui du *zima*. À travers sa personne, c'est son savoir qui se trouve validé – compétences pratiques en matière d'organisation de la cérémonie, savoir-faire lors de son déroulement et connaissance des devises des génies ainsi que de leurs manifestations. À l'inverse, l'échec des possessions attendues donc du *yenendi* serait avant tout un échec pour le *zima*, qui s'exposerait alors à des critiques, tant de la part de ses confrères *zima*, de « chevaux de génies » que des génies eux-mêmes à l'occasion d'un autre rituel. La cible des critiques serait incidemment le savoir du *zima* et, *ipso facto*, son pouvoir de « chef de culte » : il n'est pour s'en convaincre que de se rappeler le déroulement de la « danse » au cours de laquelle le *zima* multiplie les précautions (insistance auprès du génie pour qu'il dise et répète son nom et pour qu'il s'engage à ne plus importuner son nouveau « cheval ») pour, *in fine*, présenter l'image d'un savoir sûr et incontestable. Là encore, en filigrane de cette exigence du *zima*, se lit un risque majeur : que le comportement futur du génie le déjuge et signe son inca-

pacité à organiser une « danse » qui réponde aux objectifs d'alliance du génie avec son nouveau « cheval », et donc de maîtrise des manifestations du génie.

Le risque auquel s'expose le *zima* dépasse une légitimité perdue pour toucher, aussi, son intégrité physique. Ce fut le cas, lorsque les musulmans hamallistes arrivèrent en pays peul, dans les années 1940 et demandèrent aux « chevaux de génies » de nommer leurs génies : ils avaient alors conscience de s'en prendre à un élément central du savoir de la possession. Rares sont ceux qui cédèrent (« ils nous ont dit de nommer nos génies, nous leur avons dit qu'ils n'ont qu'à nous enterrer. Qui peut accepter de nommer son génie pour qu'un malheur lui arrive ? ») ; ceux qui s'y résolurent tombèrent alors malades et durent se confier à nouveau à un *zima* pour rétablir l'ordre rompu de la relation qui les liait à leur génie. Les « chevaux de génies » et les *zima* se trouvaient ici dans des situations à risque où la menace se singularise par sa focalisation sur des individus clairement identifiés (ceux qui auront avoué le nom de leurs génies), tout en mettant en cause un savoir constitué et des pratiques rituelles, et donc à ce titre une organisation sociale à objet religieux.

Enfin, parmi les risques que doit négocier le *zima* je mentionnerai le souci permanent de présenter l'image d'un savoir plus cohérent dans son contenu et ses modalités de constitution que réellement exhaustif. Cette cohérence renvoie à l'histoire du savoir de chacun (comment il a été acquis / hérité ; comment s'agencent les récits mettant en scène tel ou tel génie...) et sur laquelle je reviens plus longuement par la suite (chapitre 4) : cohérence affichée qui se trouverait par conséquent remise en question, en cas d'échec d'un rituel. Risque inacceptable qui, si on l'ajoute au risque d'atteinte physique évoqué précédemment, permet d'identifier un complexe de situations à risque. Au sein de ce complexe, l'exposition au risque de contestation de la légitimité sociale se repère en divers moments rituels, comme en dehors de tout rituel. Elle est par ailleurs traversée de menaces pour la santé (la figure du génie agresseur ou vengeur y est centrale), ce qui autorise à parler des rituels de possession comme d'entreprises religieuses et sociales de négociation de risques d'ordres divers. Toutes choses égales par ailleurs, nous voyons là se dessiner un rapprochement avec les rapports aux risques induits par la menace du sida. Insistons bien sur le fait que cette analogie autour de la question générale de la négociation sociale de risques n'a pas vocation à proposer une interprétation comparée de la possession et du rapport au sida ignorant les évidentes spécificités de l'une et de l'autre. Ceci étant, sur la question précise de la présence de risques auxquels un individu est exposé et qui, ce faisant, impliquent un ensemble de relations sociales, ces deux objets de recherche permettent d'avancer dans la compréhension successive des conditions, de l'expression et des conséquences de l'exposition à un risque.

Risques et incertitude

Construire sa propre expérience de la maladie (manifestions cliniques, recours thérapeutiques, réactions de l'entourage compris), tout en voyant se maintenir et émerger des points d'incertitude, place fréquemment l'individu dans une situation de choix, certes, mais de choix entre des risques d'ordres multiples. On parlera alors de négociations sociales des risques dès l'instant où les termes de la décision que prendra le malade (d'informer ou non son partenaire ou son conjoint, de solliciter l'aide financière de tel ou tel, de recourir à tel ou tel traitement...) sont évalués en fonction de considérations qui mettent en jeu la position sociale de l'individu (en tant qu'homme ou femme marié(e), chef de famille, aîné...). Avec le sida, cette position sociale, loin d'être définitivement acquise, peut s'avérer fragile : ce sera par exemple celle de la femme mariée (devant la menace que représente une rupture conjugale si le mari apprend sa séropositivité) ou encore celle du chef de famille (malade, il perd la capacité de subvenir aux besoins des siens et, à ce titre, n'assume plus une de ses fonctions de « chef de ménage »).

En somme, négocier le risque représenté par le sida à l'intérieur d'un ensemble de risques sociaux révélés c'est introduire à nouveau la question de la hiérarchisation des risques. Celle-ci concerne non seulement les diverses modalités de transmission du VIH – qu'elles soient imprécisément mesurées ou surévaluées – mais aussi les positions familiales et statutaires explicitement en jeu. On est donc en présence d'une intrication entre les risques sociaux et sexuels (emblématiques du risque-sida), tous deux gouvernés par un principe d'incertitude fort. Dans l'exposition au risque sexuel, un premier cas de figure est celui d'une relation de couple réduisant les possibilités de protéger le rapport sexuel (parce qu'il s'agit d'un couple marié ou qui envisage de l'être, ou encore qui désire avoir un enfant). Dans ce cas, la question de la mesure du risque statistique est secondaire : l'incertitude qui caractérise tout rapport au risque se situe ici dans le devenir de la relation de couple. Nous retrouvons les enjeux de hiérarchisation des risques familiaux et statutaires. Second cas de figure, le rapport sexuel est moins directement gouverné par des contraintes sociales et alors la quantification du risque peut être recherchée prioritairement. L'incertitude découle ici de la difficulté à obtenir – dans les messages de prévention diffusés – des informations précises sur ces questions.

On constate aisément à cet égard que, dans leur configuration actuelle la plus courante⁴, les messages de prévention et, plus généralement,

4. Il comporte une énumération des voies de transmission du VIH, des situations qui ne sont pas à risque et des moyens de prévention mais avec : des oublis (la transmission durant l'allaitement est rarement mentionnée), la mise en avant de situations de contamination encore très théoriques (par le biais de lames de rasoir, chez un coiffeur) et, plus

d'éducation pour la santé n'aident guère les personnes se trouvant dans l'un des deux cas de figure évoqués ci-dessus à appréhender le risque-sida. Le discours sur l'abstinence, la fidélité ou le préservatif est de peu d'utilité pour les couples qui, voyant leur relation se stabiliser, veulent un enfant ; il n'est par ailleurs pas sans culpabiliser les personnes qui ne peuvent pas protéger systématiquement leurs relations sexuelles mais qui ont néanmoins intégré, d'une certaine façon, un comportement de prévention de la transmission du VIH puisqu'ils en arrivent à utiliser de temps à autre le préservatif. Décrypter de façon détaillée le contenu du savoir de santé publique et son interprétation par ses destinataires potentiels c'est, de fait, le situer au regard du savoir commun et du savoir médico-épidémiologique. On constate alors que le savoir commun sur le sida compose avec un savoir de santé publique essentiellement figé (dans la forme et dans le temps) mais dont les fondements scientifiques, constitutifs du savoir médico-épidémiologique, évoluent et sont révisés au fil des connaissances nouvelles sur la maladie (probabilités et mécanismes de transmission du VIH, réponses cliniques aux traitements, diversité virologique des VIH...). Processus de composition du savoir commun, marqué par sa capacité à associer des informations de nature (sur les traitements, les perspectives de guérison, les modes de transmission du VIH...) et d'origine (les messages de prévention, les informations journalistiques, la vulgarisation scientifique, qui peuvent être directement reçus ou transmis, donc interprétés, par un tiers) extrêmement diverses.

Ce savoir commun, comme le savoir médico-épidémiologique, se caractérise donc par sa dynamique. Dans le même temps, on observe – là encore – une récurrence des incertitudes avec lesquelles ces savoirs doivent composer ou qu'ils engendrent (dans le cas du savoir de santé publique). Deux enjeux théoriques centraux de l'anthropologie de la santé émergent ici : d'une part, autour de la compréhension des liens qui unissent ces différents savoirs et, d'autre part, à travers l'étude de la place qu'occupe le traitement de l'incertain dans ces médiations. Ils appellent une analyse fine de la construction et de la diffusion des savoirs en général et de ceux relatifs à la maladie en particulier. Pour avancer dans cette direction, je vais m'arrêter sur les contenus et modalités d'expression des savoirs portés, aussi bien par les rituels de possession que par la prise en charge du sida.

généralement, je l'ai dit, une absence totale du moindre élément de quantification du risque et de hiérarchisation des modes de transmission du VIH.

Savoirs dans l'expérience

Quels sont ces savoirs, brièvement évoqués précédemment, qui se trouvent questionnés et mis en cause, tant dans le travail du soignant que dans celui du chef de culte ? A cette interrogation générale je tenterai d'apporter des éléments de réponse en me penchant tout d'abord, dans l'espace de la possession, sur un rituel essentiel dans le parcours du futur « cheval de génies » puis sur le processus de diffusion du savoir spécialisé du *zima*. Ensuite, toujours dans ce registre de savoir spécialisé, je présenterai celui tout aussi singulier d'un tradithérapeute qui a intégré à sa pratique, et donc à son savoir, un traitement du sida. Approches de savoirs divers qui, *in fine*, m'amèneront à développer une réflexion sur la notion d'expérience, celle des dépositaires mais aussi des destinataires de ces savoirs.

Les implications du savoir du *zima*

Parmi les rituels de possession qui scandent les activités des *zima*, celui de l'« époussetage » permet d'illustrer la réflexion sur les dimensions singulières des savoirs et pratiques dans l'exercice rituel. Ce rituel consiste à amener le génie – qui s'est manifesté à une personne par des troubles – à révéler son identité ; il précède la « danse » qui formalisera l'alliance entre le génie nommé et son futur « cheval ». Précisons que l'identification proprement dite du génie agresseur est acquise bien avant ce rituel de nomination, lorsqu'il possède pour la première fois celui qui sera son « cheval » : ses pas de danse, ses traits de caractère révélés par ses propos, sont alors autant de caractéristiques qui permettent alors de l'identifier. A travers l'« époussetage » ce n'est donc pas la connaissance du nom du génie qui en jeu, mais plus exactement sa révélation publique et, au-delà et bien plus fondamentalement, comme nous allons le voir, l'intégrité du savoir du *zima* et la légitimité de ses prochaines interventions.

La notion d'«époussetage»¹ renvoie au nettoyage symbolique du corps du génie que permet ce rituel. En effet, non «épousseté», le génie est considéré comme étant chargé de saletés dont il ne se débarrassera qu'au terme de l'«époussetage». Celui-ci est précédé d'une période de réclusion de sept jours au cours de laquelle le «cheval» consomme des préparations à base de plantes et s'en lave le corps. Le génie de la personne concernée donne le signal de cette étape en fixant, lors d'une possession, le coût de la semaine et de la nuit de nomination. Cette somme (comprise entre 30 et 300 euros) ne sera remise au *zima*, par les parents de la personne choisie par un génie, qu'à la fin de l'«époussetage». Une fois cet argent réuni, le *zima* décide de préparer les décoctions et boissons à base de plantes, le jeudi ou le dimanche suivant, à condition que cela ne l'oblige pas à organiser la semaine au-delà du 25^e jour du mois lunaire : les tout premiers jours du mois la luminosité de la lune est faible, ce qui plongerait le travail de nuit du *zima* dans une trop grande obscurité. Or, avec la clarté de la lune, le *zima* estime que «Dieu sera d'accord». Cette condition remplie, le *zima* partira en brousse ramasser les plantes qu'utilisera le «cheval de génies» durant les sept jours. Une semaine avant le début du rituel, le *zima* dépose dans le *hampi* rempli d'eau des grains de mil, différentes plantes, du miel et du lait d'une vache qui est la première née d'une vache elle aussi première née. Lorsque le mil a germé, il est enlevé de la surface de l'eau avec les autres plantes : le tout sera séché et pilé avant d'être mélangé à la «boule» de mil (pâte de mil délayée dans du lait) bue durant la semaine. L'eau du *hampi* sera elle aussi consommée pendant cette période de réclusion, trois fois par jour, et le génie s'en lavera le corps, deux fois par jour.

Ces préparations sont destinées aux génies réputés «forts», les génies «faibles» ayant droit à des préparations simplifiées, comportant moins de plantes. Entre ces génies il y a essentiellement une opposition de caractères. Les premiers sont considérés comme étant des génies honnêtes, leurs conseils et prédictions sont jugés fiables et, par conséquent, très suivis : autant de comportements que les *zima* apprécient hautement, compte tenu des implications qu'ils revêtent pour leur propre savoir – comme en témoigne, nous allons le voir, le déroulement de l'«époussetage». De plus, ces génies refusent d'utiliser leur pouvoir pour causer du tort à autrui, quelle que soit la somme d'argent qu'on leur propose. Enfin, les génies «forts» «descendent» sur leur «cheval», le possèdent, lentement, en réponse à de longs appels chantés. C'est là un gage de leur sincérité. En revanche, les génies «faibles» viennent dès que le joueur de violon se met à jouer, précipitation suspecte aux yeux des *zima* et des observateurs. Leurs discours ne sont guère pris en considération car ils ne tiennent pas leurs promesses. Enfin, contrairement aux génies «forts», ils

1. Du peul *piddol* (issu de la racine verbale *fidd-* : «secouer») et du zarma *fimbi* («secouer», «épousseter») qui, associé au geste visant à enlever les fourmis grimant sur le corps du génie, peut se traduire par «époussetage».

acceptent de rendre malade une personne en échange de quelques biens de peu de valeur (un poulet, des œufs, un flacon de parfum).

Pendant une semaine, le « cheval de génies », physiquement éprouvé, malade, reste dans une case avec un *zima*, lui-même « cheval de génies ». Chaque matin le *zima* qui aura préparé la marmite ou le *hampi* vient saluer le *zima* et la personne restée dans la case. Le génie que l'on s'apprête à « épousseter » possède son « cheval » uniquement lorsque son *zima* l'accompagne pour se laver, le soir, à l'extérieur de la case. Au terme de cette semaine, la consommation des préparations à base de plantes atténue les troubles du « cheval de génies ». Les *zima* justifient ce qui s'apparente à un traitement par l'état du « cheval de génies » (« on la soigne parce qu'elle est malade ») et conditionnent la réussite de leur intervention à l'authenticité du génie (« elle guérira si elle a un vrai génie »). De telle sorte que, lors de l'« époussetage », le *zima* aura la garantie de s'adresser à un génie véritable, responsable de ses propos et provisoirement assagi puisque son « cheval » ne souffrira plus.

L'« époussetage » de la personne attaquée par les génies se déroule sur une fourmilière, la nuit, en brousse. Tout autour de celle-ci sont réunis les *zima* du village, les proches de la personne « époussetée », cette dernière et des « chevaux de génies ». La discrétion de ce rituel contraste fortement avec les autres danses, publiques et de jour, qui attirent un grand nombre de personnes devant le « hangar » du village, l'abri en bois qui accueille les divers rituels publics, au premier rang desquels le *yenendi*. Au centre de la fourmilière est plantée une canne en cuivre, la « canne des génies », aussi sortie lors de la « danse » de sept jours quand un animal est égorgé. Les génies qui « descendront » à tour de rôle sur le « cheval » que l'on « époussette » tiendront cette canne, accroupis sur la fourmilière. Si ce sont de véritables génies, ils ne seront pas mordus par les fourmis, qui se contenteront de parcourir leur corps ; dans le cas contraire, les fourmis dévoileront l'imposteur.

Avant l'appel des génies, le *zima* attrape le poignet de la personne dont les génies doivent être « époussetés » qui, suivie par d'autres « chevaux de génies », est entraînée de plus en plus vite autour de la fourmilière, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Seul un joueur de violon, assis à l'écart de la ronde, accompagne cette marche par les chants des devises des génies. La ronde s'accélère et la personne tirée par son *zima* suit difficilement le rythme. Quelques minutes après, des cris se font entendre, les trois génies attendus possèdent leur « cheval », l'un après l'autre : Cemogo, Mangukoy et Hajo devront se nommer dans leur ordre d'apparition à cet instant. L'interrogatoire des génies devant déboucher sur leur aut nomination est mené par un *zima* (H.), choisi par ses pairs : intense, la discussion se présente comme une suite de questions de H. à chacun des génies, ponctuées d'interventions des *zima* et des *sorko* tendant à accélérer la nomination des génies. Accroupi au-dessus de la fourmilière, face au premier génie, il salue l'« étranger » (il appelle ainsi le génie inconnu) et lui demande son nom. Jusqu'à ce qu'il se nomme le

génie sera appelé « étranger », en particulier pour lui poser l'inévitable question « étranger, comment t'appelles-tu ? ». H. lui demande alors avec force de « laisser sa parole venir, car tous ses proches sont là ». Ce dernier se présente rapidement : « Adama Hausa ». Le génie est alors immédiatement accusé par l'assistance de mentir, ce qui ne l'empêche de répéter trois fois ce nom. Les *zima* et *sorko* connaissaient donc bien déjà la véritable identité des génies de la femme.

Devant le mensonge du génie, H. abandonne les questions directes et évoque la mère du génie attendu, en vantant ses pouvoirs et qualités (« celle qui dit les mensonges des hommes » à tel point que « même s'ils ne veulent pas dire la vérité, ils vont la dire »). Le nom tant attendu (Cemogo) est finalement prononcé et le génie le répète huit fois (« c'est moi Cemogo »). Malgré ce succès, une *zima* restera méfiante devant cette confession longue à venir et constate qu'« un nouveau génie et un enfant, c'est la même chose » : l'un et l'autre mentent. D'autres *zima* se montrent tout aussi dubitatifs, l'un demandant aux gens d'être patients, et donc de ne pas se contenter de ces seules paroles du génie, un autre exigeant que le génie « s'arrête bien », possède de façon incontestable son « cheval ». Le deuxième génie, Mangokoy, se nomme lui aussi après un interrogatoire intense et stéréotypé mené par H. Il lui demande à plus de dix reprises de jurer de dire son véritable nom, tout en lui présentant quatre poules de couleurs différentes (blanche, noire, rouge, tachetée) : preuve de sa présence effective, le génie se saisit de la poule blanche (la couleur de sa famille de génies). A la suite de Mangokoy, Hajo, le troisième génie, se nomme à son tour et subit ensuite une série d'injonctions de la part de H., qui lui demande de fixer la date de la « danse », ceci après qu'Hajo s'est déclaré satisfait du déroulement de l'« époussetage » :

H. : donne-nous les années de la danse ; c'est ça que l'on aime ; tu dis que tu as accepté [l'époussetage] : que tu fasses coucher ton cheval sur le lit [que tu le rendes malade], cela ne se fait pas.

Je ne le ferai pas.

H. : La paix et la santé, c'est ce que nous aimons.

Je ne le ferai pas coucher.

H. : Bon, dis-nous combien tu nous donnes d'années pour faire la danse ?

Je vous donne trois ans.

H. : Tu nous as donné trois ans ; bon, que l'on n'apprenne pas que ton cheval est couché, qu'on n'entende pas le cri [du génie car alors les gens diraient] « c'est lui qui s'est levé et qui se couche » [ce qui reviendrait à nous dire] « vous, *zima*, vous avez mangé l'argent ». Qu'on n'entende pas cela ! Le jour où l'on entendra ta voix, que le moment de ta danse soit venu !

Le *zima* offre ici un résumé de ses désirs et de ses craintes, sous couvert d'une prise de parole ferme, voire autoritaire. Son propos hésite en effet entre l'exigence de calme pour le génie et la peur de voir ce dernier remettre en cause sa crédibilité par des manifestations inoppor-

tunes. Le *zima* serait prêt à accepter des critiques mais pas celle d'avoir pris l'argent d'une personne sans avoir « arrangé » convenablement son génie. Ce serait là une véritable trahison de son savoir et une telle faute, connue de tous, le discréditerait définitivement.

Or force est de constater que, bien que parlant fort peu (si ce n'est pour dire « mon nom est... »), le génie se voit reprocher par le *zima* – en des termes agressifs – ses propos confus, hésitants ou contradictoires. Ces critiques paraissent largement infondées quand on se penche sur le déroulement effectif de la cérémonie. Le décalage qui se crée dès lors entre l'insistance agressive du *zima* et la relative « docilité » du génie suggère que l'on ne peut se contenter d'entendre à la lettre les injonctions du *zima* et de voir dans le génie leur seul destinataire. A cet égard, à l'occasion d'un commentaire sur les comportements des génies, le *zima* en vient à dire que certains génies « changent de nom facilement, ils sont mauvais, ils regardent si le *zima* est mûr ou pas ». En somme, en lieu et place du génie, le *zima* devient l'objet d'un test durant le dialogue qu'il mène. Par la répétition de son nom à la demande expresse du *zima*, le génie légitime le travail de celui-ci – et par conséquent indirectement le savoir qui le porte. C'est là un enjeu majeur de l'intervention du *zima*, ici lors de l'« époussetage » et plus tard lors de la « danse » ou du *yenendi* : s'assurer que son action rituelle et donc le savoir qui la fonde ne sont pas déjugés par un génie qui refuse de se nommer ou qui, par la suite, ne respecte pas les consignes données au terme de l'« époussetage ».

La plus importante de ces consignes, et qui marquera définitivement le comportement du futur « cheval de génies », met elle aussi en jeu un acte de parole : il s'agit de l'interdiction faite à la personne dont le génie vient de se nommer de dire le nom de celui-ci. Pour évoquer son génie, il devra alors se contenter d'utiliser des métaphores (« celui qui est dans le ciel » ou « dans le fleuve » ...) ou des surnoms. Cet interdit s'inscrit dans la nécessaire distance qui doit séparer l'homme de son génie. En effet, les *zima* ne peuvent tolérer l'assimilation de la possession à un simulacre d'échange de personnalités que signifierait l'évocation directe du nom de son génie : nommer son génie reviendrait à abolir la distance, à confondre la nature du monde des hommes et celui des génies. C'est à la maîtrise de cette distance que travaillent en permanence les *zima*, quand ils souhaitent que les génies appelés descendent sur leurs « chevaux », voient leurs interventions canalisées dans le temps du rituel ou que le silence se fasse sur le nom du génie. Nommer son génie représente donc une rupture avec l'ensemble du processus d'apprentissage du futur « cheval de génies » mis en œuvre par le *zima*.

Les voies singulières du savoir

Afin de mieux cerner les enjeux de cette exposition du *zima* à travers son savoir, il est indispensable de se pencher sur ses modalités d'acquisition. Trois processus sont alors identifiables, selon (a) que le futur *zima* a une révélation, le plus souvent « en rêve », de son savoir, (b) qu'il « hérite » de celui-ci ou (c) qu'il l'acquiert auprès d'autres *zima*. Dans le premier cas de figure, le *zima* qui accorde une grande importance au savoir transmis en rêve par un génie aura le sentiment d'appartenir à une élite dont le pouvoir et le prestige se fondent précisément sur la relation privilégiée qui s'est instaurée avec un génie. En corrélant son savoir à l'intervention d'un génie – dont la parole est écoutée et respectée –, il estime offrir l'image d'un savoir sûr, qui peut difficilement être contesté par la suite. Les récits des *zima* faisant état d'un « héritage » de leur savoir s'attachent eux aussi à souligner la valeur du savoir ainsi obtenu. Cet « héritage » revêt dans la réalité des formes variées, selon la position familiale du *zima* qui transmet son savoir (il est le père, la mère, l'oncle...) et selon l'importance de l'enrichissement ultérieur du savoir auprès d'autres *zima*. Le *zima* qui mentionnera, parallèlement à un héritage, un long processus d'apprentissage auprès d'autres *zima* valorisera naturellement ce processus cumulatif d'acquisition du savoir. En analysant ce type de situation, ainsi que le troisième cas de figure d'acquisition du savoir, qui ne mentionne que les démarches d'un élève apprenant auprès de maîtres, on peut émettre l'hypothèse de l'acquisition, au-delà d'un ensemble de connaissances, du « fait d'être *zima* » (*zimatarey* en zarma, *jimangaako* en peul). Conférée le plus souvent par un génie, cette capacité à devenir *zima* est une première étape dans le processus qui verra, par la suite, l'intervention d'un génie et / ou d'autres *zima* pour enrichir le savoir de ce *zima*.

Dans leur diversité formelle ces cas de figure d'acquisition / héritage du savoir de *zima* expriment deux constantes. On doit tout d'abord mentionner la volonté de justifier la cohérence du savoir obtenu par l'une ou l'autre de ces voies. Hérité ou non, par la mère ou un oncle, révélé par un génie, acquis ou simplement enrichi auprès d'un ou de plusieurs maîtres, le savoir du *zima* est présenté comme sûr. Qu'un savoir soit jugé sûr ne signifie pas qu'il ait une prétention à répondre à toutes les demandes des génies ou de leurs « chevaux ». Les *zima* – et cela fait partie des mécanismes de défense de leur savoir – savent aussi reconnaître les limites de leur savoir. Je pense plus particulièrement ici à ceux qui ne font état que d'un héritage ou d'une révélation, jamais accompagné de quelque apprentissage que ce soit auprès d'un autre *zima*. Les *zima* dont le processus d'acquisition du savoir s'inscrit dans ce type de configuration admettent alors ne pouvoir résoudre tous les problèmes qui leur sont soumis. Ce qui m'amène à la seconde constante de ces savoirs : le travail auprès de maîtres, au cours de longs déplacements, est présenté

comme une condition concrète de la qualité et de l'étendue du savoir. Condition concrète que l'on peut mettre en parallèle avec la reconnaissance formelle du savoir qui, elle, peut passer par la mention d'un « héritage » ou d'une révélation, l'un et l'autre fonctionnant par conséquent comme des prédispositions, bien plus que comme des garanties effectives.

Un passage du même ordre de la valorisation d'une image à celle de pratiques individuelles, potentiellement singulières, transparait lorsque l'on s'intéresse aux mécanismes de l'« héritage » des génies. En essayant de retracer le passé des possessions par les génies dans les familles de différents « chevaux », on constate que ce qui est l'objet de l'« héritage », c'est bien plus l'état de « cheval de génies » que tel ou tel génie précis : pour schématiser, on est possédé de mère en fille et non pas possédé *par Dongo* de mère en fille. De même, certaines personnes affirment avoir hérité tel génie d'un parent alors que ce génie appartient à une famille (les *Hauka*) dont les génies sont considérés par les *zima* et les *sorko* comme ne s'héritant pas. Finalement, le fait que l'état (de « cheval de génies ») plus qu'un génie clairement identifié s'hérite ouvre à une diversité de configurations singulières, contrairement au fait de devenir « cheval » de tel génie, et d'aucun autre : dès lors que l'identité du génie n'est pas prédéterminée par l'héritage, s'ouvre un espace d'originalité mais aussi d'incertitude dans le contact puis la cohabitation de la personne et de son génie. Nous avons là une caractéristique du singulier que l'on retrouve dans le parcours du futur *zima*, fortement valorisé dès lors qu'il comprend des rencontres variées et personnelles, étalées dans le temps. Enfin, je remarquerai que la singularisation du savoir du *zima*, identifiée dans ses voies d'acquisition, se repère bien évidemment aussi dans son contenu.

C'est explicitement le cas pour les devises des génies (récitées lors des rituels) et leur panthéon. Connues des *zima*, mais surtout des *sorko*, ces devises varient dans leur contenu et leur forme d'un récitant à l'autre (que ce soit dans le temps ou à une même période), parfois dans des proportions importantes. On peut alors évoquer une forme de gestion non seulement individuelle mais aussi singulière de ce savoir-fondée non pas sur la répétition de paroles transmises de génération en génération, ou d'un *sorko* (ou *zima*) à l'autre mais, de façon plus pragmatique, sur la nécessaire adéquation entre l'enrichissement personnel de ces devises et la réussite des possessions attendues. Il n'y a donc pas de formules éprouvées qui assurent avec certitude la venue du génie, mais bien plutôt un ensemble de devises que le spécialiste adapte à la situation présente par le biais d'apports personnels : là réside le singulier dans le traitement des devises. Un phénomène analogue se repère dans les représentations du panthéon des génies. Chaque *zima* se montre plus soucieux de proposer des faits et gestes de génies cohérents et compatibles les uns avec les autres que réellement attentif à la généalogie des génies, parfois empreinte de contradictions. Il effectue donc un choix qui laisse la possibilité de développer de façon personnalisée les récits sur l'histoire de tel

ou tel génie. Et dans la mesure où leurs récits ne se contredisent pas, les *zima* offrent l'image d'un savoir à la fois individualisé, singulier et cohérent.

La spécialisation d'un savoir non médical

Ces réflexions sur le contenu, la construction et la diffusion de savoirs spécialisés (comme ceux des *zima* et, dans une moindre mesure, des *sorko*) trouvent, dans mes travaux sur le sida, d'autres points d'ancrage. Je m'arrêterai dans un premier temps sur les données recueillies dans un quartier populaire d'Abidjan auprès d'un tradithérapeute. A la différence des personnes affichant leur capacité à guérir le sida, ce tradithérapeute ne se définit pas comme un spécialiste de cette affection. Il remarque que certains des malades qu'il a accueillis se sont d'abord adressés à un hôpital – où a été identifiée leur séropositivité – puis à d'autres guérisseurs, avant d'arriver chez lui, déçus par le prix et l'inefficacité des soins proposés par chacun de ces recours. Il évite de présenter son intervention comme une étape indispensable au succès de tout itinéraire thérapeutique. Les malades les plus affaiblis sont en effet immédiatement orientés vers un hôpital : il agit de la sorte lorsqu'il a la certitude de ne pouvoir améliorer leur état de santé et afin d'éviter que ces malades ne décèdent chez lui, perspective qu'il juge inacceptable. Bien que n'ayant pas bâti sa réputation sur la prétention à traiter le sida, il ne peut prendre le risque de voir des malades du sida décéder chez lui, après avoir commencé un de ses traitements : aux problèmes pratiques (avec les médecins, la morgue, la police...) que créerait cette situation s'ajoute une possible désaffection d'une partie de sa clientèle, inquiète à l'idée de se confier à un tradithérapeute chez qui un décès est survenu.

Si le savoir en jeu dans cette approche de la maladie n'est pas celui d'un médecin spécialiste du sida, il n'en recèle pas moins d'intéressantes correspondances avec le savoir épidémiologique et clinique sur l'infection à VIH. Ainsi, son appréciation du processus de transmission et d'évolution du sida oscille entre une adéquation (il présente le sang comme vecteur du VIH) et de nettes contradictions avec le savoir médical sur la question. Ces contradictions se repèrent lorsqu'il estime, d'une part, que tout enfant né de mère infectée n'est pas porteur du virus à la naissance mais aura toujours la maladie à terme – alors que nous savons que l'enfant d'une mère séropositive est aussi séropositif à la naissance, avant de devenir séronégatif dans la majorité des cas² – et, d'autre part,

2. A la naissance, l'enfant possède les anti-corps de sa mère : il est donc séropositif pour le VIH. Puis ces anticorps disparaissent, sauf chez un certain nombre d'enfants, qui seront donc considérés comme infectés par le VIH. Selon que la mère a bénéficié ou non

que la transmission hors rapports sexuels et échanges sanguins est possible : or, à ce jour, aucun cas de contamination par le virus du sida n'a pu être imputé à un geste habituel de la vie quotidienne comme manger, se laver ou dormir avec une personne infectée. Les descriptions qu'il propose des manifestations cliniques du sida donnent aussi lieu à des écarts et à des rapprochements avec le savoir médical actuel. Parmi les appréciations générales partagées avec les cliniciens et concernant la symptomatologie du sida, ce tradithérapeute mentionne l'amaigrissement, la diarrhée, la toux et les éruptions de boutons. Lors de sa progression dans l'organisme, le virus du sida provoque dans un premier temps des « plaies dans le ventre », occasionnant de fortes diarrhées. Le ventre se met alors à gonfler puis le malade maigrit brutalement. Les deux derniers signes d'une aggravation de la maladie sont alors l'apparition de multiples boutons et, surtout, la chute des cheveux, devenus « rouges » et cassants. Ceci étant, à partir de ces observations – qui peuvent en effet correspondre à des cas de sida – il affirme à différentes reprises qu'il s'agit d'une maladie ancienne, autrefois appelée « ventre qui court » (i.e. la diarrhée) et provoquant un amaigrissement important.

Un autre élément du savoir de ce tradithérapeute rappelant simultanément un accord et une distance avec le savoir médical se manifeste autour de la question de l'infection à VIH chez les femmes. Il effectue ainsi une observation qui n'est pas sans rappeler une donnée épidémiologique connue : l'équilibrage progressif du nombre d'hommes et de femmes parmi les personnes infectées, qui traduit une diffusion actuelle de l'épidémie plus importante chez les femmes que chez les hommes (alors que les premières années ceux-ci étaient les plus touchés). A l'appui de ce constat, il remarque tout d'abord que lors d'un rapport sexuel avec un homme infecté, une femme sera plus aisément contaminée qu'un homme séronégatif ayant un contact sexuel avec une femme séropositive, car les fluides échangés « montent plus vite chez la femme que chez l'homme ». Par ailleurs, la femme infectée ressentira plus tardivement que l'homme les premiers signes de sa contamination : il effectue ici un parallèle avec les symptômes des MST, plus longtemps discrets chez la femme que chez l'homme. Autant sur ces points – probabilité plus élevée d'être infectée et diagnostic plus difficile chez la femme que chez l'homme – il développe un constat globalement comparable à celui qu'effectuent la clinique et l'épidémiologie, autant la description proposée des mécanismes à l'œuvre opère, naturellement, sur un autre registre que celui de la biologie : il ne fera pas état de cellules ou de muqueuses mais de circulation des fluides, différente chez l'homme et la femme.

Il est essentiel d'attirer ici l'attention sur le lien posé entre les représentations et les pratiques, relatives à la maladie et à son traitement. Ce

d'un traitement antirétroviral durant sa grossesse et compte tenu d'autres facteurs biologiques et cliniques, 10 à 30 % de ces enfants seront effectivement infectés par le VIH.

tradithérapeute nous présente le sida en des termes qui ne permettent guère de réduire son approche de cette maladie à une quelconque théorie – de ses manifestations extérieures et de sa diffusion, dans le corps ou d'un individu à l'autre. Comme tout savoir, celui-ci fait simultanément appel à des représentations anciennes (de l'amaigrissement, des MST...) et à des principes d'expérience. Pour répondre aux demandes de tous ordres qui lui sont adressées, le tradithérapeute – mais aussi le soignant de la biomédecine – doit composer en permanence avec des acquis, des représentations pré-existantes de la maladie et avec son expérience quotidiennement élaborée de la maladie à laquelle il est confronté. Faute d'un balancement entre ces deux exigences – ces deux pôles de leur savoir –, les thérapeutes verraient leurs interventions contestées par les patients : ce serait le cas du tradithérapeute qui nierait purement et simplement l'existence du sida ou qui serait incapable de proposer une description de l'infection par le VIH, de la mère à l'enfant, ou de l'homme à la femme (que ce soit ou non en des termes acceptables par la médecine : là n'est pas la question). La double référence à des représentations anciennes et à une expérience actuelle est *constitutive* du savoir du thérapeute, que l'on ne peut limiter au premier registre. D'une façon générale, ne pas considérer l'expérience progressive de la maladie comme partie intégrante du savoir reviendrait à ignorer la permanence, et parfois même l'accélération, des transformations qui marquent la compréhension de la dynamique clinique, épidémiologique et virologique du sida.

Doit-on en conclure que le savoir sur le sida est expérimental ou n'est pas ? Il serait plus pertinent de penser le savoir comme une dynamique qui, par conséquent, intègre l'expérience de chacun en l'associant à un ensemble de représentations préexistantes, qui font elles-mêmes preuve de malléabilité lorsqu'elles sont confrontées à des faits d'expérience. Afin de compléter cette image d'un savoir dont les deux éléments cardinaux – expérience et représentations – se nourrissent l'un l'autre et se justifient l'un par l'autre, arrêtons-nous sur la nature et la place de cette notion d'expérience chez d'autres personnes que les seuls tradithérapeutes.

De l'expérience dans le savoir

Les premières mentions dans mes travaux de cette notion d'expérience s'appliquaient, plus précisément, aux stratégies développées par les malades du sida (Vidal, 1995-b). Mesurer les réactions de son entourage à l'annonce de la séropositivité ou d'une « mauvaise nouvelle » sur son état de santé ; évaluer le type de soutien qui peut être obtenu de telle ou telle personne ; situer, dans le choix de recourir aux services d'un tradithérapeute, la place occupée par la gravité perçue de l'état de santé ; mesurer les enjeux et les conséquences de la révélation de son statut sérologique à

son partenaire, sont autant d'éléments du comportement du malade qui participent de son expérience du sida. En rencontrant régulièrement des personnes séropositives, sur une assez longue période, il est possible de mesurer la dynamique de cette expérience. Ceci dans le sens où aucun comportement du malade ou de son entourage n'est définitivement fixé. Nous ne sommes pour autant pas dans un aléatoire permanent ou une incertitude récurrente, qui laisseraient supposer que le malade est confronté à des attitudes totalement imprévisibles ou qu'il développe ses propres actions sans en avoir la moindre maîtrise. C'est très précisément cette image d'un malade entièrement à la merci de choix « impulsifs » (les siens) ou d'attitudes « irrationnelles » donc imprévisibles (celles des autres) que conteste cette idée d'expérience. Je prendrai un seul exemple. Les rapports du malade aux tradithérapeutes sont certes fluctuants : il peut s'adresser à eux comme refuser de le faire, les critiquer comme défendre leur utilité. Ceci étant, quelque soit le choix effectué – hier et aujourd'hui –, quelle que soit la décision prise pour l'avenir, le malade se détermine en fonction de son intérêt et de ses objectifs du moment. Ce pragmatisme le conduira à rechercher soit un traitement efficace, soit des soins peu onéreux, soit, encore, un traitement susceptible de ne pas créer de situations délicates avec son entourage. De ce point de vue, l'expérience n'est pas tant une approche aléatoire de la maladie qu'une gestion de l'aléatoire que représente la survenue d'un épisode de maladie.

Le rapport à l'incertain qui en découle n'est pas sans lien avec celui qui caractérise l'expérience scientifique. Ainsi, dans l'expérience scientifique – qu'elle soit de laboratoire ou théorique –, l'incertitude est constamment présente et l'objectif que s'assigne le chercheur est très précisément d'en identifier les contours pour travailler à sa résorption. La recherche clinique, virologique ou épidémiologique sur le sida est un espace d'expériences durant lesquelles les certitudes acquises ouvrent à de nouvelles incertitudes. Parmi de nombreux autres exemples, il est possible de s'arrêter sur les connaissances en matière de probabilité d'être infecté par le VIH. Subsistent là des points d'incertitude sur la place prise par les cofacteurs qui interviennent, notamment, dans la transmission du VIH lors d'un rapport sexuel : présence d'une MST ou d'une autre affection, avancée dans la maladie de la personne séropositive, sexe de celle-ci... (Downs & De Vincenzi, 1996 ; Mayer & Anderson, 1995). Ceci étant, un intervalle de probabilité d'être contaminé par voie sexuelle a pu être calculé : seule cette avancée a pu ouvrir l'investigation scientifique à la question de la part respective des cofacteurs et faire émerger, dès lors, de nouvelles incertitudes probabilistes. Une démarche « associative » du même ordre, ouvrant aussi sur des incertitudes, opère dans les attitudes des malades. Si elle peut sembler commune à l'appréhension de quelque pathologie que ce soit par l'individu qui en souffre, cette démarche revêt une importance particulière chez les malades du sida. Concrètement, cela signifie que, confronté au sida ou à l'annonce de cette « maladie dans le sang », l'individu déploie des stratégies de recherche de soins et propose

des représentations de son mal qui portent à leur extrême ce processus d'association : recours thérapeutiques cumulés ou successifs, repris par la suite, étalés dans le temps, d'une part, connaissances de toutes origines, associées les unes aux autres et relatives à la nature de son affection, sa transmission et son évolution possible, d'autre part, caractérisent les rapports au sida.

Dans le même temps, ces stratégies d'« association » vont de pair avec la persistance et, parfois même, la multiplication de zones d'incertitude. Aujourd'hui, le malade qui suit une thérapie antirétrovirale a connu dans le passé d'autres traitements et il peut lui arriver de les associer toujours à celui par antirétroviraux. Son expérience des traitements, donc ses connaissances, se voient dès lors enrichies. Pour autant, bien qu'il s'agisse d'un traitement qui offre objectivement – d'un strict point de vue de statistique clinique – de réelles possibilités d'amélioration de son état de santé, le malade doit affronter de nouvelles interrogations, de nouvelles incertitudes : que signifient un taux de CD4 et un niveau de charge virale, l'une « en baisse », l'autre « en hausse » ? Comment interpréter la survenue d'effets secondaires, durant les premières semaines du traitement, qui rendent encore plus malade qu'avant la mise sous traitement ? On pourrait aussi évoquer la situation, bien plus courante, de patients qui, ne bénéficiant pas d'antirétroviraux, répondent ponctuellement aux problèmes de santé qu'ils rencontrent en associant recommandations médicales (faire attention à l'hygiène...), prescriptions d'antibiotiques et recours à des soins par les plantes. Au fil des mois, le domaine du possible en matière de traitement s'ouvre et se complexifie à la fois, confère des certitudes (sur l'inefficacité de tel médicament) et engendre des incertitudes (comment traiter cette nouvelle affection dite « opportuniste », compte tenu des moyens dont on dispose et de l'offre médicale effective ?).

Partant de cette définition de l'expérience, on perçoit mieux comment elle participe du savoir sur la maladie. Si le savoir sur le sida que proposent les malades ne se stabilise pas et se transforme, c'est en grande partie parce que les expériences qui le nourrissent sont évolutives. Les discours et attitudes des personnels de santé face au risque représenté par l'infection à VIH constituent une nouvelle illustration de cette conjonction de représentations et d'expériences dans le savoir. Les rapports de ces soignants aux malades du sida et au risque de transmission du VIH dans leur travail a constitué le point d'entrée de l'analyse de leur expérience. Il a été question précédemment du sentiment d'exposition à un risque résiduel, renvoyant à la persistance d'une menace ressentie, dans l'activité professionnelle des personnels de santé. Représentation et expérience se croisent en permanence dans cette construction du risque. Nous avons tout d'abord l'ensemble des connaissances des soignants (essentiellement les sages-femmes et les infirmiers) sur les situations à risque dans leur travail qui se rapportent toutes au contact entre le sang d'un patient, contaminé par le VIH, et celui d'un autre patient ou leur propre corps.

Ces professionnels de santé mentionnent avec précision à la fois les mesures qu'ils prennent ou qui devraient être adoptées. Stérilisation du matériel médical, port de gants, utilisation de seringues à usage unique sont autant de réponses connues à ce type de risque. Une première difficulté apparaît alors dans l'exercice de leur profession : un manque de moyens dans la structure sanitaire et une logistique imparfaite créent parfois une pénurie de gants ou de seringues. Dès lors, connu et évitable avec des moyens relativement simples, ne nécessitant aucun geste technique compliqué, le risque n'en devient pas pour autant évitable.

Si l'on développe les entretiens avec ces soignants, ainsi que les observations de leur pratique, on repère aisément dans un second temps une peur de contracter le VIH, y compris lorsqu'aucune pénurie de gant n'a pu les amener, par exemple, à effectuer des accouchements ou des injections à mains nues. Cette menace « malgré tout », ce risque résiduel, fondent des pratiques de défiance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH. Ainsi, une parturiente dont la séropositivité est connue des sages-femmes sera accouchée avec un luxe de précautions (des gants pourront être superposés). Dans le même ordre d'idées, bien qu'utilisant des gants lors des soins qu'ils dispensent, des infirmiers réactivent la menace d'être infectés par le VIH dès lors qu'ils savent être en présence d'une personne séropositive. Tant chez ces infirmiers que chez les sages-femmes, le risque se déplace de la nature de la situation, ou du geste effectué (qui peut ne pas être totalement sûr : mais ce n'est pas le cas en l'occurrence), vers la simple présence d'un patient séropositif. Ce n'est plus l'acte qui est porteur de danger mais l'individu malade. C'est, me semble-t-il, dans cette optique qu'il faut situer le souhait de sages-femmes de réserver une table d'accouchement aux femmes séropositives, de façon à ce qu'elles ne contaminent par celles qui prendront leur suite sur la table « commune ». Désir qui n'est aucunement jugé contradictoire avec la reconnaissance de l'efficacité d'antiseptiques pour nettoyer de tous les virus présents un matelas souillé de sang et qu'elles utilisent d'ailleurs régulièrement à cet effet.

Pour être complet, ce tableau croisé des représentations et expériences du risque ne saurait occulter le rapport au risque dans la vie personnelle des professionnels de santé. Il faudrait plus exactement parler d'expérience extra-professionnelle du sida : ceci afin de prendre en compte non seulement les stratégies que chacun développe pour négocier ou contourner le risque, notamment avec son partenaire sexuel, mais aussi les processus d'appropriation des messages de prévention et des informations sur les traitements et le soutien aux malades. Or ces représentations du sida débouchent largement, à Abidjan, sur une forme de banalisation de cette maladie dans la gravité. Grave, largement et durablement répandu, le sida se présente comme une menace diffuse. Les sages-femmes et les infirmiers qui, tout en connaissant et appliquant les mesures permettant d'éviter la contamination dans leur travail, avancent un argument de « présence » du sida, se situent nettement dans ce registre

de banalisation dans la gravité. En somme, la seule présence de patients infectés – et c'est effectivement le cas d'environ 15 % des femmes enceintes à Abidjan – constitue un risque au-delà de tout ce qui peut être dit ou fait pour l'éviter. Les attitudes actuelles ou imaginées de ces personnels de santé confortent la présentation d'un savoir qui intègre l'expérience tout en la modelant. Des éléments de savoir commun (le constat d'un accroissement du nombre de patients infectés) et de savoir professionnel (le risque dans le travail se généralise) se conjuguent et modèlent l'expérience de la maladie (multiplier les protections au-delà du strict nécessaire ; imaginer la possible mise à l'écart des parturientes séropositives).

Échanges entre l'expérience et le savoir, modelages réciproques, que l'on retrouve aussi, toutes choses égales par ailleurs, dans la possession rituelle où, d'une part des troubles physiques sont causés à la personne, future « cheval de génies » et où, d'autre part, afin de les résorber et de contrôler les manifestations du génie « agresseur », les *zima* s'exposent au risque majeur d'une perte de légitimité. La possession révèle donc des formes de la maladie et du rapport au risque certes différents de celles que proposent malades et soignants du sida. S'y trouvent néanmoins confirmés deux points essentiels : il n'y a d'expérience disjointe d'un savoir – l'un et l'autre s'alimentant mutuellement ; cette intrication de l'expérience et du savoir interdit de réduire la première à une somme de pratiques. Qu'il soit hérité ou acquis, qu'il porte sur la vie des génies ou des techniques rituelles, le savoir du *zima* s'enrichit et s'affine régulièrement au contact des génies et des autres *zima*. La pratique rituelle n'est jamais réductible à des gestes et à des dispositifs : elle demeure convocation, expression publique et donc exposition – à la contradiction, à l'échec... – d'un savoir. Et c'est fondamentalement par cette omniprésence du savoir dans la pratique que se modèle l'expérience. Expérience dans laquelle l'incertain occupe une place première : ce n'est donc pas à une forme d'assurance fondée sur un savoir prétendument positif que je me réfère en parlant d'expérience, mais bien à un savoir et une pratique dans ce qu'ils contiennent de tentatives, d'essais, donc de succès et d'échecs.

Prises en charge

Les figures de l'expérience que les acteurs de la possession ou du sida donnent à comprendre mettent constamment en jeu une relation : de *zima* à « cheval de génies », de *zima* ou de « cheval » à génie, de soignant ou de tradithérapeute à malade du sida, de personne séropositive à personne séronégative ou ignorant son statut sérologique. Prennent corps des échanges qui, par leurs enjeux et au fil de leur déroulement, exposent donc des savoirs. Ces relations révèlent, aussi, une seconde caractéristique, constamment sous-jacente aux descriptions et analyses précédentes, mais jamais abordée de front : elles procèdent d'un accompagnement, d'un suivi, d'une prise en charge d'un individu par un autre. Une fois précisée l'acception de cette notion, trop aisément galvaudée faute d'être définie, j'en illustrerai les contours dans un premier temps à travers les relations nouées dans le rituel de possession. Passage par la possession qui permettra d'introduire, dans un second temps, une réflexion sur les profondes connexions qui existent entre le singulier et le social dans les figures de la prise en charge : elle ne peut être familiale, collective – disons « sociale » – que parce qu'elle est avant tout singularisée. Je convoquerai alors des matériaux de terrain relatifs à la santé, qu'il s'agisse de l'accès aux traitements antirétroviraux du sida ou aux pratiques comparées de diagnostic et de traitement – donc de « prise en charge » – de la tuberculose et du paludisme.

Une approche englobante

Dans les sphères de réflexion concernant la santé et la maladie, la notion de prise en charge se départit difficilement d'une acception médicale, souvent technicisée. Prendre en charge tel ou tel trouble, telle ou telle affection, c'est alors lui apporter une réponse médicamenteuse ou, à tout le moins, faisant intervenir les outils à disposition de la médecine. Pour preuve, lorsque l'on souhaite ouvrir le domaine d'application de cette notion, on lui adjoint des qualificatifs et la prise en charge deviendra « psychologique », « psychosociale », « familiale », voire même « commu-

nautaire ». Or – si tant est que l'on s'entende sur le sens de ces qualifications, ce qui, en soi, mérite une réflexion à part entière – toute prise en charge n'est-elle pas aussi, et peut-être même d'abord, psychologique et familiale ? Pourquoi devrait-on le préciser ? Sous-entendre par « prise en charge » – sans plus de précision – la délivrance d'un traitement revient à occulter, au moins dans les termes, un complexe d'éléments à prendre en compte : le type de relation établie entre le soignant et son patient ; la compréhension par celui-ci du traitement et de l'évolution de la maladie ; les conseils et injonctions de l'entourage relatifs à l'attitude à adopter face à la maladie... Aussi, prendre en charge ce n'est jamais uniquement traiter même si cela doit amener un individu à prendre des remèdes : en ce sens, toute « prise en charge » est – ou devrait être – psychologique, sociale, familiale, y compris dans le cabinet médical, dans le face-à-face soignant/malade. Les sciences sociales de la santé mais aussi la santé publique l'ont depuis fort longtemps montré et illustré, dans des contextes sociaux et culturels variés, sans pour autant – et c'est ce que l'on peut regretter – que les expressions pour le dire ne le traduisent, dès l'instant qu'elles éprouvent le besoin de qualifier la prise en charge « hors soins techniques » et que, par conséquent, elles la réduisent au geste de soigner.

Prises en charge et dettes dans la possession

Nécessité d'opter pour une définition englobante de la prise en charge qui s'impose avec d'autant plus de force que l'on s'intéresse à des pratiques, comme la possession, où l'objectif thérapeutique prend des formes particulières tout en n'étant pas la seule visée de la « prise en charge ». Néanmoins et dans cette acception, l'image de la « prise en charge » peut s'appliquer à diverses situations que vivent le génie, son « cheval » et le *zima*. Je rappellerai tout d'abord que la possession est vécue par la personne « visée » par le génie, ses proches et les responsables de rituels comme une agression, pouvant prendre la forme d'une atteinte physique. « Maux de ventre », douleurs « dans le dos » ou « dans la tête », sont autant de signes pouvant annoncer l'intervention d'un génie. Les témoignages font état de cœur qui « brûle » ou « coupe », de ventre qui « se tord » et « frappe » mais aussi, élargissant le spectre des marques de l'agression par un génie, de comportements hors normes de la personne visée : refus de manger, profération d'insultes ou de paroles incohérentes. Lorsque ces signes de dérèglements du comportement de l'individu et de son intégrité physique sont attribués à un génie, qui se sera manifesté par une première possession ou qui aura été identifié par un devin, le processus visant à sceller une alliance entre ce génie et celui qui sera son « cheval » est enclenché. Je ne reviendrai pas ici sur les rituels de la « danse » et de l'« époussetage », mais insisterai plutôt sur la

fonction d'alliance et non d'exorcisme de ce cheminement. L'objectif est bien de faire en sorte que le génie dorénavant possède son cheval dans le temps du rituel, et non de façon intempestive, en le faisant souffrir : aussi le génie doit-il être – littéralement – « arrangé ». Une remarque sur ce terme : contrairement à la notion d'initiation telle qu'on l'utilise habituellement, ce terme est appliqué au génie et non à la personne. Un glissement du même type peut se repérer quand les *zima* expliquent qu'ils « font danser » aussi bien la personne choisie par les génies que les génies. Par conséquent, utiliser ces termes d'« arrangement » et de « danse », de préférence à celui d'« initiation », obéit à un double impératif : rester au plus près des mots employés par les acteurs de la possession et éviter les contresens susceptibles d'être engendrés par l'utilisation du terme habituel d'initiation.

De plus, au-delà de ces mots, nous voyons des situations, décrites dans les pages précédentes, qui témoignent d'alliances et, plus largement, de prises en charge plurielles. Pluralité qui porte tout à la fois sur les personnes impliquées dans cette relation et sur son contenu. La plus explicite des prises en charge demeure celle du futur « cheval de génies » par le *zima* et que donnent à voir la « danse » et l'« époussetage ». Lors de ce rituel, la mère du possédé entérine sans ambiguïté cette prise en charge en confiant son enfant au *zima* (« je vous l'ai donné »), qui accepte cette demande d'aide (« tu nous l'as donné »). Échange répété plusieurs fois et scellé par les *zima* qui constatent que « maintenant, nous avons vu » (nous sommes d'accord pour organiser la cérémonie). Ces premières paroles entérinent certes l'alliance de la personne et de son *zima*, plus précisément la dépendance du premier au second, qui se trouve être dans la position de celui qui « prend en charge ». Paroles qui ne doivent toutefois pas être isolées de la suite des échanges, plus tard, autour de la fourmilière et qui soulignent la portée de l'implication du *zima* : son sort est aussi scellé par ces paroles d'allégeance de la mère du futur « cheval de génies ». De ce point de vue, si le *zima* prend en charge avec autant d'attention la personne qui lui a été confiée, c'est bien parce qu'il se trouve directement exposé à un éventuel échec du processus enclenché : *zima* et « cheval de génies » affrontent ensemble ce temps de l'« arrangement », et si les menaces qui pèsent sur eux ne sont pas de même nature (discrédit dans un cas, retour de dérèglements comportementaux dans l'autre), elles n'en sont pas moins effectives. C'est là une caractéristique essentielle de la prise en charge du possédé par le *zima*. Certes, le *zima* accompagne, maternelle, surveille le « cheval de génies », et reste attentif et ferme lorsqu'il s'adresse au génie, lors de possessions. Mais cette prise en charge, fondatrice d'une alliance entre une personne et un génie, reste indissociable d'une autre alliance et d'une autre forme de dépendance, celle du *zima* aux désirs formulés par le génie, que ce soit autour de la fourmilière ou lors du *yenendi*, lorsque les génies poseront leurs conditions pour que la prochaine saison des pluies se déroule dans les meilleures conditions possibles.

De génie à *zima*, la relation de dépendance s'exprime de façon diffuse, ponctuelle, par des conseils du génie, parfois des injonctions, ou encore par des possessions inopinées d'un « cheval », voire des atteintes physiques qui ne devraient pas avoir lieu et qui, toutes, concernent des personnes et des génies que le *zima* avait « fait danser ». Les menaces sont omniprésentes et le *zima* tente de les prévenir, pas uniquement en adoptant une attitude obéissante et soumise mais, aussi, en faisant preuve d'autorité, par le biais de discours injonctifs et d'exigences. Avec, explicité, la menace de ne plus appeler durant le *yenendi* le génie qui n'aura pas respecté sa parole de ne pas importuner son cheval. *Zima* et génie se trouvent liés et, le temps de la « danse » et du *yenendi*, alimentent leur pouvoir et leur autorité à travers les pressions et exigences manifestées par l'autre. Nous avons là une forme de prise en charge qui ne se conçoit que dans la réciprocité et qui se caractérise par la présence permanente – réelle ou imaginée dans sa menace – de l'un à l'autre. Prise en charge certes moins ostentatoire que celle du « cheval » par son *zima*, qui l'accompagne et le maternelise au vu et au su de tous durant plusieurs jours, en divers lieux et à divers moments, des premiers troubles causés par le génie à son « arrangement » définitif. Malgré ces différences, et sans bien entendu les minimiser, évoquer en termes de prise en charge la relation de dépendance du *zima* et du génie ne me paraît pas incongru. Nombre de situations les mettant tous deux en scène révèlent une relation où l'un guide l'autre, tente de l'amener à dire une parole ou faire un geste, pas seulement parce que ces mots et attitudes s'avèrent impératifs pour celui qui mène l'échange mais bien aussi car ils doivent permettre d'aider l'autre partie, donc la prendre en charge.

Lors de l'« époussetage », si le *zima* veut en effet prévenir toute mise en cause de ses compétences et de son savoir, il vise aussi à aider le génie à se nommer pour lui permettre de se fixer de façon définitive et régulée sur son « cheval » ; lors du *yenendi*, si le *zima* insiste pour que les possessions par les génies de la foudre ou du tonnerre interviennent, c'est parce qu'il a besoin de leur présence pour engager la discussion sur la prochaine saison des pluies, mais c'est aussi car il sait que ces génies existent, aux yeux de tous, lorsqu'ils viennent durant le *yenendi* ; inversement, si l'on peut parler d'une forme de prise en charge du *zima* par le génie c'est bien parce que le contrôle qu'exerce le génie, par le biais des menaces qu'il fait peser sur l'intégrité physique de son « cheval » et sur l'autorité du *zima*, est aussi profitable à ce dernier : c'est précisément par ces injonctions et menaces que celui-ci valorise son intervention, qui, de simple « arrangement » d'un génie, se double d'une entreprise de préservation de sa légitimité.

Après celle de *zima* à « cheval de génies », de *zima* à génie et réciproquement, il est une autre relation qui comprend une indéniable dimension de prise en charge, entendue donc dans le sens d'un accompagnement, d'une « co-présence », où l'aide apportée à l'autre est indissociable d'une forme de gain pour celui qui la procure : celle qui unit le *zima* à celui qui

lui a appris à l'être. Le *zima* choisit son futur élève parmi les « chevaux de génies » avec lesquels il perçoit des affinités : « le *zima*, il faut qu'il t'aime, il ne donne pas [son savoir] à tous ceux qu'il fait danser ». Des *zima* refusent ainsi de transmettre leur savoir à des personnes uniquement intéressées par le profit qu'elles peuvent en tirer et qui délaisseront rapidement leur ancien maître. Sur cette base élective forte s'inscrit le devoir de reconnaissance, la dette du futur *zima* envers son maître. Ainsi, au terme de l'apprentissage des différentes connaissances constitutives du « fait d'être *zima* », le *zima*-maître apprécie que le nouveau *zima* interrompe régulièrement ses activités pour venir lui rendre visite et lui manifester sa reconnaissance. Démarche qui est aussi l'occasion de compléter ses connaissances, enrichies par ses premières activités de *zima* et par ses contacts avec d'autres *zima*. Transmettre son savoir en prenant en charge le dépositaire que l'on s'est choisi crée un lien qui est une dette, et la seule éventualité de son non respect peut décider le *zima* à ne pas prendre sous sa coupe tel « cheval de génies ».

Cet exemple confirme la dimension de réciprocité de la prise en charge : réciprocité qui peut prendre la forme d'une autre prise en charge (entre *zima* et génie) ou d'une démarche de reconnaissance, de dette assumée (d'élève à maître). Plus généralement, me semble devoir être retenue de cette lecture des relations entre acteurs de la possession en termes de « prise en charge », l'idée d'un nécessaire échange, d'un dialogue empreint conjointement de conseils et de menaces, de propos rassurants et d'injonctions. Conception banale de la prise en charge ? Les mécanismes de la délivrance de soins dans le système de santé « moderne » montrent que l'on est encore loin de cet échange dans ce que l'on se complait à appeler la « prise en charge » et qu'à ce titre, le passage par les pratiques des acteurs de la possession ouvre l'espace de compréhension de ce que *pourrait* être la prise en charge de la maladie.

Les antirétroviraux : constantes et inédits de la prise en charge

Lorsque les traitements antirétroviraux sont apparus, en 1996, sur le devant de la scène médicale, s'est rapidement posée, dans les forums scientifiques (conférences de Vancouver en 1996, puis d'Abidjan en 1997) la question de leur diffusion en Afrique, où se trouvent la grande majorité des personnes infectées par le VIH. Espoirs et doutes s'associant alors dans les discours des spécialistes de l'infection à VIH dans les pays du sud. Doutes, compte tenu des coûts de tels traitements, de la sophistication du suivi, en particulier biologique, qu'ils nécessitent et de la complexité de leur prise (Coulaud, 1997). Ceci dans des contextes de prise en charge des patients infectés par le VIH extrêmement lacunaires en Afrique. Je rappellerai ici les problèmes rencontrés dans le diagnostic et

la prise en charge des infections opportunistes, dont la tuberculose, ainsi que ceux soulevés par les mesures d'accompagnement d'ordre nutritionnel ou encore par le soutien effectivement apporté à des patients confrontés à une maladie encore fortement stigmatisante et fatale. Par ailleurs, la plupart des personnes infectées par le VIH ignoraient alors leur statut sérologique, du fait de la non disponibilité du test de dépistage à large échelle et d'une annonce rarement systématique (Desclaux & Raynaud, 1997). Enfin, l'arrivée de traitements ARV efficaces survenait dans un contexte d'épidémie non homogène – mais pouvant atteindre plus de 10 % de la population adulte dans certains pays. Elle s'inscrivait par ailleurs dans un cadre général de recouvrements des coûts dans les structures de santé, de désengagement de l'État des dépenses de santé et de crise économique.

Au-delà des difficultés qu'elles soulignent, ces quelques remarques montrent incidemment l'ampleur de l'espace occupé par la notion de prise en charge, qui doit être ici entendue dans un sens large, incluant : le test de dépistage (comment le patient est amené à le faire et de quelles façons lui sont annoncés ses résultats) ; le partage de l'information sur le statut sérologique (avec le partenaire et éventuellement d'autres proches) ; les exigences et les difficultés liées au traitement (sa disponibilité réelle, son coût). C'est en effet l'analyse de ces divers contextes qui apparaît essentielle si l'on veut que les patients aient un accès non seulement large, mais aussi pérenne, aux nouveaux traitements de l'infection à VIH. Partant de cette nécessaire mise en contexte de l'arrivée annoncée des ARV, il importait de souligner les écueils tout autant que les avancées que recelaient potentiellement ces traitements. Nuancer l'optimisme qui régnait alors (en 1997) ne signifiait nullement dénier le droit aux patients africains de bénéficier de ces traitements : il s'agissait très précisément d'attirer l'attention sur les inévitables problèmes que ne manquerait pas de poser l'arrivée de ces traitements, compte tenu du fonctionnement des systèmes de santé, en général, et en matière de prise en charge du sida plus particulièrement. Pour le système de santé, les questions posées renvoyaient à sa capacité à intégrer dans son fonctionnement et ses pratiques les nouvelles exigences de ces traitements : techniques (la réalisation d'examen biologiques réguliers, la gestion des médicaments...) mais aussi médicales (la nécessité pour les soignants, dans leur relation au malade, de proposer un traitement que l'on sait plus efficace que les traitements alors disponibles, mais onéreux, susceptible d'entraîner des effets secondaires et qui n'annule pas les mesures de prévention délivrées).

Malgré ces difficultés, les nouveaux traitements ARV ont suscité de grands espoirs en Côte d'Ivoire, à partir de 1997, en particulier chez les personnes infectées par le VIH et chez les soignants. Ceci dans un contexte épidémiologique qui situait la Côte d'Ivoire parmi les pays d'Afrique les plus touchés par l'épidémie de VIH : en 1997 –, et aujourd'hui encore – la prévalence de l'infection chez les femmes enceintes à Abidjan était comprise entre 13 et 15 % (Sylla-Koko *et al.*, 1997) et le

Programme national de lutte contre le sida estimait que 10 à 12 % de la population générale adulte était infectée. Cette situation épidémiologique rendait les autorités sanitaires du pays et les personnes infectées particulièrement attentives à l'introduction des médicaments antirétroviraux dans le pays. C'est ainsi que fut annoncée en août 1998 le démarrage effectif de l'initiative ONUSIDA pour l'accès aux traitements de l'infection à VIH. Entre autres objectifs, cette Initiative « pilote » d'ONUSIDA (menée dans trois autres pays seulement dans le monde : l'Ouganda, le Vietnam et le Chili) visait à rendre accessibles les traitements de l'infection à VIH – dont les antirétroviraux par bi- ou trithérapies – d'abord dans un nombre limité de centres de santé et pour un nombre nécessairement restreint de patients. La fonction « pilote » de l'Initiative ONUSIDA est, en somme, de voir dans quelle mesure il est possible (à une échelle et avec des moyens limités) d'organiser l'accès à des médicaments du sida. Si, parmi ceux-ci, figurent aussi les médicaments permettant de prévenir ou soigner les affections opportunistes liées à l'infection à VIH, en Côte d'Ivoire, aussi bien pour le Ministère de la santé que pour les responsables locaux de l'Initiative ONUSIDA, le véritable enjeu de l'Initiative restait bien l'accès aux antirétroviraux. S'agissant de ces traitements, huit structures de santé ont été choisies pour les recevoir et les gérer. Parallèlement à ces « centres accrédités » – tous situés à Abidjan –, dix centres ont été désignés comme « centres de suivi », dont six à Abidjan et quatre à l'intérieur du pays. Le prix de base des médicaments antirétroviraux délivrés dans le cadre de l'Initiative avoisinant les 100 000 fcfa par mois (150 euros, soit près de 3 fois le salaire minimum) pour une bithérapie. Dans des situations particulières, les patients pouvaient bénéficier d'une réduction supplémentaire de 50 % sur ce montant (les patients nécessiteux, dont les dossiers doivent passer devant une commission ad hoc pour l'attribution de cette subvention) ou de 75 % (les militants d'associations et les femmes ayant participé à des essais thérapeutiques visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH). De plus, à partir d'avril 1999, le Fonds de Solidarité Thérapeutique International accordait une subvention pour des bithérapies destinées à ces derniers : le traitement passa alors de 25 000 à 5 000 fcfa par mois.

Ces éléments de présentation de l'Initiative ONUSIDA en Côte d'Ivoire situent la diversité des enjeux de la prise en charge, tant au niveau de l'individu malade (sa compréhension du traitement et des conseils des soignants ; le type d'information qu'il acceptera de délivrer à des tiers...) qu'à celui de ses proches (aide apportée au malade, respect de la confidentialité), des soignants (nature des conseils donnés au patient, capacité d'adapter le traitement en cas de résistance) ou encore du système de santé (faculté à rendre disponibles les médicaments et à former les soignants à la délivrance et au suivi des ARV). La prise en charge est par conséquent non seulement, et inévitablement, plurielle dans ses objets (médicale, psychologique, familiale...) mais aussi dans les acteurs qu'elle mobilise.

Nous avons choisi d'appréhender cette complexité autour de deux hypothèses, l'une repérant dans la mise en place de ces traitements ARV la possible réactivation de problèmes anciens dans la prise en charge du sida et l'autre, à l'inverse, l'émergence de situations nouvelles¹. Un premier constat s'est imposé, dans le courant de l'année 2000 : quinze ans après le premier cas de sida identifié dans le pays, en dehors de programmes spécifiques et de centres spécialisés, le test de dépistage du VIH reste très peu accessible à Abidjan. En dehors des centres délivrant les ARV, les soignants, même s'ils semblent moins réticents qu'auparavant à la proposition du test de dépistage, souffrent à la fois du manque chronique de matériel biologique (les réactifs), d'un déficit d'information sur sa pratique et son coût, et d'un manque de formation sur le VIH. Avec pour conséquence un sentiment marqué d'exposition au VIH dans leur vie professionnelle : forte tendance à surestimer ce risque qui génère angoisse et tentation d'exclusion des patients infectés². Les soignants insistent sur la fonction conjointement préventive et de contrôle du dépistage permettant tout à la fois l'identification des personnes infectées et la possibilité pour celles-ci de changer de comportement, de protéger leur partenaire et d'éviter de nouvelles grossesses. Pour les consultants des lieux de dépistage, la pratique du test peut devenir régulière, sans être accompagnée d'un changement de comportement, et devient alors en soi une stratégie de prévention du VIH, entraînant un sentiment de protection pouvant dispenser de l'utilisation du préservatif. Quant au partage de l'information sur son statut sérologique, une évolution se repère : si le résultat du test reste plus fréquemment partagé avec un ami ou un parent qu'avec son partenaire, la proportion de partenaires informés augmente. Il est toutefois difficile d'imputer ce changement à l'arrivée annoncée, puis effective, des traitements ARV : d'une façon générale, ces nouveaux traitements du sida restent mal connus et perçus comme coûteux, donc inaccessibles.

Parmi les personnes infectées par le VIH et connaissant leur statut sérologique, il convient de distinguer celles qui, se sachant contaminées depuis plusieurs années ont dû jusqu'alors vivre sans espoir de traitement réellement efficace et celles, récemment informées qui, lors de l'arrivée des ARV, inscrivent la recherche du traitement dans le prolongement direct de leur infection. Les premières d'entre elles ont souvent milité dans des associations de personnes atteintes et participé à divers réseaux de soutien ou d'information : expérience qu'elles mobilisent pour accéder

1. On se reportera ici à deux travaux qui se sont enchaînés : une recherche menée les premiers temps de l'Initiative ONUSIDA (Vidal & Msellati, 2000) et le bilan de l'évaluation socio-économique de cette Initiative (Msellati *et al.*, 2001).

2. De nouvelles dispositions ont été prises en novembre 1999 par l'Initiative ONUSIDA pour permettre aux personnels soignants de bénéficier d'une prise en charge à 100 % du traitement antirétroviral en cas de contamination dans l'exercice de leur métier.

aux ARV, comprendre leurs enjeux et contraintes. Ainsi, lorsqu'est survenue une rupture de stocks et une pénurie de certains médicaments antirétroviraux, ces personnes ont organisé un système de prêt de médicaments ARV entre patients. Les secondes sont en revanche plus isolées dans leur compréhension des mécanismes complexes d'accès effectif aux ARV et se trouvent confrontées à l'impatience, notamment du groupe familial, à entamer un traitement sans toujours attendre la subvention leur permettant de l'assumer financièrement. Ils sont de ce fait confrontés à un risque d'épuisement des ressources financières et d'usure de la solidarité familiale lorsque celle-ci finit par entraîner une baisse des revenus des autres membres de la famille. La complexité, doublée d'une relative opacité, de l'accès aux ARV génère des phénomènes d'autoexclusion de patients estimant ne pas avoir les ressources financières pour acheter les traitements : les soignants insistent, en effet, fortement sur ce point mais sans se donner les moyens d'évaluer les ressources que peut mobiliser le patient, ceci au détriment d'une information précise sur le processus de choix des patients mis sous ARV, le déroulement du suivi médical et biologique une fois le traitement engagé ou la possible survenue de résistances aux médicaments (Delaunay & Vidal, 2002). Malgré – ou peut-être aussi grâce à – ces difficultés, le traitement suivi est porteur d'espoirs, en particulier celui d'une vie débarrassée de la marque physique de la maladie, avec les réactions de peur qu'elle inspire. Espoir, aussi, de pouvoir reprendre une activité – interrompue lorsque la maladie réduisait les capacités physiques. Espoir, encore, pour les femmes chez lesquelles on observe la réactivation d'un désir d'enfant, qui avait subi de profonds bouleversements lors de la révélation de la séropositivité.

De leur côté, les soignants prescrivant les ARV, dans les centres spécialisés, disposent enfin d'un traitement contre le VIH, certes imparfait, complexe, coûteux mais qui a le mérite d'exister. Dans le même temps, ils doivent assumer la sélection des patients qui y auront accès, sans pour autant y avoir été formés. Sélection à opérer fortement marquée par l'incertitude, parfois l'ignorance, face à la réponse clinique de l'individu au traitement (avec de possibles résistances médicamenteuses) et caractérisée par l'isolement du soignant. En effet, n'oublions pas qu'il est question ici de pratiques de prises en charge rares en Côte d'Ivoire et qui, en l'espèce, ont pâti d'un manque d'encadrement des soignants, tant sur les aspects techniques que relationnels du traitement. Comment adapter un protocole thérapeutique ? Sur quels critères décider qu'il y a échec ? Comment répondre aux demandes d'explications des malades, et surtout devancer leurs interrogations ? Comment, aussi, éviter de préjuger de la capacité d'observance de traitements ? Sur tous ces points, il existe des situations habituelles dans la prise en charge de pathologies lourdes, et le traitement du sida par ARV ne fait pas exception. Néanmoins, dans ces pratiques réactivées par les ARV, émergent des comportements inédits. Considérons ici la position adoptée par les médecins, soucieux de s'assurer que le patient suivra convenablement son trai-

tement. Ce qui semble un impératif pour une bonne efficacité du traitement est aussi le lieu de préjugés et de discriminations. Ainsi, les patients ayant participé à des essais thérapeutiques devaient être prioritaires pour l'accès aux ARV, et en particulier bénéficier des traitements les plus subventionnés : il a été décidé que cela récompenserait leur implication dans des essais. Un tel choix avait aussi une raison médicale, puisqu'habituellement, dans le cadre de ces essais, à suivre des traitements au long cours, ils seraient des patients observants des traitements ARV. Or, dans les faits, nombre de ces patients ont dû, au contraire, affronter la défiance des médecins, inquiets quant à leur capacité de prendre correctement les ARV car, disaient-ils, trop habitués à la gratuité du traitement délivré durant les essais thérapeutiques et, de ce fait, incapables de s'adapter au suivi de traitements cette fois-ci payants.

Moment central de la prise en charge, la consultation médicale, comprenant essentiellement un interrogatoire, un prélèvement sanguin et une prescription de médicaments, garde son caractère distancié (pas de contact physique ni d'examen clinique approfondi) alors même que les médecins évoquent la nécessité de communiquer avec les patients et d'établir avec eux une relation de confiance, ce qui les rends eux-mêmes alors susceptibles de glisser d'une fonction de thérapeute à celle de simple prescripteur. Une réduction de leur rôle que reconnaissent les patients et qui les confinent dans ce rôle que reconnaissent les patients dans ce rôle de dispensateurs des subventions éventuelles et de distributeurs de médicaments.

Parallèlement aux soignants, au système de santé, aux personnes séropositives en général et à leurs proches, le groupe des militants associatifs occupe une place cardinale dans ce complexe de prise en charge. Ces associations de personnes vivant avec le VIH, un temps pourvoyeuses de témoignages de personnes infectées, se sont longtemps battues pour l'accès aux traitements. Au point d'être dépositaires d'une expérience des traitements ARV qui se traduit par la délivrance d'informations aux malades sur les moyens d'obtenir ces traitements ou sur la validité des prescriptions, mais aussi par la mise sur pied d'activités pourvoyeuses de revenus permettant de payer les traitements. Elles ont aussi participé de l'intérieur au système mis en place par l'Initiative ONUSIDA, fournissant aux centres de santé les listes de leurs membres ayant droit aux subventions maximales : elles assument donc une partie de la sélection des patients. A cet égard, le positionnement des associations se trouve transformé, associant pressions et revendications extérieures, d'une part, et interventions internes, d'autre part. Les militants associatifs ne sont finalement pas les seuls acteurs de la prise en charge du sida à connaître un infléchissement de leurs rôles et pratiques. Médecins, patients, parents affrontent tous une innovation médicale qui reste fortement tributaire du système en place et des modalités habituelles de la relation thérapeutique.

Les rapports à l'innovation médicale de chacun créent tout à la fois de l'autoexclusion des traitements, de nouvelles formes de solidarité, des

relations entre soignants et malades transformées et une pratique médicale remise en cause dans son paradigme de dispensation de soins. Autant de situations engendrées par l'arrivée des ARV qui doivent se lire au regard de l'état tant du système de santé que de la prise en charge du sida. Situations aussi, et surtout, qui nous informent sur ce qu'est la prise en charge de cette maladie parce qu'elles sont portées par des parcours singuliers : ceux du médecin impliqué dans la délivrance des ARV, du patient qui échoue à obtenir un traitement, du militant d'association mis sous traitement et en porte-à-faux avec ses amis, qui en sont privés. Je veux signifier par là que l'analyse de ces prises en charge renouvelées et adaptées, plurielles, se fonde sur des trajectoires singulières, et pas uniquement personnelles : ce que l'arrivée des ARV dans la pratique de soignants et le fonctionnement du système révèle de plus général sur la prise en charge du sida hors ARV, n'aurait pu être décrit sans une écoute des récits des malades et des soignants, sans suivre au plus près les démarches des personnes séropositives dans les structures de santé. Valeur exemplaire de ces singularités de la prise en charge que je voudrais maintenant aborder à travers les constructions du diagnostic et du traitement pour d'autres pathologies, la tuberculose et le paludisme. Singulier qui apparaîtra de façon plus diffuse, tant est relativement banale et courante la mise sous traitements antituberculeux ou antipaludique. Nous verrons néanmoins comment, dans ces démarches de diagnostic et de soins *a priori* normées, que ce soit en matière de techniques de diagnostics, de molécules à prescrire ou d'évolution envisageable de la maladie, s'immiscent des pratiques et des savoirs qui, d'un individu à l'autre, ne sont jamais totalement superposables.

Le savoir médical en actes

Avant d'en venir à cette mise en lumière du singulier dans l'expérience médicale, rappelons – pour reprendre le souci formulé par G. Lenclud – que tout objet « doté de réalité sociale » n'est pas *ipso facto* un objet « doté d'une réalité anthropologique » (1995-b : 72). Or, si l'on entend par réalité anthropologique, dans le cas qui m'intéresse, la capacité de l'objet à éclairer les liens complexes, changeant dans le temps et suivant les contextes, entre les savoirs et les pratiques à travers les figures du singulier, force est alors de constater que l'élaboration et la mise en acte de la médecine en Afrique constituent un objet anthropologique par excellence. A cet égard, de la littérature anthropologique sur la santé et la maladie en Afrique aux constats de promoteurs de projets de développement, un consensus général se dégage pour admettre que les pratiques et savoirs populaires sur la souffrance, le traitement et la guérison se trouvent inévitablement et régulièrement confrontés aux pratiques et savoirs

portés par les représentants de la bio-médecine. Constat qui renvoie à l'image d'une confrontation, d'un rapport de force omniprésent entre le malade et ses proches, d'une part, et le personnel de santé – du médecin au « garçon de salle » –, d'autre part. On conçoit aisément que cette confrontation ne puisse prendre forme indépendamment d'un processus de négociation : pour accéder au médecin sans trop attendre, pour obtenir une information sur la nature de sa maladie, la prise des médicaments, les autres démarches de soins dans la structure – maintenant ou dans l'avenir. Les études anthropologiques montrent alors que ces négociations mettent en jeu des légitimités professionnelles et, plus largement, des relations sociales, dès lors que malades et personnels de santé utilisent leurs réseaux familiaux (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Gobatto, 1999 ; Jaffré & Prual, 1993). La présence de tels espaces de négociations contribue à modeler l'accès aux soins dans un contexte donné et influe sur les conditions de suivi des conseils reçus et d'observance des prescriptions médicales.

Or, si les pratiques et savoirs populaires constituent des objets de réflexion premiers de l'anthropologie de la maladie et de la santé, nous disposons comparativement de peu de données sur l'organisation et le développement des pratiques et savoirs biomédicaux en Afrique. Plus précisément, la structuration actuelle des professions médicales et paramédicales ainsi que leurs pratiques de soins demeurent rarement documentées de façon conjointe. La construction des catégories que ces professions mobilisent dans leurs activités quotidiennes doit faire l'objet d'une réflexion rétrospective : c'est la condition première pour expliciter les liens qui s'établissent entre l'élaboration et la définition des savoirs, d'une part, et la mise en œuvre de l'activité médicale, d'autre part.

Dans le prolongement des travaux d'I. Gobatto (1999) et de Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (2003), notamment attentifs aux difficultés que rencontrent les médecins pour exercer le métier pour lequel ils estiment avoir été formés, il importe de se pencher sur deux étapes essentielles, qui à la fois caractérisent et structurent leur métier : la formation du savoir, auprès de maîtres et d'institutions qui véhiculent eux-mêmes un savoir façonné dans des directions et suivant des objectifs variés, et les pratiques quotidiennes, curatives ou préventives. Il est nécessaire de considérer ces deux questions comme des objets de recherche à part entière, si l'on veut comprendre les attentes des médecins, leurs relations avec les autres catégories de personnels de santé ou leurs appréciations des comportements des malades. L'étude du lien entre ces deux vastes thèmes que sont « les savoirs » et « les pratiques » passe par une analyse des savoirs dans leurs attendus les plus théoriques et leurs modalités d'acquisition, ainsi que par une lecture anthropologique du moment où ce savoir est – en principe – convoqué : face au malade.

Une telle approche devient la condition d'une anthropologie actuelle des métiers et savoirs de la santé, que l'on pourrait structurer autour des « entrées » suivantes : les professions, les activités et les actions de santé

publique. S'agissant des professions médicales et para-médicales, nous savons que l'infirmier, la sage-femme mais aussi l'assistant social ou le pharmacien de la structure de santé constituent, avec le médecin, des figures centrales des soins bio-médicaux en Afrique. Une des principales raisons du poids important de l'infirmier, par exemple, dans la prise en charge de la maladie réside dans l'appropriation d'activités (et donc d'une légitimité et d'un pouvoir) qui excèdent ses prérogatives administratives. Un décalage du même ordre entre attributions et activités réelles caractérise le travail de la sage-femme, du pharmacien ou de la fille de salle (Besnard, 1999). Comprendre ce décalage ne se réduit pas à le décrire dans ses diverses manifestations. L'analyse anthropologique doit ici porter sur l'organisation de ces différentes professions médicales et leur structuration dans la durée pour, ensuite, s'intéresser aux trajectoires professionnelles de soignants, autour de la question de leur formation individuelle, qu'elle soit académique ou continue. De l'organisation institutionnelle d'un métier à la formation de ses représentants, il est alors possible d'étudier sur les transformations des activités de ces professionnels. La réflexion s'oriente ici sur la nature des relations établies au sein des équipes soignantes, susceptibles de se bâtir autour de la fonction officielle (médecins d'un côté, infirmiers de l'autre...) mais aussi, par exemple, de l'ancienneté dans la profession ou dans la structure de soins.

Ce regard sur les rapports entre soignants – leurs formes et leurs déterminants – introduit inévitablement une réflexion sur les activités concrètes de ces professionnels et, partant, sur les relations qu'ils nouent avec les malades. Une pratique mérite une attention particulière dans la mesure où elle se situe, de façon tout à fait emblématique, à l'intersection du rapport au malade et du rapport au collègue soignant : la consultation médicale, peu étudiée à l'échelle comparative qui nous intéresse, c'est-à-dire d'un pays à l'autre (en l'occurrence le Sénégal et la Côte d'Ivoire) mais aussi d'un type de structure à un autre et enfin d'une catégorie de soignants à l'autre. Ceci, en n'oubliant pas que suivant les structures, leur taille et leur organisation interne, l'infirmier ou la sage-femme peuvent eux aussi être amenés à « consulter ». Travailler sur ce moment privé de la relation thérapeutique oblige, plus que tout autre objet d'étude, à un croisement des observations et des discours recueillis. Pouvoir assister à des consultations est un objectif que doit se fixer l'anthropologue : il est néanmoins délicat à garantir, surtout dans le cas où celui-ci n'est pas lui-même médecin, ce qui oblige à croiser les entretiens réalisés avec les médecins, les autres soignants amenés à effectuer des consultations et leurs malades. Dès lors que, dans une structure donnée, les activités des médecins et des infirmiers comprennent des volets de diagnostic et de prescription, ce sont à la fois des répartitions et parfois des confusions de rôles, voire des conflits de compétences entre ces deux catégories de professionnels de santé, qui peuvent émerger. L'hypothèse ici formulée est par conséquent que la consultation médicale dans nombre de struc-

tures de santé en Afrique est un moment de fondation des rapports aux malades mais également aux autres soignants. S'intéresser aux traitements en Afrique oblige ainsi à confronter et à corréliser des pratiques à des définitions et des catégorisations – ce que nous nous sommes proposé de faire pour la tuberculose et le paludisme³. Les savoirs médicaux ainsi révélés doivent être appréhendés à l'image de la description que propose M. Foucault du savoir psychiatrique au 20^e siècle, non pas comme « somme de ce qu'on a cru vrai, [mais comme] l'ensemble des conduites, des singularités, des déviations dont on peut parler dans le discours psychiatrique » (1969 : 238).

La tuberculose, des spécificités du risque à la permanence de l'expérience

Liens avec le sida et traitements supervisés

Lorsque l'on s'intéresse à la « prise en charge » de la tuberculose en Afrique, on ne peut ignorer le lien épidémiologique entre cette pathologie et le sida. Nous savons ainsi que, chez les patients infectés par le VIH, les tuberculoses extra-pulmonaires sont plus fréquentes que chez les tuberculeux séronégatifs (De Cock *et al.*, 1992) : or, faute d'examen biologiques spécifiques, elles sont difficiles à diagnostiquer. Par ailleurs, l'utilisation de la radiographie est confrontée à l'existence de cas « atypiques » de tuberculoses chez les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, à tel point qu'il sera difficile de confirmer une tuberculose pulmonaire et de la distinguer formellement d'une autre affection pulmonaire (Perriens *et al.*, 1991 : 129). Ces brèves remarques suggèrent des refontes de la pratique des cliniciens prenant en charge la tuberculose : ils doivent intégrer les nouvelles formes cliniques de cette maladie lorsqu'elle est

3. Les données et analyses qui suivent sont issues d'une recherche sur « L'expérience des professions médicales face au paludisme, à la tuberculose et à la prévention en milieu urbain. Une étude comparative Côte d'Ivoire / Sénégal », coordonnée par D. Gadou, A.-S. Fall et moi-même. Les matériaux de terrains ont été collectés et dépouillés au Sénégal par Fatoumata Hane (sur la tuberculose) et Tidiane Ndoeye (sur le paludisme), et en Côte d'Ivoire par Claire Konan Bla (sur la tuberculose) et Assani Adjagbé (sur le paludisme). Je me fonderai ici essentiellement sur les analyses issues du volet sénégalais du projet : à cet effet, les paragraphes « Prendre en charge la tuberculose : illustrations sénégalaises » et « Le paludisme et la négociation de ses normes de prise en charge » ont été rédigés à partir d'extraits – que j'ai réécrits et parfois ré-interprétés quelque peu différemment – de deux documents produits par F. Hane (« Savoirs et pratiques des professionnels de santé face à la tuberculose dans les centres de santé de Dakar et Tambacounda », février 2003, multigr., 23 p.) et T. Ndoeye (« L'organisation de la lutte contre le paludisme au Sénégal : restitution analytique de quelques résultats provisoires », février 2003, multigr., 24 p.).

corrélée à l'infection à VIH, ainsi que les outils nouveaux qu'elle nécessite pour un diagnostic microbiologique et non plus seulement radiologique. Nous avons autour du diagnostic de la tuberculose une évolution du savoir et de la pratique focalisée sur un affinement des connaissances cliniques des médecins et des capacités techniques des laboratoires qui dépistent la tuberculose. Par ailleurs, dans ce travail de lecture des signes de la maladie, quelle place reste-t-il au pronostic ? Mentionnons à ce sujet les corrélations qu'effectue N. Christakis entre l'émergence de thérapies efficaces et le délaissement du pronostic au bénéfice du diagnostic (1997 : 313). Dès lors, dans le cas qui m'intéresse ici, le pronostic peut-il disparaître au profit du diagnostic si l'on dispose d'antirétroviraux pour mieux traiter l'infection à VIH chez des tuberculeux bénéficiant par ailleurs d'un traitement anti-tuberculeux efficace ? Malgré les difficultés que pose la mise en œuvre de ces outils diagnostiques, nous restons nettement dans un registre d'appropriation d'éléments de savoir produits par la science médicale : en somme, l'« effort » demandé aux médecins, aux laboratoires et à ceux qui décident du financement de la formation des uns et de l'équipement des autres reste du domaine que l'on qualifiera de « technico-médical ».

Les transformations qui interviennent dans la prise en charge de la tuberculose lorsqu'a été promue et généralisée la délivrance « directement observée » des traitements sont d'un autre ordre. Le DOTS (« Directly observed treatment short-course ») consiste notamment⁴ à demander au patient de prendre en présence d'un personnel de santé ou d'un « témoin » préalablement choisi, les médicaments qui viennent de lui être délivrés dans la structure sanitaire. L'objectif est ici de s'assurer que le malade prend régulièrement ses médicaments, dans le cadre d'un traitement long, d'au moins 6 mois, et dont l'interruption prématurée pourrait provoquer des rechutes et des résistances médicamenteuses. Cette amélioration de la prise en charge des tuberculeux oblige tout d'abord les soignants à adopter une attitude relativement inhabituelle : vérifier que le patient prend son traitement. Plus remarquable, le principe du DOTS, lorsqu'il revient à identifier dans l'entourage du patient une personne en mesure de constater la prise effective des médicaments, déplace l'intervention et l'adaptation du travail des soignants d'un registre « technico-

4. La stratégie DOTS est très souvent réduite, dans la littérature et les discours sur la prise en charge de la tuberculose, au seul volet de supervision de la prise de médicaments par un professionnel de santé ou un proche, alors qu'il comprend en réalité cinq éléments : « l'implication du Gouvernement pour soutenir les activités de dépistage et prise en charge de la tuberculose ; la détection des cas par l'analyse en laboratoire des crachats de patients se déplaçant dans les centres de santé ; l'administration d'un traitement standard de 6 à 8 mois pour tous les patients à crachat positif, avec une observation directe de la prise du traitement pendant au moins deux mois ; un approvisionnement continu et ininterrompu en médicaments anti-tuberculeux ; un système d'enregistrement standardisé des cas qui permette une évaluation des traitements de chaque patient et de l'ensemble de l'activité du programme de lutte contre la tuberculose » (WHO, 2000-b).

médical » à un registre nettement « social ». Les questions posées sont en effet les suivantes : quelle personne de l'entourage sera suffisamment disponible pour observer quotidiennement la prise du traitement ? Cette personne est-elle susceptible de garder confidentielle l'information sur la nature de la maladie de son proche qui possède un potentiel de stigmatisation renforcé du fait de son lien connu avec le sida ? Faut-il qu'elle soit impliquée dans l'aide financière au malade, pour acheter son traitement ou effectuer les examens de laboratoire exigés par le suivi médical de sa tuberculose ? Nous avons là autant d'interrogations préalables pour lesquelles ni les médecins ni les assistants sociaux ne possèdent d'expérience spécifique, bien que la tuberculose soit considérée comme une « maladie sociale » et qu'un effort soit effectué pour connaître l'entourage familial du patient, dans le but de procéder au dépistage de la tuberculose et de maîtriser la diffusion de la maladie. Les soignants deviennent donc les dépositaires d'une innovation, dont les objectifs annoncés sont explicitement thérapeutiques mais dont les modalités excèdent *a priori* leurs compétences. La question est alors d'essayer de comprendre comment s'effectue cette interprétation pratique d'un choix de santé publique. Ceci tout en évaluant les modulations des définitions de la tuberculose, de ses diagnostics et des contenus effectifs de ses traitements.

Prendre en charge la tuberculose : illustrations sénégalaises

Je m'intéresserai à cet effet à la situation épidémiologique de la tuberculose au Sénégal. Ce pays se trouve – selon l'OMS – dans une phase de généralisation de la stratégie DOTS ; ceci dans un contexte où le nombre de cas dépistés en 1998 représente un peu moins de 1 pour 1000 de la population totale (WHO, 2000-a). On peut néanmoins d'ores et déjà remarquer que cette stratégie est loin d'être systématisée, pour différentes raisons (tant institutionnelles que matérielles), illustrées ci-dessous. Remarquons par ailleurs que les patients souffrant d'une tuberculose pulmonaire sont à Dakar moins fréquemment infectés par le VIH qu'à Abidjan (Samb *et al.*, 1999), situation très certainement explicable par la moindre prévalence du VIH au Sénégal (entre 1,5 et 2 %) qu'en Côte d'Ivoire. Ceci étant, comme à Abidjan, la tuberculose associée à l'infection à VIH possède des particularités non seulement cliniques mais aussi biologiques : l'examen de crachat et l'intra-dermo réaction sont plus souvent négatifs chez les patients infectés par le VIH que chez ceux qui ne le sont pas (Samb *et al.*, 1999 ; Brucker-Davis *et al.*, 1993), avec des images radiologiques différentes suivant le statut sérologique. Constat qui sous-tend des difficultés de diagnostics de la tuberculose chez les patients séropositifs pour le VIH ; difficultés qu'il importe de décrire avec précision en les rapportant aux connaissances des soignants sur ce point et à leurs demandes (par exemple, en moyens de laboratoire ou en information).

Même si 6 500 cas de tuberculose sont diagnostiqués chaque année – dont la moitié dans la seule région de Dakar – pour une population totale estimée à près de 10 millions d'habitants, le taux de notification des nouveaux cas demeure toujours faible : 254 pour 100 000 habitants en moyenne. Malgré l'existence d'un traitement efficace et gratuit, le taux de guérison (en moyenne 60 %) reste très en deçà de l'objectif du Programme national de lutte contre la tuberculose, qui est de guérir 85 % des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif. Le principal facteur mis en cause est la faible observance du traitement, avec 30 % des malades qui abandonnent leur traitement avant son terme, ce qui affecte grandement l'efficacité de la lutte anti-tuberculeuse. Derrière ces interrogations de santé publique relatives à la difficile mise en place de la DOTS et aux problèmes d'observance du traitement, se nichent des points de débat anthropologiques qui renvoient tout aussi bien aux pratiques diagnostiques effectives des soignants, aux modalités de délivrance du traitement et de l'information des patients, qu'aux compréhensions du traitement par ces derniers ou aux attentes des soignants, en matière de formation ou de prise en compte du risque professionnel. Illustrons maintenant plus précisément ces quelques thèmes de réflexion sur la mise en acte du savoir médical par les études menées au Sénégal dans des structures de santé de taille variable (centres de santé et service hospitalier) situés tant à Dakar que dans une ville de l'intérieur du pays.

Alors que dans le cadre de la lutte antituberculeuse impulsée par l'OMS, le Sénégal a adopté la stratégie DOTS de prise supervisée du traitement au moins durant la phase intensive depuis 1991, elle demeure, comme je le notais, le plus souvent, inappliquée, à l'exception de quelques rares structures : le plus souvent le patient vient donc retirer dans la structure l'équivalent d'une ou deux semaines de traitement et n'est pas tenu de le prendre en présence d'un tiers. Le responsable de la prise en charge de la tuberculose dans une structure pratiquant le « traitement directement observé » estime, de son côté, que la stratégie de contrôle de la prise effective des médicaments permet de maîtriser les effets secondaires de médicaments combinés et de réduire le nombre de « perdus de vue ». Appréciation que ne partagent pas nécessairement ses patients, devant se déplacer quotidiennement au centre de santé, avec les dépenses que cela engendre. C'est le cas de ce patient qui, pour venir au centre de traitement, prend une calèche jusqu'à la gare de taxis (150 fcfa) où il peut trouver un taxi collectif (100 fcfa) : soit au total 500 fcfa par jour, auxquels s'ajoute l'achat d'une seringue (100 fcfa), non fournie par le centre de santé, pour effectuer l'injection de streptomycine qu'exige le protocole de retraitement qu'il suit. Il explique alors que « c'est la deuxième fois que je me traite ici parce que dès que je me sens mieux, j'arrête. Je ne peux pas assurer 600 fcfa par jour alors que je suis quand même technicien dans une entreprise ! Imaginez un peu ce que c'est pour les autres. Il faut à mon avis trouver le moyen d'aller vers les gens parce qu'en comptant le coût du transport, les effets de la gratuité du traitement

disparaissent ». Les professionnels de santé peuvent eux aussi se montrer critiques envers la prise supervisée du traitement, « manière d'infantiliser les patients » alors que « si l'information sur la maladie est passée correctement, la DOTS n'est pas nécessaire ; il y a plutôt un besoin de consultants hospitaliers capables de véhiculer une information correcte et complète sur la tuberculose ».

Lorsque la mise sous traitement est décidée, les discours des médecins à l'adresse des malades se caractérisent par leur forte hétérogénéité, tant formelle que de contenu. Ils peuvent être lapidaires, sans aucune information sur les mécanismes de contagiosité, les mesures d'hygiène, les manifestations de la maladie ou les effets secondaires de certains antituberculeux : « C'est la tuberculose, ce sont ces comprimés qui vont la guérir et le traitement dure 8 mois ». Dans d'autres situations, des précisions sur le comportement à adopter vis-à-vis de l'entourage sont apportées, quoique succinctement : « Cette maladie c'est la tuberculose, son traitement dure 8 mois, il est long mais il faut le suivre ; les médicaments sont gratuits ; par rapport à la famille il faut prendre du recul, il faut éviter de trop parler, de manger avec eux, tu devras dormir seul mais cela ne durera qu'un mois ; il faut parler à la personne la plus influente pour que cet isolement ne soit pas mal interprété ». Enfin, un troisième cas de figure mérite d'être présenté à travers l'intégralité du dialogue entre le médecin et le malade :

– T'a-t-on dit de quoi tu souffres ?

– Non.

– Tu as la tuberculose ; tu travailles ?

– Je suis pêcheur.

– Tu vis seul ?

– Non, je suis avec ma famille

– Vous pouvez partager la chambre mais il faudra qu'elle soit aérée et nettoyée à l'eau de javel, il faut laisser les excitants (piment, café, cigarette, tout ce qui est acide) parce que tu as une maladie qui creuse les poumons, il faut prendre des ustensiles personnels, prendre des précautions d'hygiène, cracher dans un pot que tu rinces à l'eau de javel, utiliser un grand mouchoir pour tousser ; le traitement que je vais te donner, il faudra le prendre tous les jours sans rupture. Quand tu auras fait deux mois de traitement tu vas retourner au labo, mais pendant ces deux mois il faut que tu évites de travailler tu pourras reprendre tes activités après deux mois c'est durant ces deux mois qu'il y a la phase de contagion c'est pourquoi on te demande de savoir comment te comporter. Le traitement dure 8 mois ; avant janvier 2002, il y avait des injections, mais maintenant les malades ne prennent que des comprimés. Chaque jour tu viendras prendre tes médicaments ici parce qu'on fait la prise supervisée. Il y en aura beaucoup mais cela dépend du poids. Les comprimés ont des effets secondaires, donc dès que tu sens quelque chose il faut nous le dire pour qu'on sache si on doit changer le traitement ou te prescrire une ordonnance pour une autre affection. Demain, en venant, tu apportes un petit carnet. Est-ce que tu as bien compris ce que je t'ai dit ?

– Oui.

A la brièveté des premiers échanges succède une énumération, certes complète, mais qui pose, me semble-t-il, une question centrale dès lors que l'objectif est d'informer le patient sur le déroulement et les contraintes de son traitement : que peut retenir le patient de cette litanie de conseils dont aucun, par ailleurs, n'est réellement explicité dans ce qui le motive ? Surcroît d'informations inassimilables qui fait écho, d'une certaine façon, au manque d'informations dont se plaignent aussi les malades. Manque mais aussi paradoxe d'une information qui vise à banaliser la maladie tout en prônant un relatif isolement (« il faut savoir comment te comporter ; il faut prendre de la distance par rapport à la famille ») que le patient vit par ailleurs quotidiennement. Ces relations entre soignants et soignés se donnent à lire de manière différente selon les services qui interviennent dans le traitement et le suivi de la tuberculose. D'emblée, il convient de noter que les termes désignant les malades qui ne suivent pas le traitement tel qu'il leur a été prescrit comportent une forte charge négative : ils seront présentés comme « récalcitrants » ou « défaillants », « difficiles » ou « indisciplinés ». Les malades « difficiles », explique un professionnel de santé, « ont tendance à être nerveux, ils disent souvent qu'ils sont négligés, qu'ils sont évités, les gens pensent qu'ils vont les contaminer dès qu'ils s'approchent ; tous ces problèmes sont emmagasinés et font qu'ils sont nerveux ; ils ont tendance à ne voir que ce qui est négatif au niveau du personnel, et même à la maison ils ont tendance à avoir ce comportement ».

Une étape importante de la prise en charge de la tuberculose se joue au niveau du laboratoire où le patient se présente avec son bulletin d'analyse : un crachoir lui est alors remis pour le recueil des crachats. Les rapports entre patients et soignants y sont le plus souvent très brefs, sauf si bien sûr le malade connaît personnellement le soignant ou s'il lui est recommandé. Plusieurs cas de figure peuvent être observés. Dans certaines structures, le patient va cracher chez lui et le technicien ne s'adresse à lui – debout en lui demandant de s'asseoir de façon à ne pas lui faire face – que pour lui expliquer comment cracher. Dans d'autres cas, les prélèvements se font dans l'enceinte même du service, à l'arrière des bâtiments du laboratoire. Dans ce cas, un agent de santé, et non plus le technicien du laboratoire, lui demande de cracher dans le pot qui lui a été remis, en lui expliquant brièvement comment procéder. A ces procédures différentes, s'ajoutent des coûts variables (de 500 fcfa à 2000 fcfa d'une structure à l'autre). Si la mise à distance du malade peut être vue comme une précaution du soignant pour éviter d'être lui-même exposé au bacille de la tuberculose, on doit néanmoins constater que ces mêmes agents ne portent ni gants, ni masques alors que, de l'avis du responsable du Laboratoire National de Référence, la manipulation constitue le moment le plus dangereux. Deux arguments sont alors avancés par les agents de santé : soit le fait de se rincer les mains à l'eau de javel avant et après l'étalement est jugé plus sûr que le port de gants, soit il est estimé

que « la chaleur altère les gants » (raison pour laquelle « nous ne faisons jamais d'examens dans l'après-midi à cause de la chaleur »).

Ces évocations des pratiques des techniciens de laboratoires sont là pour rappeler un constat plus général, celui de la prise de distance des professionnels de santé au regard des normes de prise en charge de la maladie. Normes le plus souvent édictées par les organismes internationaux (OMS, UICMR : Union internationale de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires) avec lesquels les médecins composent largement, selon des arguments d'expérience, où se mêlent – comme le souligne cet interne en médecine – connaissances formelles et enseignements de la pratique : « Il y a plusieurs protocoles. On ne peut pas appliquer à la lettre les recommandations des institutions comme l'OMS ou autre, il faut s'adapter en fonction de nos connaissances sur le malade et sa capacité à supporter tel ou tel traitement, et compte tenu et des moyens dont nous disposons. Lors des visites quand le professeur me donne son avis sur un malade ou me suggère un traitement, quand je ne suis pas convaincu par ce qu'il propose, j'agis en fonction de mes connaissances, je donne le traitement qui apparaît pour moi comme le traitement le mieux adapté, je ne tiens pas vraiment compte de ce que dit le professeur. Il faut tout de même dire que le professeur c'est mon maître, il est plus expérimenté que moi mais il change souvent d'avis devant des patients qui présentent un même tableau. Dans ces cas, je me fie à mes connaissances ».

Ce jeune médecin souligne incidemment que les arguments d'autorité des supérieurs hiérarchiques peuvent être adaptés, contournés, parfois pour éviter les conflits. C'est le cas des infirmières expérimentées qui apprécient difficilement de se voir dicter leur conduite par un jeune médecin. Avec de possibles conséquences sur le type de prise en charge du patient. Ainsi des techniciens de laboratoire, se sentant exclus du suivi des patients, faute d'échanges avec les médecins, ne leur indiqueront pas avoir découvert, dans leurs analyses des crachats de patients, d'autres bactéries que des bacilles de la tuberculose. Rétention de l'information qui peut alors conduire le médecin à traiter une tuberculose pensant que le patient – sur la base d'un examen clinique – est un « faux négatif » alors qu'il souffre d'une autre affection. Remarque qui pose le problème somme toute classique de la hiérarchisation des relations dans le corps soignant, mais aussi de celui d'un dialogue insuffisant : cela va de l'absence de salutations à la non communication sur des cas. Si ces manques sont naturellement relayés par les personnels paramédicaux ou, plus largement, par les non médecins, les médecins ne se privent pas de porter des appréciations sur leurs subalternes. L'absence de vocations des agents de santé, recrutés sans formation, ou l'impossibilité de sanctionner les fautes professionnelles sont alors évoquées pour expliquer des pratiques non conformes à ce que devrait être la prise en charge de la tuberculose. A cela s'ajoutent les délicates négociations des hiérarchies instituées dans la structure en déphasage avec les hiérarchies académiques, qui empêche-

ront le médecin d'exercer son autorité sur une infirmière, plus ancienne que lui dans la structure. Autant de logiques pratiques – dans le rapport aux autres soignants, dans l'appréciation des normes de diagnostic et de traitement – qui se superposent, sans jamais non plus se substituer à eux, aux savoirs acquis durant les formations. On ne peut alors qu'adhérer – et l'exemple de la prise en charge du paludisme nous le confirmera – à l'analyse d'A. Cicourel, pour qui « la formation des médecins incorpore de nombreuses connaissances fondamentales qui ne s'intègrent que partiellement à la recherche et à l'expérience cliniques ou aux activités de diagnostic subsumées sous les catégories médicales formalisées » (1985 : 81-82).

Le paludisme et la négociation de ses normes de prise en charge

Avant de présenter les déclinaisons des expériences des soignants confrontées au paludisme, je rappellerai brièvement quelques-unes des caractéristiques du problème de santé publique représenté par cette affection. En soulignant d'emblée que l'accès palustre est le premier motif de consultation au Sénégal et représente plus précisément 70 % des consultations d'enfants de moins de 5 ans et 50 % de celles de femmes enceintes (Unicef, 2000). L'épidémiologie du paludisme au Sénégal s'apparente à celle des régions incluses dans le « faciès sahélien », caractérisé par une transmission saisonnière courte (moins de six mois), une morbidité importante en saison des pluies et une prémunition plus tardive que dans les zones tropicales ou équatoriales (Mouchet *et al.*, 1993). A Dakar, le paludisme est « hypoendémique » pendant la saison sèche et « mésoendémique » durant la saison des pluies (Faye *et al.*, 1995), avec une mortalité hospitalière lourde (27 %, Soumaré *et al.*, 1999) : la barrière des saisons n'est toutefois pas franche, puisque le début de la saison sèche avec le retour en ville des personnes restées au village, pour les travaux agricoles, durant la saison des pluies, connaît un pic d'infestation (Diallo *et al.*, 2000). A l'échelle du pays, cette mortalité est en augmentation avec la résistance à la chloroquine : c'est notamment le cas chez les enfants de 0 à 9 ans dont la mortalité causée par le paludisme a été multipliée par 2 à 5, entre 1984 et 1993 (soit avant et après les premiers cas de résistance à ce médicament) (Trape *et al.*, 1998).

Prévenir et prendre en charge le paludisme au Sénégal

Maladie commune dans sa gravité, le paludisme est traité à tous les échelons du système de santé. Or celui-ci se caractérise par une décentralisation de la gestion de l'offre de soins, qui a notamment créé une dépen-

dance d'un certain nombre de structures de santé périphériques vis-à-vis des mairies. Point important à mentionner dans la mesure où les personnels municipaux recrutés pour les centres de santé (avec le titre d'« agents de santé ») n'ont parfois aucune formation préalable en santé et un niveau d'instruction faible. Les personnels de santé déjà là doivent assurer leur formation... alors même qu'ils touchent un salaire inférieur aux personnes recrutées par la mairie. Ceci ne manque pas de créer des tensions avec les autres professionnels, parmi lesquels les infirmiers, qui les assimilent à des usurpateurs de fonction : « Pourquoi recruter des gens qui n'ont aucune qualification, qui ne savent même pas lire leur nom pour certains, alors même que ceux qui ont des diplômes dorment chez eux ? ». Situation importante à rappeler dès l'instant où, comme je l'expliquerai par la suite, ces mêmes agents sont au contact des malades, y compris dans la délivrance de traitements anti-palustres.

Avec leurs collègues infirmiers mais aussi médecins, ils sont par ailleurs théoriquement tenus de délivrer une information en matière de prévention. On constate à cet égard que l'information sur l'achat et l'utilisation des moustiquaires imprégnées – largement diffusée par le ministère de la Santé par le biais d'importantes campagnes de marketing – est loin d'être systématiquement délivrée par les soignants, alors même que ces outils de prévention du paludisme sont disponibles dans les structures. Certes, les soignants doivent faire face à un faible attrait pour cet objet de prévention au sein même des familles : la moustiquaire imprégnée est jugée peu esthétique (« elle enlaidit la chambre »), elle ne peut être utilisée que dans la chambre à coucher et, enfin, sa fiabilité ainsi que l'innocuité du produit servant à l'imprégner sont remises en question. Réserves formulées par leurs utilisateurs potentiels que viennent relayer et enrichir les soignants eux-mêmes, pourtant censés en vanter les mérites, et qui mentionnent à leur tour les risques liés à l'inhalation des vapeurs du produit insecticide, mais aussi les problèmes liés à son entretien (lavage, réimprégnation). Reste le prix d'achat de la moustiquaire, variable (de 1000 à 3500 fcfa) et souvent prohibitif pour les plus démunis dès l'instant où l'on veut protéger toutes les zones de couchage du domicile.

C'est dans ce contexte d'un difficile partage et d'une appropriation incertaine du discours préventif que viennent s'inscrire les pratiques de diagnostic et de traitement, elles aussi tendues entre exigences du système et de la politique de santé (Mouchet *et al.*, 1993), d'une part, contraintes et atouts des pratiques réelles, d'autre part.

Essentiel dans la procédure diagnostique, le travail de laboratoire est fréquemment effectué par des techniciens formés « sur le tas » à la lecture des lames. Ils passent très peu de temps devant le microscope avant de fournir un résultat, ceci alors même qu'il est recommandé d'examiner une centaine de champs biologiques avant de déterminer la densité parasitaire (Ambroise-Thomas, 1993). Une exigence des médecins perçue comme inutile par les agents de laboratoire. Dans le même temps, on constate que

les soignants n'ont pas recours systématiquement à l'examen de laboratoire et, lorsqu'ils le sollicitent, ont des demandes variables : la goutte épaisse sera exigée parfois avec et parfois sans frottis sanguin, alors que le Programme national de lutte contre le paludisme recommande l'association des deux examens. Si le laboratoire n'est pas consulté, le diagnostic médical a un fondement clinique : la présence de quatre signes (fièvre, tremblements, vomissements, mal de tête) déclenche la mise sous traitement sans recours à un examen parasitologique, alors que ces signes, bien qu'évocateurs, ne sont nullement spécifiques de cette pathologie (Faye *et al.*, 1995). Dans ce cas, le diagnostic en tant que tel n'est porté qu'*a posteriori*, au vu de l'effet du traitement prescrit : si des antipaludiques ont permis le rétablissement, on conclura à un épisode palustre. Mais là encore, l'incertitude prédomine, dans la mesure où l'association, dans ces traitements, d'antipaludiques et d'antibiotiques ne permettra pas au soignant de conclure avec certitude que la maladie soignée était bien le paludisme. Enfin, lorsque le soignant a recours au laboratoire, il n'attend pas les résultats de la goutte épaisse demandée, et, toujours sur une base clinique, entame le traitement (Feller-Dansokho *et al.*, 1994) : nous avons là un écart avec les normes de prise en charge recommandant l'enchaînement diagnostic-thérapeutique, qui répond à l'urgence de la situation dans laquelle peuvent se trouver les patients, interdisant par conséquent d'attendre plusieurs heures que le laboratoire donne les résultats de l'examen demandé.

D'une façon générale, l'écart par rapport aux normes peut relever aussi bien d'une méconnaissance des pratiques recommandées que d'une prédilection pour la référence à l'expérience. Je prendrai le cas de la résistance à la chloroquine qui, bien qu'attestée n'empêche pas que celle-ci demeure majoritairement prescrite en première intention (Faye *et al.*, 1995) : à Dakar, une étude quantitative a révélé que la chloroquine n'est utilisée correctement, en respectant les dosages recommandés, que dans 54 % des prescriptions destinées à des adultes et à peine 34 % de celles concernant des enfants (Feller-Dansokho *et al.*, 1994)⁵. Choix majoritaire de la chloroquine pour le traitement qui est présenté, par les soignants, comme le résultat aussi bien de sa facilité d'emploi et de sa bonne tolérance par le patient que de son efficacité et de son faible coût (Faye *et al.*, 1995). Dans les structures de santé où les enquêtes se sont déroulées, les médicaments génériques – parmi lesquels, donc, la chloroquine – sont certes prescrits préférentiellement aux spécialités, suivant en cela les recommandations du PNLP, mais selon des posologies variables. L'argument d'expérience est alors, à nouveau, avancé, expliquant qu'il est difficile pour un patient de prendre en une seule prise la dose de chloroquine quotidienne (norme de traitement), qui est donc répartie en deux moments

5. Il a été remarqué que l'argument – par ailleurs faux – du sous-dosage des médicaments génériques est souvent avancé par ceux qui affectionnent les spécialités.

de la journée. Choix d'expérience partagés ensuite avec d'autres soignants, qui n'ont pas reçu de formation spécifique sur les normes de traitement et qui n'ont pas accès aux informations médicales (documents, formations continues...).

Un manque d'harmonisation des pratiques se repère aussi en matière d'usage de la quinine – molécule largement utilisée dans la prise en charge des cas, notamment graves, de paludisme. Le dosage du produit et la fréquence des perfusions varient, à tel point que sur une période de 24 heures, la quantité de quinine effectivement administrée au malade n'est pas constante. Le recours à l'argument d'expérience n'est ici plus le seul de mise : les infirmiers chargés de ce travail dans les salles d'hospitalisation le justifient par leur charge de travail et délèguent alors la constitution et la pose des perfusions à des aides-soignants, des filles de salles ou des agents de santé communautaires, qui n'ont reçu aucune formation précise sur ces techniques d'administration de traitement. Les accompagnants des malades en font le constat, sans ambages : « Ils tâtonnent, ils font leur apprentissage sur les patients ». A ces problèmes il convient d'ajouter le coût des traitements, qui peut être élevé dès lors que les soignants ont recours à des spécialisés onéreuses, notamment sous l'influence des visiteurs médicaux, forts présents dans les structures de santé. Se mettent alors en place des prises en charge médicales où tâtonnements des soignants et négociations des options par les patients s'associent pour donner forme à des parcours plus singuliers que simplement individuels.

Ainsi celui de Maty. Elle ressent des douleurs depuis quelques jours. Les médicaments qu'elle a pris ne l'aident pas à se remettre. Elle décide de venir consulter. Elle habite avec un agent de santé communautaire (ASC). Celui-ci a reçu une formation sur le tas. L'infirmière trouvée dans le centre la voit en consultation et dit que le meilleur serait de la perfuser. Maty répond qu'elle ne veut pas être hospitalisée. L'infirmière accepte de donner le traitement pour que l'ASC qui habite avec elle lui fasse les perfusions à domicile. Le traitement à base de quinine est privilégié. Elle en prend deux bouteilles. Elle croit se remettre, arrête le traitement. Au bout de quelques jours, elle fait une rechute plus sérieuse. Elle est conduite dans le même centre, où l'infirmière décide de donner des spécialités. Ces médicaments vendus en officine coûtent cher, mais Maty et son compagnon décident de les acheter. Dans la nuit, malgré les médicaments pris, son cas se complique. Ses parents, qui paniquent, la ramènent au centre. Elle est hospitalisée. Dès que le médecin arrive on lui en parle. Celle-ci arrête le traitement à base de spécialités (à prendre en voie orale malgré ses vomissements) et lui fait des perfusions à base de quinine. Admise trois jours dans le centre, elle reçoit toutes ses perfusions et peut finalement rentrer chez elle avec ses médicaments de relais à prendre. On lui donne de la chloroquine. Le traitement par génériques a donc bien marché (Description du cas réalisée par T. Ndoye).

Singularité du parcours de Maty, qui résulte d'une association de choix et de contraintes, d'attitudes et de représentations (opter pour l'automédi-

cation puis pour le recours à un centre de santé ; recevoir des soins à domicile par un proche lui-même professionnel de santé ; prendre des médicaments génériques puis des spécialités, avant de revenir aux génériques) qui tous, pris isolément les uns des autres, sont repérables dans nombre d'autres itinéraires mais qui, considérés dans leur enchaînement, sont uniques. Originalité qui révèle dans le même temps des constantes de prise en charge, des enjeux récurrents et non uniquement des particularités. Citons les hésitations des soignants entre médicaments génériques et spécialités ou encore les tâtonnements de soignants qui, ici, se forment une expérience. En ce sens, le singulier exprimé par ces prises en charge – de la tuberculose mais aussi du paludisme – traduit des universaux des comportements médicaux. Universaux, par exemple, dans les itinéraires des malades tuberculeux ou dans les stratégies de mise sous traitement des soignants face à un accès palustre, qui situent les enjeux de l'exercice de la médecine, pour celui qui la pratique et pour celui qui la « reçoit », dans un registre éminemment social : mettre en avant des principes d'expérience, exposer des savoirs donc des légitimités, impliquer son entourage.

DEUXIÈME PARTIE

**CROISEMENTS : SCIENCE,
CLINIQUE ET ANTHROPOLOGIE**

Dans les pages et chapitres qui précèdent, les lectures proposées d'objets anthropologiques comme le rituel de possession, les réponses sociales au sida ou les pratiques médicales de prise en charge du paludisme et de la tuberculose, m'ont amené à interroger les liens entre des pratiques et des savoirs ou, de façon transversale, entre le « particulier » (local, culturel, individuel) et le « général » (universel, social). L'anthropologie de l'expérience clinique ainsi mise en place ne serait pour autant véritablement circonscrite si elle ne se penchait sur les influences du sentiment religieux et de la morale dans les pratiques – de prise en charge mais aussi de prévention – questionnées jusqu'alors (chapitre 6). La mise en parallèle avec les expressions religieuses et morales dans la démarche scientifique en général permettra d'introduire la discussion sur les dimensions scientifiques de l'exercice de la médecine (chapitre 7). Au fil de ce regard sur la construction et la mise en œuvre du savoir médical, les correspondances non seulement avec « la science » en général mais aussi avec l'anthropologie seront relevées. Je toucherai ici une forme d'exigence épistémologique qui doit caractériser le travail de l'anthropologue : se pencher sur un objet qui, de façon réfléchie, interroge la démarche anthropologique, c'est-à-dire – à l'instar de ce qui aura été examiné pour la médecine et la science – le statut de science de la discipline, son rapport à l'objet et à l'interprétation.

Entreprise de réflexivité que j'aborderai alors en deux temps et qui répond à la nécessité de développer une analyse qui n'isole jamais l'exercice anthropologique du regard sur la discipline. J. Golinski pose cette réflexivité comme un impératif pour l'historien inséré dans ce qu'il appelle le « cercle herméneutique » (1988 : 120) (« les historiens parcourent le “cercle herméneutique” dans lequel le sens du discours passé est révélé par la compréhension de son contexte, qui est à son tour connu par l'interprétation des textes historiques dans lesquels il est représenté »). L'image du « cercle » avancée par J. Golinski pourrait être appliquée dans sa totalité au travail de l'anthropologue, qui interroge des savoirs – ceux des autres et le sien. Le « cercle » sera clos dès lors que le retour sur la discipline – rendu indissociable d'une analyse des savoirs – sera lui-même la condition d'un regard sur l'autre, et non un travail, largement vain, de rétrospection. Retour et ouverture ne seront envisageables qu'à partir de la mise en œuvre d'une recherche associant connaissance d'un objet et analyse de sa construction (Affergan, 1999 : 7). A cet effet, je me pencherai donc dans un premier temps sur la portée mais aussi les limites de la réflexion engagée sur la pratique anthropologique. Je m'arrêterai sur les dispositifs éthiques de la recherche dans leurs connexions avec les enjeux d'application, mais aussi d'implication (chapitre 8). Progressivement, à partir des notions d'éthique et d'application, je serai alors amené observer les dimensions universelles et culturelles des phénomènes

étudiés. Les écueils de certaines lectures culturalistes du sida seront soulignés, notamment à travers le débat sur le relativisme éthique – qui n'est d'ailleurs pas le propre des démarches anthropologiques prenant pour objet la religion ou la maladie (chapitre 9). Dans ce cadre de discussion, je clôturerai l'entreprise de réflexivité par une analyse des modalités de construction de l'objet et de l'interprétation (chapitre 10), tout à la fois exprimées et fondées dans le travail d'écriture (chapitre 11). Je tenterai alors de montrer que ce qui est en jeu dans l'écriture en anthropologie relève de la capacité du chercheur à tenir un discours sur un objet qui soit aussi un discours sur sa discipline : il sera alors incidemment question de la rencontre entre la singularité de l'écriture et celle du savoir qu'elle porte.

Connaissance de la clinique

Dès lors que l'on se penche sur les réponses apportées à la maladie – de sa prévention à son traitement – par ses différents acteurs, on ne peut faire l'économie d'une analyse de l'influence de la religion sur le savoir médical. Non plus cette fois-ci uniquement au travers des activités d'acteurs fondant leur légitimité – pour partie ou exclusivement – sur le rapport au sacré ou au sentiment religieux : l'objectif est ici de renverser la perspective et de réfléchir à ce lien médecine/religion en recherchant dans les activités médicales les marques de pratiques ou de représentations religieuses relatives à l'origine du mal et aux moyens de le contenir¹. J'engagerai pour ce faire une discussion sur la place des référents religieux et moraux dans l'exercice de la science et de la médecine (notamment dans la prise en charge du sida), qui m'amènera progressivement à regarder le contenu de l'activité scientifique. Des analyses de la sociologie, de la philosophie et de l'histoire des sciences me fourniront alors des outils pour situer l'exercice de la médecine au regard de quelques-unes des principales caractéristiques de la science. En découlera un projet de connaissance de la clinique en Afrique, dans lequel je porterai une attention particulière aux interprétations médicales de la maladie, de l'incertitude et de la rationalité.

1. Sur ce dernier point, je rappellerai brièvement les approches contrastées de la douleur en milieu médical. La sociologie de la médecine (Baszanger, 1995 ; Le Breton, 1995) a clairement rapproché l'attitude médicale qui consiste à ne pas traiter la douleur comme on traite une maladie – et donc à la laisser s'installer – d'une tradition catholique de la souffrance comme expérience religieuse, que toute personne se doit de connaître et d'accepter. Comportement médical que l'on rencontre dans les pays d'Europe du Sud, contrairement aux pays anglo-saxons, qui, sur un fond religieux différent, ne considèrent pas la douleur comme un passage obligé, une expérience inévitable – voire recherchée – et se sont dès lors donnés les moyens de la combattre (notamment par des drogues, dont l'utilisation à des fins non médicales est illégale, ce qui a aussi conforté dans leurs options les politiques de non prise en charge de la douleur).

Science, médecine et sentiment religieux

Au-delà de la souffrance, il est aisé de multiplier les références religieuses dans les pratiques et conceptions de la médecine. Je ferai ici un détour par un aspect du travail du scientifique qui caractérise aussi celui du soignant et souligne l'empreinte de la religion : la foi du scientifique. Les sociologues et historiens des sciences montrent à cet égard fort bien comment l'adhésion, la confiance puis la croyance et la foi en un « paradigme » scientifique structurent les attitudes des scientifiques. Le premier d'entre eux est naturellement T. Kuhn, qui, dans son analyse d'une « révolution scientifique », insiste sur la nécessaire « confiance au nouveau paradigme pour résoudre les nombreux et importants problèmes qui sont posés, en sachant seulement l'incapacité de l'ancien à en résoudre quelques-uns », et conclut qu'« une décision de ce genre ne relève que de la foi » (1983 : 216). Dans ce processus de changement de paradigme, au cœur de toute révolution scientifique, les scientifiques s'opposent aussi sur des valeurs, fortement individualisées (p. 252), au point d'arriver à des situations où les personnes en désaccord sur un changement de paradigme se trouvent contraintes, non pas d'avancer des preuves, mais d'essayer de « convertir l'autre par persuasion » (p. 269). A la foi qui prend le pas sur l'adhésion et à la conversion qui en vient à supplanter la preuve, en partie caractéristiques selon T. Kuhn des avancées et révolutions de la science, répond de façon fortement contrastée l'analyse de G. Bachelard de l'« esprit scientifique » (1969). L'ensemble de son propos vise précisément à repérer les multiples facettes de l'esprit « pré-scientifique », dont toute science doit se débarrasser si elle veut accéder à ce statut.

Il identifie parmi celles-ci les diverses réminiscences religieuses qui viennent encombrer la réflexion d'« images », d'« analogies » et de « métaphores » au détriment d'une « expérience [...] rationalisée [...] donc insérée dans un jeu de raisons multiples » (1969 : 38 et 41). Sans entrer dans une analyse comparée des positions de T. Kuhn et G. Bachelard sur la nature de la science et de l'esprit scientifique, je remarquerai que T. Kuhn décrit diverses attitudes, clairement rejetées par les démarches des scientifiques et qui pourraient être reprises par G. Bachelard pour caractériser la structuration de la pensée pré-scientifique. C'est notamment le cas lorsqu'il constate que les opposants à Darwin étaient moins opposés à l'idée d'un changement d'espèces ou contre le fait que l'homme descend du singe, que contre le principe d'une évolution « ne reconnaissant aucun but fixé par Dieu ou la nature » (p. 234). Nous avons là un exemple très éclairant de la permanence d'un référent religieux dans une pensée qui non seulement a des prétentions scientifiques mais en possède aussi certains traits. L'évolution des espèces peut être admise, donc un changement de représentation est toléré mais dans des limites qui sont celles posées par le cadre religieux, naturellement intangible et dans lequel elle doit s'inscrire. A travers cet exemple connu, il s'agit simple-

ment de souligner qu'il importe autant de montrer comment s'associent, dans les représentations et ensuite dans les pratiques, des référents religieux et scientifiques que d'évaluer selon quel processus se construisent les points d'écart entre les exercices scientifique et religieux.

S'agissant du premier point et si l'on s'intéresse à la formation du savoir médical dans ses échanges avec l'exercice concret de la médecine et des soins, il est nécessaire de ne jamais occulter les croyances religieuses individuelles de ceux qui soignent, de même qu'il importe de repérer, à un niveau plus global, les marques d'une pensée religieuse sur des choix de prise en charge de la maladie (par exemple, l'attitude des soignants face à la douleur). Dans son essai de détermination de l'esprit pré-scientifique, qui prend donc la forme d'une réflexion sur des différences (qu'il pose d'ailleurs plus en termes de « nature » *versus* « raison » que de « religion » *versus* « science »), G. Bachelard est amené à introduire une notion précisément au cœur de l'esprit et de la pratique, tant scientifique que religieuse : la morale. Il rejette la valeur scientifique d'une expérience dès lors que son interprétation s'effectue en des termes moraux. Ainsi, les expériences alchimiques caractérisent l'esprit pré-scientifique précisément parce qu'elles « se laissent interpréter chimiquement et moralement », ce que G. Bachelard exprime dans une formule incisive selon laquelle, dans ces démarches, « il s'agit bien moins de prouver que d'éprouver » (p. 52). Partant de cette dernière remarque, il est instructif de se pencher sur les « principes moraux » qui, selon R. Merton (1973), gouvernent l'exercice de la science. Au nombre de quatre, ils représentent autant de « normes » auxquelles tout scientifique doit adhérer : l'« universalisme » (une assertion scientifique ne doit pas dépendre des caractéristiques de l'individu qui la formule), le « communautarisme » (les résultats de la science appartiennent à la collectivité), le « désintéressement » (par rapport à la fraude, à l'ambition et à ses dérives) et le « scepticisme organisé » (la possibilité et la capacité de questionner tous les aspects de la société et de la nature) (1973 : 268-78). Cette dernière norme de la science conduit le scientifique à dépasser et bousculer le « clivage entre le sacré et le profane, entre ce qui requiert un respect non critique et ce qui peut être objectivement analysé » (p. 277-8). R. Merton précise alors que les conflits qui peuvent émerger de cette posture n'opposent pas la science uniquement à la religion, mais aussi à l'économie ou à la politique, toutes formes établies de « distribution du pouvoir » (p. 279). Une des déclinaisons possibles du « scepticisme » du scientifique est le « doute »² : dès l'instant où il situe au centre de sa démarche un questionnement permanent sur les faits qui l'entourent, le scientifique doit inévitablement intégrer le doute à ses certitudes. Or, comme le souligne J. Pouillon, « si le doute nourrit la science, il n'est pas étranger à

2. Une autre de ces manifestations du scepticisme est naturellement l'incertitude, qui sera plus spécifiquement évoquée au chapitre suivant.

la croyance » (1993 : 21). Croire c'est en effet manifester une assurance mais aussi, en même temps, une hésitation, une incertitude, un doute. En somme, savoir et croyance, et par extension science et religion, se définissent aussi en fonction de cette notion de doute. Point de rapprochement qui ne saurait toutefois occulter le fait que le doute de la science n'est pas du même ordre que celui de la croyance : alors que, dans la croyance, le doute donne corps à un dogmatisme et que donc face au sceptique se crée le dogme, dans la science – loin de tout raidissement des positions –, le doute conduit à re-questionner des propositions et à « expliciter une axiomatique » (Pouillon, 1993).

Revenons aux normes mertonniennes de la science : elles sont présentées comme étant de nature morale et définissent, associées les unes aux autres, l'« ethos » de la science. Cet « ethos », même s'il peut contredire la démarche religieuse – dès lors qu'il intègre parmi ses principes la notion de scepticisme organisé et compte tenu des natures différentes du doute en question dans la croyance et le savoir –, s'en rapproche par la revendication d'une démarche universelle où la promotion du collectif prime sur celle de l'individu. Certes, une telle mise en avant de l'intérêt collectif, illustration d'un fort altruisme, se manifeste différemment dans la science et dans la religion : T. Kuhn souligne ainsi que le « travail créateur individuel » des scientifiques est presque exclusivement « adressé aux autres membres de la profession et jugé par eux », contrairement à ceux du poète et du théologien, « plus préoccupés [...] par l'approbation des non spécialistes » (1983 : 224). Il n'en demeure pas moins vrai que cette forme de don de soi à travers sa pensée et ses découvertes, qui caractériserait selon R. Merton l'exercice du scientifique, n'est guère éloignée, ne serait-ce que dans son principe, de l'expérience religieuse. Ce don de soi doit être associé à l'idée de la foi du scientifique, évoquée précédemment. On peut en effet proposer un rapprochement entre l'idée selon laquelle le scientifique est un individu foncièrement altruiste, personnellement désintéressé, et ce faisant confiant dans l'autre, et l'image d'une croyance forte – donc là encore d'une confiance – dans la nécessité de ce qu'il fait. Il s'agit ici d'un rapport au travail effectué qui dépasse la question de sa pertinence ou de son utilité.

Questionnement que l'on a l'habitude de résumer en disant que le scientifique doit, en permanence, poser des questions et ne peut ignorer les possibles applications des réponses qu'il est susceptible d'apporter à ces interrogations. Ceci étant, au-delà de ces deux constantes, la démarche scientifique telle qu'elle nous est décrite par l'histoire et la sociologie des sciences répond à une motivation plus générale, moins objectivable et susceptible d'être rapprochée d'une forme de foi. J. Ben-David fournit une illustration par la négative de ce sentiment, conjointement religieux et scientifique, lorsqu'il admet que « malgré toutes les différences qui existent entre la science et la religion [...] on peut comparer le fait que la confiance en la science ne soit pas dépendante de la continuité des découvertes, au fait que la croyance religieuse ne soit

pas dépendante de la fréquence des miracles » (1997 : 299). C'est bien, en filigrane, une définition de la foi du scientifique qui pointe ici.

Sans effectuer une analyse comparative fouillée entre diverses analyses du statut scientifique d'une activité au sein de laquelle peuvent être repérées des expressions de la religion, je préciserai qu'autour de cette question se cristallisent des acceptions différentes de la science. D'un côté, il est aisé d'identifier la position de G. Bachelard, qui inscrit l'esprit scientifique dans son opposition à « la Nature » (1969 : 23 et 29). De l'autre, on trouve les positions défendues par des sociologues comme Y. Pelchat (1996), B. Latour et S. Woolgar (1986). Le premier conteste que l'on puisse « discréditer le savoir scientifique sous prétexte qu'interviennent dans sa production des éléments non scientifiques » (p. 160) et les seconds voient le « prototype de l'activité scientifique non pas dans le domaine des mathématiques [...] mais dans le travail d'exégèse » (p. 280) : tous trois développent par conséquent incidemment une réflexion qui ne ferme pas la science à des apports de type religieux. Il en est de même de l'analyse de M. Foucault des transformations qu'a connues la pratique médicale à la fin du 17^e siècle. Le propos de M. Foucault – dans *Naissance de la clinique* puis dans *L'archéologie du savoir* – permet de penser le lien entre la nature scientifique d'une activité et sa conceptualisation, d'une part, et la place qu'y investissent la morale et la religion, d'autre part. Ainsi, les interdits moraux qui empêchaient le médecin d'ausculter la femme, de « pencher son oreille vers sa poitrine » (1963 : 167) ont été « éprouvés » quand une « nécessité scientifique » et un « besoin épistémologique » ont émergé : accéder à l'intérieur du corps, « “passer de l'autre côté” et repérer la maladie dans la profondeur secrète du corps » (p. 138). Tout en soulignant la corrélation entre l'avancée scientifique – dès lors qu'il y a eu une transformation du savoir médical – et la révélation d'interdits moraux, de secrets (ce qui lui fait dire que « le savoir invente le secret »), M. Foucault insiste sur le caractère partiel de la contestation de ces interdits. Le stéthoscope est un instrument qui participe certes de cette transformation radicale du savoir médical, tourné vers l'intérieur et non plus vers la seule surface du corps malade mais, ce faisant, il inscrit l'interdit moral dans une technique (beaucoup plus qu'il ne l'élimine) en créant une « distance morale » entre la main du médecin et le corps de la femme. En somme, « ce qu'on ne peut pas voir se montre dans la distance de ce qu'on ne doit pas voir » (1963 : 168).

De la moralisation à l'éthique dans le sida

Que la contrainte morale ne soit pas levée par une technique nouvelle, quand bien même celle-ci a répondu à un « besoin épistémologique » qui

a précisément explicité cet interdit, confirme, si besoin était, qu'une évolution de la technique ne garantit pas la levée de toutes les postures morales dans la démarche scientifique. Cela suggère, aussi et surtout, que les interdits moraux sont, dans la médecine en particulier, combattus moins en vue d'être éliminés qu'intégrés au progrès. A titre d'exemple, dans la confrontation des soignants au sida on peut identifier au moins deux moments où les principes moraux dont sont porteurs les soignants en tant qu'individus et les sous-tendus moraux qui imprègnent certains éléments du savoir médical qu'ils ont acquis doivent composer avec des avancées de « la science » : la réalisation du test de dépistage et l'accès aux traitements antirétroviraux.

Proposer un test – notamment si on le sait efficace et bien réalisé – ne se réduit pas à la mise à disposition du patient d'une technique éprouvée, dont le soignant tirerait quelque prestige. Il s'agit le plus souvent d'un engagement du soignant : faire en sorte que le patient soit informé de son statut sérologique et qu'en cas de contamination par le VIH il puisse être réconforté, conseillé en matière de prise de risque et accompagné dans sa démarche de soins. Certes, tous les soignants, notamment en Afrique, n'effectuent pas un tel lien entre le test et l'annonce : subsistent encore des pratiques de test à l'insu et de non annonce du statut sérologique. Toujours est-il que l'on repère aisément dans les implications du test de possibles lieux d'irruption de contraintes morales, voire même religieuses. Elles pourraient découler d'interrogations de ce type : comment concilier un message de compassion et d'espoir ? Comment évoquer la mort à ce patient, souvent jeune, qui vient d'apprendre sa séropositivité ? Faut-il prendre les devants et informer un membre de son entourage ? Comment inciter une femme mariée à dorénavant protéger ses relations sexuelles et à ne plus avoir d'enfant ? Parmi d'autres, ces interrogations obligent à inscrire les principes moraux et les expériences religieuses des soignants (ou leur absence d'expérience) au cœur de leur pratique.

Les nouveaux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH constituent un second exemple de présence de repères moraux dans la pratique médicale. Des études ont montré, dans les pays du Nord, que la nécessité de s'assurer que le patient pourra suivre régulièrement un traitement lourd débouche parfois, chez des médecins, sur des attitudes qui ne répondent pas à des critères médicaux. Ainsi, on observe un *a priori* négatif envers le patient toxicomane, jugé – le plus souvent sans « preuve » particulière de cette affirmation – comme incapable d'observer correctement son traitement³. Nous sommes ici confronté à l'irruption dans la pratique médicale de présupposés moraux : ce sont les mêmes qui

3. Au delà du cas des traitements du sida, B.-H. Lerner (1997) a montré que les affirmations médicales relatives à la non observance des traitements ont de tout temps été fondées sur des jugements de valeur, que le patient soit décrit comme « ignorant », « récalcitrant » ou, plus récemment, « non compliant » : autant de qualificatifs que reprennent, nous l'avons vu, les discours des soignants prenant en charge la tuberculose au Sénégal.

conduisent, par exemple en Afrique, certains soignants à juger les malades analphabètes incapables de suivre un traitement un tant soit peu complexe. Or des observations même rapides révèlent clairement la précision avec laquelle ces patients, avec l'aide du médecin ou du pharmacien, cochent le nombre et la fréquence des prises de médicaments sur les boîtes ; par ailleurs, les entretiens effectués avec ces malades sont fréquemment traversés de précisions qui traduisent leur capacité à mémoriser les consignes médicales, de même que les prix des médicaments achetés. Ce type de comportement médical soulève un certain nombre d'interrogations. En premier lieu, il importe de comprendre dans quelle mesure il est réellement nouveau et, dans le cas qui nous intéresse, lié à l'avancée médicale que représente la possibilité d'avoir accès à un traitement sophistiqué. Par ailleurs, au regard de la réflexion sur la place de la morale et de la religion dans l'exercice médical, un second axe de réflexion est ici suggéré. Les soignants, toutes catégories confondues, reconnaissent qu'avec le sida le rapport au malade s'est « humanisé ». L'apparition de nouveaux traitements, loin d'éloigner à nouveau du malade, le médecin dorénavant confiant dans ses actes de soignant, oblige toujours à situer la relation thérapeutique dans un registre d'empathie, de compréhension des difficultés rencontrées par le patient, de ses conditions de vie et de ses angoisses. Le « sursaut » médical représenté par ces nouveaux traitements ne peut donc s'accompagner d'une oblitération de la « dimension humaine » de la relation au malade : elle nécessite plus précisément de lui conférer de nouvelles formes. Or c'est très exactement dans ces nouvelles figures de la relation thérapeutique qu'il convient de rechercher une reformulation de principes moraux. En d'autres termes, il importe d'être attentif au type d'exigences morales qui marquent une activité médicale de plus en plus technicisée, retrouvant efficacité et légitimité. Nous voyons se poser en filigrane de cet objectif de recherche ce que l'on pourrait schématiquement appeler le dilemme de l'humain et du moral : toute humanisation de la relation entre le soignant et le patient, celui-ci devenant un individu souffrant, s'interrogeant sur son devenir, et non plus un seul client consommateur de médicaments, s'accompagne-t-elle nécessairement d'une moralisation, contraignante et péremptoire, susceptible de contredire l'effort annoncé et recherché de rapprochement entre le soignant et le malade ?

L'annonce en tant que telle de la mise en place de ces traitements anti-rétroviraux, au-delà des pratiques thérapeutiques *stricto sensu* qu'elle engendre, n'échappe pas à ce dilemme. Un argument éthique a été avancé il y a quelques années pour justifier l'accès à ces traitements dans les pays du Sud, et notamment en Afrique. Alors que l'immense majorité des patients vivent dans ces pays, il apparaît contraire au principe éthique de « justice » (« chance raisonnable d'atteindre à l'égalité du bien-être » ; Brunet-Jailly, 2001 : 104) de les priver de traitements qui ont montré leur efficacité. Relayée par des hommes politiques à la tribune de conférences internationales sur le sida, cette position de principe n'a toutefois pas fait

l'unanimité : la Banque Mondiale ou l'Union Européenne ont longtemps vu dans la démarche d'« ingérence thérapeutique » le délaissement à terme des efforts en matière de prévention, alors que celle-ci s'avère moins onéreuse et plus aisée à promouvoir que l'accès aux traitements antirétroviraux. Toujours est-il que diverses initiatives, tant nationales qu'internationales, ont vu le jour afin de rendre possible l'accès des malades africains à ces nouveaux traitements. La première de ces initiatives internationales fut celle lancée par ONUSIDA en 1997 et a donc concerné quatre pays : la Côte d'Ivoire, l'Ouganda, le Chili et le Vietnam. Nous l'avons dit, son principal objectif était d'améliorer l'accès non seulement aux ARV mais aussi aux autres médicaments permettant de traiter les infections opportunistes liées au VIH.

Malgré les efforts des patients, de leur entourage et de soignants dévoués, il est apparu que le processus de mise sous traitement ARV peut être long et décourageant, d'une part, et que les prix les plus bas, les plus subventionnés des médicaments, demeurent souvent trop élevés pour les plus démunis des patients (Msellati *et al.*, 2001). En somme, le déroulement de l'Initiative ONUSIDA en Côte d'Ivoire a tout à la fois confirmé un certain nombre de points positifs et de difficultés pressenties, et révélé des écueils à surmonter ainsi que des motifs d'espoir qui n'étaient pas prévus lors de son lancement : je ne reviendrai pas sur ces constats, largement développés dans le chapitre précédent. Ils m'incitent néanmoins à rappeler qu'une exigence éthique initiale doit s'évaluer à l'aune de sa capacité à négocier les inévitables obstacles pratiques qu'elle rencontre. Je suivrai ici la remarque de J. Brunet-Jailly selon laquelle « un principe éthique inapplicable en pratique n'est plus qu'une idée, parfaitement noble mais vidée de tout autre intérêt (...) affirmer un principe que personne ne peut appliquer est un non-sens » (2001 : 102), mais en ajoutant que plus qu'un simple non-sens, un tel principe tend à perdre son caractère « éthique ». Un principe éthique ne peut ignorer sa traduction dans les faits : notamment si cette traduction révèle des difficultés susceptibles de faire surgir, à leur tour, d'autres dilemmes éthiques. Faute de ce travail de mise en liaison des principes avec la réalité, ce sont les personnes critiques du principe lui-même qui se verront confortées dans leurs positions. Or, je l'ai dit et c'est nettement ce qu'a montré le programme mis en place en Côte d'Ivoire : l'accès aux ARV pour les patients africains n'est pas du domaine de l'illusoire. En second lieu, prendre en compte les difficultés pratiques de mise en place des traitements suppose d'aborder les questions éthiques qui s'y trouvent posées. S'inscrit ici en porte-à-faux avec les principes d'éthique médicale (notamment ceux de justice et de bienfaisance) l'*a priori* qui a guidé la sélection de certains patients par les médecins : l'affirmation de la possibilité d'identifier, sans enquête approfondie, le patient qui aura une assise financière suffisamment solide pour acheter régulièrement le traitement prescrit. En découle inévitablement la non mise sous traitement de patients qui, sur un plan clinique et biologique et au regard des critères

validés par les médecins eux-mêmes, en auraient pourtant besoin. Ceci alors même que l'on n'a en réalité aucune certitude de l'incapacité financière du patient à assurer dans la durée l'achat de ses médicaments.

Le caractère exemplaire des questions soulevées par l'annonce de la séropositivité et l'accès aux traitements ARV ne signifie bien entendu aucunement que le sida est la seule maladie qui provoque l'émergence d'attitudes relevant de l'éthique dans la pratique de soins ou qui inspire des débats sur l'éthique médicale. De ce point de vue, travailler sur la prise en charge de la douleur ou sur les conceptions de la prévention doit permettre d'illustrer et d'étoffer ce débat : l'une comme l'autre cristallisent des positions éthique, pratiques individuelles et principes généraux confondus. L'une comme l'autre, par ailleurs, participent de la définition de l'activité médicale (soulager / soigner / traiter / prévenir). L'objectif n'est par conséquent aucunement de multiplier les exemples de situations qui révèlent des entorses au regard de l'éthique : on pourrait aisément répondre à ce type d'exercice que toute intervention inédite et complexe procède par tâtonnements et que les discordances par rapport à des principes éthiques sont, d'une certaine façon, dans l'ordre des choses. En revanche, mérite d'être souligné le fait que lorsque l'on fonde une action sur un postulat éthique fort, d'une part, on n'a ce faisant aucune garantie que dans les faits ces mêmes principes soient respectés et, d'autre part, il faut effectuer un travail d'analyse de la traduction locale, effective, de ce principe.

Les contextes de l'activité scientifique

Référence de l'entreprise médicale à des contextes qui n'est pas sans rappeler la définition de la science de B. Latour et S. Woolgar comme un « produit des circonstances » (1986 : 255) : plus précisément, l'activité qui se prévaut d'elle « ne porte pas "sur la nature", c'est une lutte acharnée pour construire la réalité » (p. 262). D. Pestre reprend cette idée du scientifique comme travaillant à la construction de la réalité, en somme « [un] praticien [...] qui a acquis une culture, qui a été formé, modelé par un certain milieu [...] et non une conscience critique à l'œuvre, un pur sujet connaissant » (1995 : 495). Si l'on suit ce type de définition de l'activité scientifique on en vient naturellement à évoquer le contenu des savoirs scientifiques et leur transmission. Ce même auteur constate alors la primauté, chez les « grands scientifiques », aussi bien « dans les sciences théoriques [...] qu'expérimentales », des « savoirs tacites, des savoir-faire » (ibid.). Une telle valorisation de la pratique pose alors la question de la ligne de « partage » entre « les sciences et les autres activités qui dépendent d'un savoir-faire » (Löwy, 1995 : 525). La place à accorder à cette notion de savoir-faire suscite des analyses divergentes.

Alors que D. Pestre estime qu'une activité scientifique construite autour de ce savoir-faire associe « certitudes formalisées et conviction intime » et revient à « porter des jugements toujours contextuellement situés » (1995 : 497), G. Bachelard, comme je l'ai souligné, exclut des manifestations de la science tout ce qui relève de l'« érudition » ou de l'« opinion » (1969 : 29), des « métaphores » et des « images » (p. 63) ou encore de la « connaissance immédiate subjective » (p. 211). Or, dans cette dénonciation de l'esprit pré-scientifique, ce sont les rôles respectifs de l'expérience et de la pensée abstraite dans la définition de la science qui se trouvent soulignés. G. Bachelard revient alors longuement sur les insuffisances des expériences non répétées, hâtivement généralisées – fruit d'un esprit « trop concret, trop intuitif » (p. 54) – et qui, finalement, interdisent de « se plier à un ascétisme de la pensée abstraite » (p. 237).

De ces quelques éléments d'analyse de la nature de la science il est essentiel de retenir que l'expérience scientifique n'est pas un pur pragmatisme (G. Bachelard parle d'« empirisme ») et que son objet n'est pas *a priori* donné et figé : le scientifique doit insérer l'expérience dans un travail d'abstraction et « réaliser » son objet, « sans jamais le trouver tout fait » (p. 61). Les analyses de G. Bachelard et celles de D. Pestre, lorsqu'il définit la science comme « dispositif qui produit et invente un ordre » (p. 493), se rejoignent et rappellent incidemment l'analyse constructiviste qui considère le savoir scientifique comme un produit de l'homme, élaboré avec des ressources matérielles et culturelles localisées, et non comme la « simple révélation d'un ordre naturel donné » (Golinski, 1998 : 6).

L'argumentaire constructiviste ne s'arrête bien évidemment pas à ces considérations générales. Dans et autour du savoir ainsi construit opère un même processus : aussi bien les controverses scientifiques (de leurs objets à leur mise en forme verbale) que les institutions scientifiques sont construites, dans le sens où elles demeurent le résultat de manipulations et de négociations de ressources, d'hommes ou de « forces plus profondes qui affectent la société » (p. 55-57). Comme le fait justement remarquer J. Golinski, l'analyse constructiviste « n'est pas une forme de relativisme » qui reviendrait à estimer que tous les savoirs sont équivalents : elle considère plus exactement qu'ils doivent être tous appréhendés « de la même manière » (p. ix). Concrètement, cela débouche sur une forme de caractérisation des savoirs par les principes de « symétrie », de « réflexivité », d'« impartialité » et de recherche de leurs causes sociales (p. 22). On voit pointer ici le dilemme soulevé par la représentation constructiviste du savoir, et donc de la science : définir les canons de celle-ci (symétrie, réflexivité...) – par définition universels – tout en insistant sur son déterminisme social. Une telle image de la science, à la fois produit de la société et universelle, a été largement illustrée en sociologie des sciences. De plus, que la science soit influencée par les « conditions sociales » et influence le « social », représente une forme de postulat intellectuel. Postulat aisément vérifiable dans ses tenants les plus généraux : à cet égard, aucun des auteurs – historiens, philosophes ou sociologues des

sciences – évoqués ici ne conçoit l'activité scientifique comme totalement isolée d'un « contexte », pas plus qu'ils ne lui déniaient toute capacité à se traduire dans une pratique sociale : autant de lectures de la science aisément transposables à celles de la médecine, comme j'ai tenté de le montrer à partir de la notion de prise en charge. Cependant, à la différence de R. Merton et de J. Ben-David, qui estiment que *dans ce cadre-là*, il est néanmoins possible d'appréhender la formation des institutions et des rôles en termes d'universaux, d'autonomisation, J. Golinski s'en tient au déterminisme social de la science.

La question du secret dans l'activité scientifique illustre bien le débat sur les liens entre la science et le contexte social (dépendance/autonomie) et sur les expressions universelles ou sociales, publiques ou privées de la science. Il serait ainsi erroné de voir dans les pratiques de secret de certains lieux de production du savoir scientifique la marque d'un isolement, d'une dé-contextualisation de la science. Y compris dans ces situations (qui par ailleurs ne sont pas celles de toute science), on ne peut affirmer que le savoir « est produit en dehors de la société » : J. Golinski le définit alors comme plus « antisocial » qu'« asocial » (p. 81). Encore faudrait-il ajouter que ce n'est là qu'une caractéristique du travail en laboratoire, qui n'est pas toute l'activité scientifique : on est alors en droit de distinguer un exercice privé où des formes de préservation du secret peuvent s'instaurer et une présentation publique, par définition ouverte. Mais en insistant sur le fait que le privé comme le public, le secret comme son dévoilement, répondent à des contraintes sociales et politiques. Le premier n'est pas plus la marque de l'isolement de l'activité scientifique que le second n'est celle d'une science connectée aux « réalités sociales ». J. Golinski explique par ailleurs fort bien comment, à partir du 18^e siècle, la science est sortie du laboratoire, dans la « sphère publique » et que l'institution du musée a joué un rôle déterminant dans cette « construction de la science de laboratoire dans le domaine public » (1998 : 102). L'activité scientifique s'en est donc trouvée modifiée, reconstruite selon des formes qu'il convient d'étudier, mais il n'en demeure pas moins qu'une sphère privée de production de « secret » continue à exister.

Ce passage du savoir du privé au public, puis son partage entre ces deux registres mérite d'être repris dans le cas de l'exercice de la médecine. Par bien des aspects, l'activité médicale oscille entre secret et révélation, domaine privé et public : le médecin est tenu au secret médical et – notamment en Afrique – il tend fréquemment à inclure son patient dans les « destinataires »⁴ du secret, ceux auxquels il ne sera rien dit. Dans le

4. Je reprends ici la typologie du secret d'A. Zempleni, organisée autour de quatre figures : le « détenteur » du secret le confie à son « dépositaire », à l'exclusion de son « destinataire primaire » (celui qui est directement visé par le contenu du secret) et du « destinataire secondaire » ou « intrus potentiel », qui, lui, n'est ni visé par ni inclus dans le secret (1996 : 24). Dans l'exemple proposé, le patient devient « destinataire primaire » du secret : son contenu le concerne explicitement.

même temps, s'il ne parle pas ou peu à son patient, il communique avec d'autres personnes (un parent de son patient, des collègues médecins) de façon singulière et finalement confidentielle, ou encore dans des forums publics, collectifs (conférences...). L'information partagée est donc naturellement sériée suivant ses destinataires : il serait certainement possible d'y repérer des codes spécifiques qui, sous l'apparence de la divulgation, instaurent de nouveaux niveaux de sécrétion de l'information. La question ici posée concerne la structuration, la construction de cette communication plurivoque et multiforme qui, comme nous le rappellent B. Latour et S. Woolgar, caractérise l'activité scientifique en général (1986 : 272). De là, il apparaît indispensable de situer cette réflexion sur les formes renouvelées de la communication *dans* l'exercice de la science et *sur* la science, au regard de la problématique plus large des innovations. Une première approche consisterait à comprendre comment les avancées théoriques, les bouleversements de la pratique scientifique s'accompagnent aussi ou sont concomitants de nouvelles façons de parler de la science. Lorsque T. Kuhn définit une révolution scientifique comme « un déplacement du réseau conceptuel à travers lequel les hommes de science voient le monde » (1983 : 147) accompagné d'une modification des « convictions des spécialistes » (p. 23) et de l'émergence de nouveaux « paradigmes », on est en droit de se demander dans quelle mesure évoluent aussi les stratégies de partage et de divulgation de cette nouvelle information scientifique.

Je rappellerai ici qu'une « révolution scientifique », parce qu'elle revient à instaurer un nouveau paradigme, va de pair avec un renouvellement du regard scientifique dans ses conditions mêmes de déploiement. Prenons l'exemple de l'astronomie : à la fin du 18^e siècle, la découverte d'Uranus a découlé d'une série d'observations, avec des outils de plus en plus perfectionnés, qui n'autorisaient plus à considérer ce corps céleste comme une étoile ou une comète, mais bien comme une planète (Kuhn, 1983 : 162-3). Uranus est donc tout simplement « vue », c'est-à-dire – avec les moyens alors disponibles et compte tenu de ce que l'on savait des formes et des mouvements respectifs des comètes, des étoiles et des planètes – décrite dorénavant comme une planète. Ce travail de description sous-tend, dans les révolutions scientifiques, une modulation du sens des mots. Voyons ce que nous dit T. Kuhn à propos de la révolution copernicienne : « Considérons [...] les hommes qui traitèrent Copernic de fou parce qu'il prétendait que la terre tournait. Eux non plus n'avaient pas simplement tort ou tout à fait tort. Quand ils disaient "Terre" ils entendaient "position fixe". Leur terre, c'est le moins que l'on puisse dire, ne pouvait pas bouger. L'innovation de Copernic ne consista donc pas simplement à faire mouvoir la Terre. Ce fut plutôt une nouvelle manière de considérer les problèmes de physique et d'astronomie, laquelle changeait nécessairement le sens des mots "Terre" et "mouvement" » (p. 206).

Ce détour par une découverte scientifique majeure n'est pas sans lien avec ce que nous enseigne la recherche médicale, à travers ses avancées

et les stratégies de partage de l'information les concernant. La recherche sur l'infection à VIH, par exemple, a connu des progrès rapides⁵, de l'identification de l'agent responsable de la maladie à la mise au point de tests de dépistage et de molécules à l'efficacité croissante pour contenir l'évolution de l'infection. Ces progrès n'ont cependant pas apporté de solutions définitives : ni vaccin ni traitement susceptibles d'éradiquer l'infection ne sont disponibles. Dans ce contexte, il n'est pas inutile de revoir avec précision, de façon chronologique, comment s'est élaborée et diffusée l'information délivrée par les scientifiques, qu'elle rende compte de résultats récents de la recherche ou prenne date pour de futures découvertes. Effets d'annonce, informations diffusées conjointement au grand public et dans la communauté scientifique, affirmations hâtives non suivies d'effets ou rapidement démenties par les faits mais pas par leurs promoteurs, ont marqué, ces vingt dernières années, la communication sur cette maladie. Ajoutons l'évolution du lexique médical pour évoquer cette infection qui, à elle seule, mériterait une étude sémantique et sémiologique fine (du type de celle effectuée par M. Barthélémy, 1994). Une relecture contextualisée des termes et des expressions pour évoquer le sida, quand bien même nous ne sommes pas en présence d'une révolution scientifique au sens où l'entend T. Kuhn, est d'un intérêt certain si l'on veut avancer dans la compréhension des mécanismes qui accompagnent les avancées de l'activité scientifique.

Ceci étant, les mots et leur mise en forme dans le langage partagé par les scientifiques ne constituent pas la seule « entrée » à une meilleure compréhension de la nature de l'activité scientifique, perçue à travers les innovations qu'elle produit. Deux autres axes de recherche permettent d'avancer sur cette question : la nature de la démarche du scientifique et les rôles qu'il investit, tous deux appréhendés dans un contexte d'innovation ou de révolution. Plus précisément, et dans un premier temps, il importe de regarder les modulations que peut connaître la démarche habituelle du scientifique. Elle se caractériserait, fort classiquement, par sa capacité à poser des questions. « Dans la mesure où il est engagé dans la science normale, le chercheur résout des énigmes [...] », constate T. Kuhn (1983 : 200). À l'inverse, l'esprit pré-scientifique défini par G. Bachelard « aime mieux ce qui confirme son savoir que ce qui le contredit [...] il aime mieux les réponses que les questions [...] » (1969 : 15). A ces constats largement admis T. Kuhn comme G. Bachelard ajoutent des précisions qui nous éclairent sur le devenir de cette posture intellectuelle du scientifique lorsqu'il fait face à une innovation majeure. T. Kuhn précise ainsi que le chercheur qui « résout des énigmes, ne vérifie pas des paradigmes » et G. Bachelard complète son propos en soulignant que sans cette attitude de l'esprit scientifique, « l'instinct conservatif domine ».

5. « Rapidité » des progrès au regard de la durée qui a été nécessaire pour comprendre les mécanismes d'autres pathologies infectieuses, toujours endémiques ou passées, et mettre au point les tests de dépistage et les premiers traitements.

Deux conclusions importantes peuvent être tirées de ces analyses connues : le scientifique – dans une période ou non de « révolution » – est celui qui maintient une capacité à poser des questions. Ceci étant, toute question posée n'est pas une mise en cause d'un paradigme : elle s'inscrit le plus souvent *dans* un paradigme. Lorsque, selon des modalités que détaille T. Kuhn, un nouveau paradigme émerge et s'impose à la communauté scientifique, « c'est à la fois une question jusque là légitime et une solution acquise qui disparaissent » (p. 205).

Dans une post-face rédigée quelques années après la première version de *La structure des révolutions scientifiques*, T. Kuhn précise ce qu'il entend par la notion de paradigme, au cœur du processus de révolution scientifique. Après avoir rappelé le caractère « circulaire » d'une précédente définition (« un paradigme est ce que les membres d'une communauté scientifique possèdent en commun, et réciproquement, une communauté scientifique se compose d'hommes qui se réfèrent au même paradigme » ; p. 240), il propose de parler de « matrice disciplinaire » (p. 248). Je rappellerai tout d'abord brièvement que la matrice rassemble « des éléments ordonnés de diverse sorte [...] et faisant l'objet de l'adhésion du groupe », caractérisés par des « généralisations symboliques » (expressions ou formules admises par tous et non discutées), des « croyances », des « valeurs » et des « exemples » (des solutions concrètes à des problèmes) (p. 248-55). Ces diverses caractéristiques sont donc communes à un ensemble de spécialistes d'une discipline donnée. Or, autant les points autour desquels se construit l'activité scientifique se référant à un paradigme sont clairement détaillés par T. Kuhn, autant le statut de la discipline elle-même mérite que l'on considère d'autres approches ; par exemple les travaux de J. Ben-David (1997) sur le processus d'« hybridation des rôles » constitutif d'une innovation ou d'une révolution scientifique. Par « hybridation des rôles », J. Ben-David entend un jeu entre le statut de deux disciplines et leurs conditions de compétition. Pour que l'hybridation des rôles débouche sur une innovation, un nouveau paradigme (J. Ben-David reprend ce terme), il faut que la première discipline ait un statut (par exemple dans l'Université) supérieur mais un niveau de compétition inférieur à la seconde. Ces conditions ont notamment été remplies lors de l'innovation scientifique qu'a représentée l'apparition de la psychologie expérimentale, à partir des deux disciplines « mère » que furent la philosophie et la physiologie (1997 : 92). Un double enseignement peut être tiré de cette structuration des rôles scientifiques : une discipline, pour intervenir dans un processus d'innovation, doit être en relation avec d'autres disciplines ; ce processus de mise en relation ne peut être saisi que si on tourne son regard non pas tant vers le fonctionnement interne et propre de chacune des deux disciplines que vers l'organisation générale de la recherche scientifique, dans la mesure où elle participe à conférer un statut et à instaurer des règles et niveaux de compétition pour chacune des disciplines.

La clinique dans le regard de la science : rationalité, incertitude, erreur

Dans ce tableau à grands traits de l'activité scientifique, un parallèle a été effectué avec la pratique de la médecine lorsqu'il a été question de la communication sur les résultats des travaux effectués. Ce faisant, a été implicitement suggéré le caractère scientifique du travail du médecin, ou des soignants en général. Mon propos dans les pages qui suivent n'est pas tant de lui contester cette valeur que de comprendre par quelles expressions, et parfois suivant quels détours, il peut se prévaloir de ce statut. D'emblée, il convient de préciser que dès lors qu'il est aussi chercheur, le médecin voit son activité s'inscrire dans les processus décrits précédemment : rapport avec les scientifiques d'autres disciplines, participation à des innovations scientifiques et à l'émergence de nouveaux paradigmes, principes gouvernant son travail (les quatre normes définissant l'« ethos » de T. Merton) inscrivent naturellement celui-ci dans le registre de la science. Cette affirmation doit cependant prendre la forme d'une interrogation lorsqu'il s'agit de la pratique médicale, l'exercice de la clinique, sachant par ailleurs qu'au sein même de la communauté médicale, le consensus n'est pas de règle, ni en matière de compréhension théorique d'un phénomène (l'émergence d'une nouvelle pathologie, l'apparition de résistances aux médicaments...), ni, surtout, dans le registre de la pratique, fréquemment caractérisée par des écarts au regard de normes, comme l'ont montré les exemples des prises en charge du paludisme et de la tuberculose au Sénégal.

Une des illustrations les plus remarquables de ces appréciations divergentes du statut de la pratique clinique nous est fournie par les tiraillements – dans la conception des essais thérapeutiques sur le sida en France – entre les chercheurs (épidémiologistes, statisticiens, parmi lesquels nombre de médecins), qui défendent des méthodologies rigoureuses (les essais randomisés), et les cliniciens qui, forts de leur expérience quotidienne de prise en charge des malades, plaident pour une « invention méthodologique » débarrassée du carcan des essais randomisés (Dodier & Barbot, 2000). Les premiers en viennent alors à dénigrer le « prétendu savoir clinique », estimant qu'il est plus de l'ordre de l'« opinion » que du savoir (*ibid.* : 85-90). On voit donc nettement que ce qui est visé par ce jugement de valeur n'est pas uniquement la pratique des cliniciens lors des essais thérapeutiques mais bien leur activité en général. Activité qui est certes efficace et indispensable pour prendre en charge les malades, mais qui ne suffit pas à elle seule à fonder une démarche de recherche scientifique. Pour avancer plus loin dans l'examen de cette question, et au-delà du cas spécifique de la mise en œuvre d'un essai thérapeutique, il est utile d'examiner comment des catégories, des exigences et des contraintes sont appréhendées dans la clinique. J'illustrerai chacun de ces points par un exemple : la maladie et l'anormal, en tant que

catégories que le médecin définit et s'approprie ; l'exigence de rationalité dont il peut se prévaloir ; et la contrainte liée à l'incertitude, notamment dans le diagnostic, elle-même caractéristique de la place du singulier dans la démarche médicale.

On reconnaîtra aisément la place cardinale des travaux de M. Foucault et G. Canguilhem pour l'appréhension de ces divers thèmes : l'objectif n'est pas d'en faire l'exégèse mais, plus simplement, de confronter quelques-unes de leurs analyses aux constats précédemment effectués sur les pratiques et savoirs médicaux en Afrique. Dans sa description des transformations induites, au tournant du 18^e siècle, par la « naissance de la clinique », M. Foucault insiste sur celles que connurent alors le savoir et la pratique de la médecine. Parmi de nombreuses conclusions stimulantes dans une perspective comparative, son affirmation du caractère indissociable des effets sur le savoir *et* sur la pratique de l'émergence de la clinique constitue un point d'ancrage essentiel de toute anthropologie de la médecine. Deux réflexions soulignent un autre apport de l'analyse de M. Foucault : « La médecine en ce premier temps ne se définit pas comme clinique sans se définir aussitôt comme savoir multiple de la nature et connaissance de l'homme en société » (1963 : 72). Et « se trouvent réunis pour la première fois dans un cadre institutionnel unique les critères du savoir théorique et ceux d'une pratique qui ne peut être liée qu'à l'expérience et à l'habitude » (p. 78).

De ce point de vue, dans l'expérience de la clinique en Afrique et plus largement dans l'examen du corps souffrant, parce qu'il est effectué aussi bien par le médecin que par l'infirmier, il apparaît primordial de repérer les gestes et les descriptions qui, au-delà d'une pratique empirique consistant à « savoir après avoir vu », relèvent de la nécessité de « savoir pour voir » – suivant en cela l'essence de l'expérience clinique où « tout le visible est énonçable et il est tout entier visible parce que tout entier énonçable » (p. 116). C'est de cette posture de pensée que je me suis inspiré pour répondre, dans le chapitre sur la prise en charge, aux questions qui ne manquent pas de surgir, parmi lesquelles je mentionnerai les suivantes : quels éléments de savoir sont mobilisés dans la clinique ? Lesquels sont travaillés et reformulés au fil de la pratique ? Observe-t-on dans ce cas un processus d'association ou de remplacement des éléments du savoir ? Dès lors que des catégories diverses de soignants interviennent dans l'examen du corps et dans le diagnostic, comment s'agence la distinction opérée par M. Foucault entre la pratique, dévolue aux « officiers de santé » (dont les « équivalents » seraient aujourd'hui en Afrique les infirmiers), et « l'initiation de la clinique », réservée aux médecins ? En d'autres termes, que reste-t-il aux médecins et à eux seuls de l'expérience clinique ? Peut-on alors parler d'un nivellement des savoirs consécutif à une clinique partagée ou doit-on considérer que l'on est en présence d'une « dé-clinicisation » ou d'une « clinicisation » circonscrite (pour telle pathologie) et localisée (dans le cadre de telle structure de soins) de l'activité du médecin ?

Ce questionnement à propos la nature de l'expérience clinique en Afrique doit intégrer une réflexion sur la définition du pathologique et, partant, de la notion de « maladie ». La perspective adoptée est ici d'évaluer dans quelle mesure, pour reprendre le propos de G. Canguilhem, « c'est l'appréciation des patients et des idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle "maladie" » (1966 : 74). Ceci en gardant présente à l'esprit l'hypothèse d'une imprégnation de la pratique médicale par des normes sociales relatives à la maladie, bien plus que celle d'une confrontation à un discours sur la maladie porté par les patients, que l'on sait rare et parcimonieux lors de la relation thérapeutique soignant-malade. Nous retrouvons ici l'exigence sociale de la clinique posée par M. Foucault, en tant que « connaissance de l'homme en société » : G. Canguilhem l'exprime en termes de « milieu », d'« histoire de chacun d'entre nous » (p. 215), l'un et l'autre étant au cœur du rapport entre le normal et l'anormal, « moins déterminés par la rencontre de deux séries causales indépendantes, l'organisme et le milieu, que par la quantité d'énergie dont dispose l'agent organique pour délimiter et structurer ce champ d'expériences et d'entreprises qu'on appelle son milieu » (p. 215). Le normal comme l'anormal se voient donc investis d'une « relativité individuelle » (p. 215), préalable au processus de singularisation que l'on ne peut ignorer lorsque l'on examine les conditions et les formes de l'exercice de la médecine en Afrique.

De même, le constat final de G. Canguilhem sur la « pathologie paradoxale de l'homme normal », selon laquelle « la conscience de la normalité biologique inclut la relation à la maladie, le recours à la maladie, comme à la seule pierre de touche que cette conscience reconnaisse et donc exige » (p. 216), suggère des prolongements. Notamment la possibilité de déplacer ce type d'analyse centrée sur le rapport de l'individu normal à sa maladie vers une réflexion focalisée sur la relation du soignant au pathologique. L'objectif serait alors de passer d'un regard sur l'homme malade à un regard porté sur l'homme malade *dans sa relation* avec le soignant puis, *in fine*, à un regard sur le soignant dans sa relation avec la maladie. En somme, les certitudes et les menaces qu'affronte l'« homme normal » – « capable d'échouer son corps mais [vivant] la certitude d'en repousser l'éventualité » (p. 216) – ne se retrouvent-elles pas aussi, sous une forme à explorer, chez le médecin ?

Cette interrogation sur le rapport à l'incertain du médecin et sur la nature rationnelle de l'activité médicale doit, dans le même temps, inciter à se demander si la quête d'une démarche rationnelle n'est pas aussi une contrainte et si la présence de zones d'incertitudes, parce qu'elle pose question au médecin, ne relève pas d'une nécessité : nécessité qui me semble être très précisément celle qui suppose de construire l'acte médical, mais aussi social, de soigner sur des fondements où le singulier – ici à travers l'incertain – joue un rôle premier. Avant d'évoquer la place de l'incertitude dans l'activité scientifique et médicale, la philosophie des sciences de G. Bachelard fournit – là encore – d'utiles points d'ancrage à

une réflexion sur cette notion de « question posée » au scientifique. Il dénonce ainsi l'existence, dans des démarches prétendument scientifiques, de « rationalisations imprudentes », dans lesquelles « la réponse est souvent beaucoup plus nette que la question », et insiste dès lors sur le fait que « le sens du problème est caractéristique de l'esprit scientifique » (1969 : 44). Cet esprit scientifique doit, notamment, être capable de mobiliser des concepts dont le caractère scientifique « se mesure à [leur] puissance de déformation » (p. 61). Nous retrouvons là l'idée maîtresse d'une science qui « réalise ses objets sans jamais les trouver tout faits » (*ibid.*). De ce point de vue, comme le remarque J. Pouillon, « la science purifiée n'existe jamais au présent » (1993 : 21) : dynamique de la science – « en train de se faire » – qui implique que le « tri entre le cru et le su » auquel elle procède intervient toujours « après coup » et n'est pas un donné *a priori* de sa démarche. Enfin, il est important de rappeler l'objectif de l'« union de l'expérience et de la raison », condition selon G. Bachelard d'un « nouveau rationalisme » (*ibid.*). Parmi d'autres, cette inscription de l'expérience dans la rationalité constitue un thème de réflexion commun à la philosophie des sciences et à l'anthropologie de la médecine.

Le préalable à toute réflexion sur les liens entre rationalité et activité scientifique est de nettement distinguer entre la rationalité du discours savant, donc du raisonnement qui le fonde, et la rationalité de l'action, « décrite et expliquée par ce même savant dans une science de l'homme » (Passeron, 2001 : 236). Écueil qui peut sembler aisé à éviter mais que de fréquentes confusions entre l'objet et le discours sur l'objet ne doivent pas sous-estimer. Ce point d'application de la rationalité précisé, reste à opérer une autre distinction au sein même de la rationalité d'une action, selon qu'elle est « formelle » ou « substantielle » (Lenclud, 2001 : 445). Brièvement, je rappellerai que, dans sa conception « formelle », est rationnelle toute action qui est en cohérence avec les choix initiaux de l'individu (*ibid.*). Il est alors aisé de noter les limites de cette définition de la rationalité, puisque – dans cette acception-là – tout comportement peut être *a posteriori* rationalisé. La rationalité « substantielle » définit, elle, comme rationnelle « toute conduite procédant de mobiles rationnels » et conduit alors à une impasse : comment définir la rationalité d'un mobile si le mobile est précisément le critère de la rationalité (*ibid.*) ? En somme, réduire une action à sa rationalité est une entreprise très aléatoire, tant dans son principe (le comportement n'est pas que rationnel) que dans son résultat (impossibilité de définir la rationalité autrement que par elle-même). L'action scientifique n'échappe pas à cette difficulté. Non qu'aucune rationalité n'y soit repérable, naturellement, pas plus que l'on ne puisse s'entendre sur son contenu (par exemple, la capacité à mettre en œuvre une méthode adaptée à l'objet). La difficulté découle plus précisément de la menace d'irrationalité qui pèse constamment sur la démarche scientifique. « Risque d'irrationalité » que D. Terré repère notamment dans toute prétention de la science à une « infalsifiabilité radicale » (1998 : 26). Autant il est illusoire de définir la science par son « infalsifia-

bilité », autant en déduire un danger d'irrationalité revient – me semble-t-il – à réduire la science à sa rationalité. En d'autres termes, l'ouverture de la science au débat, à la controverse, à la réfutation – que ne permettrait effectivement pas une infalsifiabilité radicale – n'est-elle pas constitutive de la science ? L'absence de doute ou d'incertitude ne serait-elle pas alors, plus généralement le signe de l'absence de science bien plus que la marque de sa seule irrationalité ?

Penchons-nous à cet égard sur l'analyse que propose H. Marks de l'action des « réformateurs thérapeutiques » aux États-Unis, qui ont mis au point et tenté d'imposer, au cours du 20^e siècle, les expérimentations contrôlées, « randomisées », de nouveaux protocoles thérapeutiques. Leur objectif était double : contrôler l'« introduction » et la « promotion » de nouveaux remèdes, afin d'encourager une « pratique thérapeutique plus rationnelle » (1999 : 44). Pour mener à bien cette tâche – au-delà des difficiles mises en œuvre de protocoles d'expérimentations des médicaments dont H. Marks décrit les succès mais aussi les échecs – les « réformateurs thérapeutiques » devaient combattre le conservatisme de certains praticiens, soucieux « de ne rien faire qui risquât d'ébranler la confiance de [leur] clientèle » (p. 94). Leur démarche et l'analyse sociologique qu'en propose H. Marks ont ceci de remarquables qu'elles posent tout essai contrôlé – « même le plus simple » – comme le « produit d'un ordre social négocié foisonnant de décisions, contestées ou non, et de présupposés restés sans examen » (p. 194). On ne peut s'empêcher de s'interroger ici sur la place qu'occupe l'incertitude, à la fois statistique et sociale, dans la réussite de cette entreprise réformatrice. H. Marks rappelle fort justement que l'apport essentiel de la statistique dans l'expérimentation contrôlée de médicaments n'a pas consisté à lever le doute et éliminer l'incertitude mais bien, plus précisément, à fournir des indications sur « la probabilité que les résultats soient dus au hasard » (p. 201). On admettra alors que les statisticiens font du « doute obsessionnel » la condition « *sine qua non* d'une bonne expérience » (p. 218). De même qu'il fallait intégrer à la pratique de l'essai randomisé ces niveaux d'incertitude, il importait de vaincre les réticences des collègues chercheurs, des institutions de financement et des patients. Le chercheur se trouve alors au centre d'un « processus de négociation sociale sur les fins intellectuelles et les moyens pratiques » (p. 277). La recherche du consensus, inhérente à ce processus de recherche, comme à bien d'autres, est un exercice délicat de mise en accord de choix méthodologiques, de stratégies individuelles de légitimation et de pouvoir, et de références théoriques. Exercice de consensus qui témoigne d'un « dilemme permanent » formulé en ces termes par H. Marks : « lorsque des gens raisonnables sont en désaccord, où commence le comportement déraisonnable ? » (p. 324).

Une des principales manifestations de ce dilemme me paraît être le traitement, par chacun, des incertitudes auxquelles il fait face. Les rendre tolérables par les autres scientifiques, ou compatibles entre elles, doit faciliter la recherche de ce consensus. Examiner, dans le cas particulier de

l'exercice de la médecine, comment s'organise et s'oriente cette démarche vers le consensus constitue en soi un objet de réflexion essentiel d'une anthropologie des pratiques et savoirs médicaux : concrètement, ce ne sont pas les seules occurrences d'incertitudes ou de certitudes qui doivent retenir l'attention, pas plus que les seules manifestations d'un rationalisme, mais bien, au-delà des unes et des autres, comment elles apparaissent, modèlent les relations avec les autres soignants, sont abordées dans la pratique et la transforment. C'est de cela que témoignent en France les pédiatres confrontés à des affections neurologiques graves. Ils sont dans des situations d'incertitude autant médicales (sur les plans diagnostiques et thérapeutiques) que morales, car ils doivent « déterminer une préférence relative ou une aversion relative entre différents risques » mettant en jeu la vie d'un enfant (Paillet, 2000 : 46). Décider, dans un contexte d'incertitude, revient par conséquent à se situer dans un registre extra-médical *stricto sensu*. La question se pose alors de comprendre comment, dans ces conditions, se trouve modelée la position du soignant vis-à-vis non seulement de ses collègues, mais aussi de ses futurs patients, dès l'instant où l'on admet que le traitement réservé ici à l'incertain modifie le contenu même du savoir et de la pratique.

Dans sa double relation à l'autre et à lui-même, le soignant ne doit pas uniquement prétendre « posséder la vérité sur le diagnostic ou le traitement » mais bien « reconnaître les limites de son propre savoir », attitude aussi importante que de « posséder ce savoir lui-même » (Marks, 1999 : 68). Rapport à la vérité du soignant qui constitue en lui-même un thème de réflexion central dans la philosophie des sciences. La « vérité » dans l'activité scientifique ne peut naturellement se définir, se révéler, qu'au regard de l'erreur, du faux. En ce sens, « elle s'écrit dans la courbe d'une pensée » qui, non seulement « se trompe », mais « le dit »⁶. La question de la vérité est donc aussi, et peut-être surtout, celle de l'erreur, plus précisément du glissement de l'une vers l'autre. J. Pouillon parle à cet égard du « tri » du vrai et du faux, en insistant bien sur le fait que la science progresse par la distinction du vrai et du faux, elle « défait [...] une intrication devenue inutile mais qui fut d'abord indispensable et féconde » (1993 : 19). C'est cette attention à l'erreur et au faux, comme constructions historiques et non uniquement réalités présentes, qu'il s'agit de décrire dans le cas de l'exercice de la médecine. A titre d'exemple, dans l'espace thématique des prises en charge du paludisme et de la tuberculose, nous disposons d'analyses médicales et épidémiologiques qui permettent d'illustrer concrètement les expressions de l'erreur dans la pratique. J'ai évoqué les erreurs de prescription de la chloroquine pour le traitement du paludisme : des constats de même nature ont été effectués dans des structures de santé du Burkina où – ne serait-ce que sur la base

6. Rapportées par P. Redondi (1997 : 50), ces remarques de M. Foucault concernent plus particulièrement le récit que propose Kepler de sa découverte de la forme elliptique des orbites planétaires. Voir aussi Foucault, 1961.

d'un questionnaire de connaissance rempli par les soignants – il apparaît que moins du quart des enfants souffrant d'un accès palustre simple sont traités correctement (sous- ou sur-dosage, durée du traitement trop longue ou trop courte : Gbary *et al.*, 1998 : 243). Le traitement de la tuberculose occasionne lui aussi des écarts par rapport aux canons officiels de la pratique médicale, donc à la vérité du moment sur une pathologie : des durées de traitements supérieures à ce qui est nécessaire pour obtenir la guérison ; inversement, des guérisons déclarées alors que le patient n'a pas reçu la durée totale du traitement ; des erreurs dans le choix des médicaments intervenant dans la composition du traitement ; ou, enfin, des confusions entre catégories de patients tuberculeux (« anciens cas » et « en rechute ») (Devaux, 1991 : 154-155, 176). Que le savoir du praticien contienne de fait des lacunes – reconnues ou non – entache-t-il le statut de science de l'activité médicale ? Faut-il y voir une déclinaison de la modestie du praticien à l'adresse de sa pratique et de son savoir ?

On pourrait certes y voir une variante du désintéressement et du scepticisme organisé, constitutifs de l'« ethos » de la science selon R. Merton. De ce point de vue, il serait aisé de repérer dans l'activité médicale les formes et les principes d'une activité scientifique. M. Foucault abonde dans ce sens lorsqu'il estime que « l'expérience clinique permet de tenir sur l'individu un discours à structure scientifique » (1963 : 10). Il s'en tient cependant bien à l'idée d'une capacité à « tenir un discours ». Qu'en est-il alors de l'objet d'étude ? Permet-il, à son tour, de « qualifier » scientifiquement l'exercice médical ? G. Canguilhem est à cet égard affirmatif : « La clinique n'est pas une science et ne sera jamais une science alors qu'elle usera de moyens à efficacité toujours plus scientifiquement garantie » (1966 : 153). Les moyens mobilisés – principes, discours – ne peuvent donc se substituer à l'objet de la clinique qui, lui, la disqualifierait scientifiquement. En effet, « elle ne se sépare pas de la thérapeutique et la thérapeutique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, savoir la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif », en somme « on ne dicte pas scientifiquement des normes à la vie » (*ibid.*). Nous avons là une position extrême que M. Foucault se garde de tenir, dès lors qu'il propose de « traiter les discours [...] comme des pratiques qui forment systématiquement les objets dont ils parlent » (1969 : 67). Peut-on, ce faisant, définir la clinique comme une science si un discours « à structure scientifique » la caractérise ? Se proposer d'apporter une réponse à cette interrogation suppose d'approcher les textes, les discours et les pratiques qui caractérisent les métiers de la santé, en y repérant les points d'innovation, d'adaptations, de tensions et de négociations qui s'y manifestent : autrement dit, le complexe de singularités qui permettent de comprendre le fonctionnement et les enjeux, non pas localisés ou spécifiques à des individus ou des périodes donnés, mais bien généraux de la médecine.

Dans le cheminement vers ces propositions de recherche, je me suis régulièrement rapproché d'analyses de l'histoire, de la sociologie ou de la

philosophie *des sciences*, tout autant que *de la médecine*. Au point où le double projet initial d'une anthropologie des savoirs et d'une réflexion sur les savoirs anthropologiques prend peu à peu la forme d'un seul et unique projet, que l'on pourrait formuler ainsi : aborder en tant qu'anthropologue les questions posées par la médecine à la lumière des enjeux de la science conduit inévitablement à s'interroger sur la place de l'anthropologie et de son savoir dans les dispositifs pratiques et théoriques de la science. Exercice qui suppose que soit admise la pertinence du regard réflexif sur sa propre pratique d'anthropologue.

Portée du regard réflexif

Les remarques de M. Foucault en conclusion de *Naissance de la clinique* sur les liens entre la médecine et les sciences de l'homme, au premier rang desquelles l'anthropologie, constituent une juste introduction à la discussion proposée relative à la nécessité et à la portée d'un regard réflexif de l'anthropologue. Si l'on peut affirmer qu'à la fin du 18^e siècle, la culture médicale positive « engage de plein droit le statut philosophique de l'homme » (1963 : 202), c'est au prix d'un « retournement » qui conduit l'homme moins à nier l'infini qu'à « ressasser » et « accepter » la mort (p. 201-202). Intégration d'une réflexion sur l'origine et la limite qui conduit la médecine à penser l'homme comme « objet de savoir positif » (p. 201). M. Foucault qualifie alors d'« anthropologique » cette disposition philosophique mais aussi pratique de la médecine. Que la médecine puisse se définir comme une anthropologie renvoie à une appréciation largement admise d'une activité consistant à appréhender le patient, par de-là la souffrance de son corps, comme un individu ayant une histoire familiale ou plus largement sociale susceptible d'influencer sa compréhension de la maladie et de modeler les réponses qui lui sont apportées. Que cette dimension anthropologique de la médecine se rapporte, comme le suggère M. Foucault, à sa capacité à « parler [à] l'homme de ce monde technique qui est la forme armée, positive et pleine de sa finitude » permet, par ailleurs, d'avancer dans la réflexion sur les natures respectives de la médecine et de l'anthropologie. La « densité philosophique » qu'acquiert alors la médecine est, en effet, indissociable de sa maîtrise croissante d'« outils », permettant de renouveler les « formes de visibilité » du corps et de la maladie (p. 199). Se pencher sur le savoir médical, c'est donc à la fois en révéler le caractère anthropologique *et* en faire l'anthropologie. Dans le même ordre d'idées et symétriquement, une telle anthropologie de la médecine représente, pour l'anthropologue, une invitation à une connaissance de l'anthropologie, à une réflexion sur l'anthropologie.

L'invitation à la réflexivité

Un tel projet anthropologique, dans sa spécificité, qui consiste à être corrélé à l'objet « médecine », s'inscrit dans une démarche plus générale largement théorisée. Philosophes et historiens des sciences s'accordent ainsi à prédire une « science contemporaine [qui soit] de plus en plus une réflexion sur la réflexion » (Bachelard, 1969 : 250) : invitation à intégrer et à accepter la question de la réflexivité à laquelle ont répondu historiens (Golinski, 1998 : 132) et sociologues (Bourdieu, 2001). Ceci étant, prévoir cette évolution de la recherche et l'encourager ne constitue bien évidemment pas une garantie de la mise en place effective de tels travaux. De plus, un tel travail de réflexivité doit éviter la tentation du repliement du chercheur sur ses propres interrogations, qu'elles renvoient à sa personne ou à sa discipline. Ces dernières années, avec l'émergence d'une réflexion sur l'épistémologie de l'anthropologie, un certain nombre d'auteurs ont fort justement mis en garde contre les possibles dérives de cette entreprise réflexive (Olivier de Sardan, 1988 & 2000 ; Toffin, 1989). Dérives qui découlent fondamentalement de la confusion entre un retour sur les attendus de la discipline qui m'intéresse ici plus particulièrement – et un regard introspectif sur sa propre personne, ses attentes et « mises en jeu » dans la pratique du terrain. Entreprise qui révèle bien plus d'écueils et d'impasses qu'elle n'ouvre de champs de réflexion pertinents pour l'anthropologie. Je suivrai, sans difficulté G. Toffin, qui estime que la mise en avant de la « quête intérieure » s'effectue au détriment de la connaissance anthropologique, devenue alors un « prétexte » (1989 : 16). Que l'anthropologie ou la sociologie n'aient point pour but « l'exaltation de la subjectivité [...] des chercheurs [ou] des populations enquêtées » (Olivier de Sardan, 2000 : 441) n'exclut bien entendu nullement de la place de cette subjectivité dans la « production des données de terrain ». Posture de recherche qui conduit à distinguer l'entreprise autoréflexive (qui promeut le « sujet-chercheur » au détriment des « sujets de l'enquête ») que rejette de façon convaincante J.-P. Olivier de Sardan, de l'exercice de réflexivité où, encore une fois, ce qui est en question n'est pas tant l'anthropologue que l'anthropologie.

Ceci étant précisé, les interrogations disciplinaires ne sont légitimes que dès lors qu'elles participent d'un processus d'ouverture vers et de compréhension d'un objet de recherche. Dimension d'ouverture qui doit sans cesse être réaffirmée et qui suppose explicitement une attention aux faits, aux « données de terrain », de façon à ne pas « étouffer l'esprit d'enquête sous les embrassades épistémologiques » (Passeron, 2001 : 228). À cet égard, le point focal de l'entreprise réflexive est sans aucun doute sa dimension d'échange : une anthropologie de la médecine suggère des interrogations sur sa propre démarche d'anthropologue auxquelles le chercheur doit essayer d'apporter des réponses pour, en retour, prendre toute la mesure de son objet initial (la médecine). Mon propos – j'insiste

là-dessus – ne vise pas à tirer argument de cet exercice de réflexivité pour, dans une sorte de confusion avec son objet de recherche, déboucher sur une abolition totale du regard distancié caractéristique de la démarche anthropologique. Réfléchir au travail anthropologique suppose un regard critique sur son objet : je me situe par conséquent loin de toute entreprise d'adhésion ou de fusion avec les situations ou pratiques observées et décrites (Vidal, 2004, à *paraître*). Une fois ré-affirmée cette optique de recherche intangible, il est possible et même indispensable de s'interroger sur les modalités de l'observation et de l'interprétation – en particulier au travers des formes de l'écriture anthropologique qui en rendra compte. J'y reviendrai dans les deux derniers chapitres de cet ouvrage.

Si l'on en revient au projet d'une anthropologie de la clinique, soucieuse d'analyser les échanges entre savoirs et pratiques, le principe de plaider pour une réflexivité qui soit en même temps ouverture vers une compréhension de l'altérité trouve de nouveaux terrains d'application. Je pense notamment ici à deux thèmes de réflexion, communs à l'anthropologie et à la médecine, et dont l'examen dans l'une et l'autre disciplines doit aider à comprendre les démarches de l'une et de l'autre. Il s'agit, d'une part, de la place tenue par la déontologie dans la pratique médicale et anthropologique et, d'autre part, de la question de la conceptualisation des pratiques et représentations sociales.

Déontologies

S'agissant du premier point, il n'est pas indifférent que les « questions éthiques » posées par la recherche anthropologique et leur lien avec des principes déontologiques aient retrouvé une forme d'actualité dès lors que l'intérêt de l'anthropologue s'est porté sur des expériences de la maladie mettant en jeu des pratiques médicales. Je pense ici notamment à la confidentialité qui doit gouverner les échanges entre l'anthropologue et le malade. Cela peut sembler être une recommandation fort banale sachant que l'anthropologue – travaillant ou non sur des maladies qui créent de la défiance ou de la stigmatisation – a pour habitude de garantir la confidentialité de l'objet de ses contacts et du contenu de ses échanges et discussions, dès l'instant où leur divulgation peut porter préjudice aux gens avec lesquels il travaille. Dans un second temps il a naturellement le souci, lorsqu'il met en forme les données recueillies et les analyses, de ne pas dévoiler d'informations jugées confidentielles par ceux auprès desquels il les a obtenues. Face à cette question de la confidentialité, l'anthropologue est donc dans la situation d'un professionnel tenu d'appliquer une règle déontologique. Règle qui, certes, n'est pas écrite en tant que telle mais qui, sur la base des éléments évoqués ici, recueille l'assentiment des anthropologues. Lorsque l'on travaille auprès de personnes

souffrant de maladies graves, transmissibles, objets de peurs diverses, cette règle déontologique est présentée comme une exigence « éthique ». Parce que l'on touche à un objet médical mais aussi à des pratiques médicales (comment cette maladie est annoncée au patient et prise en charge), une attitude de recherche – qui n'est pas nécessairement aisée à tenir, mais c'est là une autre question – traditionnellement intégrée à l'expérience anthropologique se voit requalifiée en termes d'« éthique ». Requalification qui, par son aspect systématique, n'est pas sans soulever des difficultés. Elle revient tout d'abord à affaiblir, et peut-être même à dé-légitimer, le discours anthropologique qui s'en tient à des arguments de déontologie pour expliquer que, quelque soit son objet, l'anthropologue place au premier rang de ses préoccupations le souci de la confidentialité. Principe « simplement » déontologique, et non « éthique », mais en l'absence duquel aucune recherche inscrite dans la durée, donc supposant une familiarité et une confiance partagée entre l'anthropologue et ses informateurs/interlocuteurs, ne pourrait s'engager.

Les pratiques médicales sont tenues de respecter un certain nombre de règles déontologiques, par définition en rapport avec les situations que peuvent rencontrer les soignants dans l'exercice de leur travail. Ces règles, *stricto sensu*, sont plus formalisées que celles auxquelles se réfère l'anthropologue et dans des termes distincts (je pense notamment au serment d'Hippocrate mais aussi au serment de Galien pour les pharmaciens) : ceci pour des « objets » – le corps humain et la personne malade – qui ne sont naturellement pas ceux de toute anthropologie. Le constat de l'existence d'une déontologie, censée guider les activités de soins et le rapport au malade, et de principes éthiques plus généraux, suggère un certain nombre d'axes de recherche. En premier lieu, on ne peut se contenter de remarquer le caractère écrit des règles déontologiques médicales sans se préoccuper de leur processus historique d'élaboration. Ces repères historiques posés, s'ouvre alors un vaste champ de réflexion autour de la question de l'application et de l'interprétation de ces règles. Type de formation universitaire, nature de la formation professionnelle continue, contraintes matérielles, sociales et culturelles agissent inévitablement sur la lecture de la déontologie à laquelle chacun, néanmoins, dans sa pratique, se réfère. Cette mise en perspective de la déontologie au regard d'une série d'éléments que l'on qualifiera pour résumer de « contextuels » relève d'une approche transversale de la question : elle ne doit pas exclure un regard sur les parcours singuliers des médecins et autres soignants. Il est certes indispensable d'analyser de façon « transversale » comment, par exemple, le manque de personnel et de moyens dans la structure de soins, d'une part, l'insertion du soignant dans un réseau d'informations ou son isolement, d'autre part, les perceptions que les malades ont de sa pratique¹, enfin, contribuent à moduler ou respecter

1. Plus exactement il s'agit là de comprendre comment le soignant perçoit les « représentations » de la maladie de ses consultants.

strictement les règles déontologiques. Ceci étant, une description précise de ces situations et représentations sera incomplète si elle ne passe pas par une analyse des interprétations singulières de ces contraintes. Identifier ces singularités est la condition d'une compréhension des contraintes sociales (relations avec les malades et les autres personnels de santé, moyens matériels...) qui travaillent le rapport des soignants à leur déontologie.

Les concepts

Les correspondances entre les pratiques anthropologiques et médicales, repérées dans le rapport à la déontologie, méritent aussi d'être explorées autour de la question des concepts utilisés. J'ai eu l'occasion d'analyser la nature et les conséquences de l'appropriation de certains concepts par la recherche et le discours de santé publique sur le sida (Vidal, 1999-a). Même si les professions médicales ne sont pas les seules à utiliser ces concepts, elles les ont toutefois largement assimilés. « Vulnérabilité », « communauté », « *empowerment* » sont devenus des concepts centraux de toute expression publique sur le sida. Or ils renvoient à des pratiques et à des situations sociales hétérogènes qu'ils généralisent hâtivement, au risque de créer un langage dans lequel une terminologie commune ne saurait cacher des divergences d'interprétation et donc de possibles malentendus, en fonction du statut des personnes qui les utilisent et des situations dans lesquelles elles y ont recours. Ces constructions globalisantes de réalités multifformes opèrent par ailleurs, le plus souvent, dans l'ignorance – réelle ou feinte, mais le résultat n'est guère différent – de l'histoire de ces concepts, et en particulier de leur signification sociologique. Les concepts de « communauté » ou de « vulnérabilité » – pour ne citer qu'eux – pré-existaient largement, dans l'analyse sociologique, à l'émergence des interrogations soulevées par le sida.

A partir de cette première analyse bâtie autour de l'examen de quelques concepts récurrents, il apparaît dorénavant pertinent d'étendre la réflexion à des concepts anthropologiques notamment mobilisés dans les travaux sur la possession rituelle ou les représentations du sida. La mise en parallèle, sur des exemples précis, de l'élaboration de concepts en anthropologie et en médecine, constitue ainsi une des principales applications du principe d'étudier le savoir anthropologique pour contribuer à une anthropologie du savoir, en l'occurrence médical. Ainsi, se pencher sur les concepts de « rituel », de « médecine moderne » et « médecine traditionnelle », d'« autonomie », s'inscrit explicitement dans le projet d'identifier la construction du savoir anthropologique, qu'il renvoie à une anthropologie générale ou, plus spécifiquement, clinique. Dans le même temps, cet exercice peut fournir des outils d'analyse permettant d'appré-

hender ce que les soignants entendent par « guérison », « traitement » ou « douleur ». Concrètement et à titre d'exemple, l'analyse des différentes déclinaisons du concept de « médecine traditionnelle » doit associer un double regard : d'une part, sur la signification de la « tradition », notamment en matière de soins, et d'identification de la nature et de la cause de la maladie ; d'autre part, sur l'acception « biomédicale » du concept de « médecine traditionnelle ».

Cet exercice reste largement à mener mais j'ai néanmoins souhaité le présenter comme une illustration des questions sur lesquelles peut porter le croisement des regards sur la médecine et l'anthropologie que j'encourage. Ainsi, selon sa proximité avec les pratiques sous-tendues par ces concepts étudiés (« biomédical », « médecine traditionnelle », par exemple), la médecine en développe-t-elle des interprétations spécifiques ? De plus, l'analyse de ce type de concepts à l'intersection de savoirs est porteuse d'enseignement quand il s'agira de s'intéresser à d'autres concepts, plus spécifiquement anthropologiques ou liés cette fois-ci à d'autres disciplines que la médecine. C'est le sens du constat de F. Affergan, qui estime que les concepts sont les « fruits de métissages dont les lieux (*emic, etic*, transdisciplinaires) n'ont jamais été interrogés » (1999 : 11). Que le retour sur les concepts passe préalablement par une réflexion sur les conditions, les « lieux » de leur production ou qu'il débouche sur celle-ci, dans les deux cas est admis le lien indissociable entre leurs différentes déclinaisons actuelles et leur origine. La reconnaissance de ce lien a des implications fortes si, dans le prolongement de la réflexion générale de M. Foucault, on admet que « les pratiques discursives modifient les domaines qu'elles mettent en relation » (1969 : 99). La question serait alors de situer la place des concepts dans ces « pratiques discursives » et de voir plus précisément, dans l'espace de la santé, en quoi le remodelage et la diffusion de certains concepts a pu transformer les rapports entre la pratique clinique et la démarche de santé publique. Nous avons là un objet de recherche anthropologique qui donne aussi matière à un objet de recherche sur l'anthropologie. Dans ses ouvertures vers d'autres disciplines, l'anthropologie travaille, en effet, des concepts – historiquement et sociologiquement construits – dont certains sont déjà eux-mêmes interprétés par ces disciplines : l'échange entre disciplines se présente alors comme une rencontre de concepts et, à ce titre, modèle à terme chacune des disciplines en présence, parmi lesquelles l'anthropologie.

Je rejoindrai ici la position de P. Bourdieu, qui estime que « la réflexivité exige que la sociologie des sciences soit elle-même en principe soumise au traitement qu'elle applique aux autres sciences » (2001 : 42) : réflexivité, échange qu'il importe certes de poser avec la médecine mais aussi avec d'autres disciplines scientifiques que l'anthropologie investissant l'espace de la santé. Réflexivité qui exige, par ailleurs, de l'anthropologie un double travail. Il s'agit tout d'abord de se pencher sur les contours de son objet, les questions éthiques qu'il soulève et les enjeux d'application en découlant, tout autant que sur les rapports qu'il entretient

– en d’autres termes son « positionnement » – avec les questions au cœur de l’identité de la discipline : le culturel, le social, l’universel. On ne peut en effet s’intéresser aux questions posées par l’objet de recherche sans pousser à son terme le propos et interroger, aussi, ce que les choix adoptés modifient, non pas tant du paradigme de la discipline que, plus modestement, de l’image de l’anthropologie développée par d’autres disciplines. Abordées dans les deux prochains chapitres (8 et 9), ces réflexions introduiront un second enjeu de la réflexivité : après s’être attaché à comprendre les attributs de l’objet et ses incidences sur la discipline, il est inévitable de s’arrêter sur les modalités de traitement de l’objet. Complexe méthodologique dans lequel l’écriture occupe une place cardinale. Ce sera le propos des deux derniers chapitres (10 et 11).

L'éthique dans ses contextes

En investissant les questions posées par les savoirs médicaux et religieux, à travers les figures de la maladie, du risque, de la mort ou de l'incertitude, l'objet de recherche s'est progressivement trouvé confronté à des interrogations d'ordre éthique. Après avoir présenté des définitions et expressions concrètes de l'éthique dans la recherche, notamment sur le sida, la discussion s'engagera sur les connexions qui s'établissent entre les dispositifs méthodologiques et les exigences éthiques. Corollaire de cette place de la réflexion sur l'éthique dans le déroulement d'une recherche, l'objectif d'application (parfois jugé comme « éthiquement » nécessaire) sera alors l'objet d'un questionnement : que signifie-t-on par là lorsqu'on le mobilise et à quelles conditions peut-il se développer ?

Avant d'en venir aux éléments de ce débat, force est de constater que l'on se trouve confronté, avec la notion d'« éthique », à un évident problème de définition. Observations ou analyses de tous ordres ont, en effet, fréquemment recours au qualificatif et au substantif d'éthique, pour rendre compte, indifféremment, de choix personnels, de lois, d'attitudes collectives. R.-C. Fox, à la fin des années 1980, mettait déjà en garde contre le « syndrome du "tout est éthique" », qui recèle le risque que « quand tout devient éthique, le danger est que l'éthique ne devienne rien » (Hoffmaster, 1992 : 1424). De nos jours, ce syndrome prend de l'ampleur et dépasse largement le domaine des attitudes mettant en jeu la santé ou le corps humain, auxquelles se référait plus spécifiquement R.-C. Fox. L'action politique, le travail du journaliste, les démarches de consommation, les attitudes des publicitaires, les stratégies de « management » des chefs d'entreprise ou encore le fonctionnement des marchés boursiers, voire de l'économie mondiale, se voient, parmi bien d'autres pratiques, qualifiées en terme d'« éthique ». Au-delà de la valorisation de ce dont on parle dès lors que l'objet de la réflexion est situé au regard de l'éthique, c'est à une véritable indétermination de l'éthique elle-même qu'on assiste : on ne saisit alors guère ce qui la définit, en tant que telle et au regard de la morale ou de la déontologie.

Définir la morale, l'éthique et la déontologie

Si l'on revient par conséquent sur quelques définitions de l'éthique et de la morale, on retrouve tout d'abord l'idée de la supériorité ou de l'antériorité de la première sur la seconde : « préséance de l'éthique sur la morale », nous explique P. Audi (2000 : 128), l'éthique se situant « au-dessus » de la morale dans les acceptions qu'en donnent Kant et Schelling, reprises par A. Lalande (1988). Toujours selon P. Audi, l'éthique « est [...] quelque chose de personnel, d'individuel », et il ajoute : « alors que la "personne morale" déclare "bien pour tous, mal pour tous", le "porteur de l'éthique" dit "ceci est mon bien, ceci est mon mal" » (2000 : 143). L'analyse de P. Audi a ceci d'instructif que, d'une part, elle pousse d'une certaine façon à son comble l'argument relativiste (c'est-à-dire jusqu'à ses expressions individuelles : « les préceptes ou les recommandations de l'éthique doivent reposer sur les propres prescriptions de la vie telles que la subjectivité même de l'individu vivant [...] les exprime singulièrement en lui » ; p. 53) et que, d'autre part, elle pose un lien entre l'éthique et, non pas la morale mais la moralité, suivant le principe que dès lors que l'on agit en étant « bon pour soi », « on se trouve par quelque côté "bon pour autrui" » (p. 162). Ces définitions placent en leur centre l'individu, en tant que destinataire ou vecteur du projet éthique ou moral.

C'est moins explicitement le cas dans un certain nombre de définitions, qui situent l'opposition entre la morale et l'éthique non pas tant au niveau de leur « destinataire » qu'à celui de leur fonction respective. Synthétisant des acceptions philosophiques classiques, A. Lalande pose ainsi la morale comme « l'ensemble des prescriptions admises à une époque et dans une société déterminées » ou « l'effort pour se conformer à ces prescriptions, les exhortations à les suivre », et l'éthique comme « science qui prend pour objet immédiat le jugement d'appréciation sur les actes qualifiés de bons ou mauvais » (Lalande, 1988 : 305). Nous voyons ici s'opposer au registre de la conduite des hommes, qui est l'objet de la morale, celui des jugements portés sur la valeur des actes, objet de l'éthique. Conception de l'éthique et de la morale somme toute classique, puisqu'elle a aujourd'hui cours, y compris dans des réflexions anthropologiques. R. Massé distingue ainsi la dynamique de l'éthique, qui s'oppose à la fermeture de la morale, reposant sur « des dogmes et des codes de pratique permettant de trancher entre le bien et le mal » (2000 : 15). Dynamique de l'éthique qui se manifeste par exemple dans sa capacité à « résoudre les controverses autrement que par la force » (Parizeau, 1996 : 158)¹ même de façon « imparfaite, souvent conflictuelle » (Massé, 2000 : 22) et, plus largement, à laisser ouvert le questionnement et la réflexion sur les actions de chacun (S. Bateman-Novaes parle à cet égard de « souci

1. M.-H. Parizeau exprime sur ce point la pensée de T. Engelhardt (1986).

éthique » ; 2000 : 130). Ce faisant, l'éthique ne se situe pas dans un « ailleurs » au regard de la morale : elle peut l'englober – comme « système ou ensemble d'exigences morales » (Bateman-Novaes) – mais dépasse toutefois les préoccupations normatives de la morale, c'est-à-dire sa fonction de codification, d'édiction de règles. On retrouve ici l'idée d'une préséance de l'éthique, que résume bien T. Engelhardt en y ajoutant l'ouverture à la discussion, inhérente à l'éthique, pour laquelle, donc, « l'accord librement consenti peut s'établir soit sur des prémisses morales partagées sans qu'une justification générale ne soit donnée, soit sur des procédures de négociation du conflit » (Parizeau, 1996 : 158).

Avant de s'arrêter sur les principes qui gouvernent l'éthique, il est important de souligner que des contenus strictement équivalents peuvent renvoyer chez un auteur à la morale, chez un autre à l'éthique. Je pense ici à la nature soit déontologique de la « question morale », pour A. Fagot-Largeault (1997), soit téléologique de l'éthique, telle que la définit le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) (F. Zimmermann, 2000). La première parlera de la « morale du devoir » et de la « morale de la bienfaisance », alors que le second mentionnera des principes de « respect des personnes dans leur autonomie » et de « bienfaisance ou non malfaisance ». Cette dénomination différente de notions (morale/éthique) par ailleurs largement identiques dans leur contenu n'est pas anecdotique. N'oublions pas que F. Zimmermann évoque les travaux du CCNE, créé en 1983, et l'on imagine mal – il y a 20 ans pas plus qu'aujourd'hui – ce Comité s'appeler « de morale » et non « d'éthique ». J.-C. Sournia situe ainsi à l'après-1968 l'assimilation du terme de « morale » à celui de moralisation (d'« origine bourgeoise » précise-t-il), la notion d'éthique étant depuis lors préférée à celle de morale (1996 : 950).

Les notions d'éthique et de morale ne sont pas les seules à avoir vu leur champ d'application varier, dans le temps ou suivant les disciplines : c'est aussi le cas de celle de « déontologie ». Si l'on met de côté la morale déontologique (littéralement « du devoir ») se proposant de répondre à la question du « que devons-nous faire ? » (Fagot-Largeault, 1997 : 57), il est admis que le contenu de la notion de déontologie médicale a évolué depuis son apparition au 19^e siècle. Se cantonnant à l'origine à la régulation des relations entre médecins (la confraternité), elle a, avec la création de l'Ordre des médecins en 1945 et la promulgation du premier Code de déontologie en 1947, vu son domaine d'application s'étendre : s'y sont ajoutés les devoirs envers les malades, ou encore les exigences en matière de médecine sociale, qui en font une véritable « morale médicale » (Sournia, 1996 : 950). Pour J. Brunet-Jailly, ce qui est jeu c'est bien plus qu'une simple « extension de sens » pour reprendre l'expression de J.-C. Sournia (1996), dès lors que la déontologie, tout en « figeant à un moment donné une pensée éthique plus ou moins cohérente en règles juridiques de bonne conduite professionnelle », contient des principes qui peuvent être « contraires à [des] principes éthiques (par exemple certaines définitions de la liberté de prescription) » (Brunet-Jailly, 2001 : 104).

Cette remarque oblige à identifier avec plus de précision la place de la déontologie dans l'éthique, et en l'occurrence dans l'éthique médicale. A cet égard, on ne peut se contenter de voir dans la déontologie une simple formalisation de principes d'« éthique médicale » : tous ces principes ne s'expriment pas dans le code de déontologie qui lui-même, donc, ne s'en tient pas qu'à des principes d'éthique – comme l'indique la remarque précédente de J. Brunet-Jailly. Quels sont ces principes ? Relevant de trois niveaux, ils sont au nombre de quatre. Tout d'abord, l'éthique médicale renvoie à des niveaux de la pratique de la médecine tant individuels (tout ce qui concerne le contact avec le malade et les soins qui lui sont donnés), sociaux (dès l'instant où le médecin intègre le fait qu'aussi bien lui que son patient appartiennent à des entités collectives) que corporatifs (il est membre d'une profession qui a des règles, dont le Code de déontologie) (Sournia, 1996 : 947). A ces différents niveaux, les principes d'éthique susceptibles d'être mobilisés sont ceux de justice (que tout patient ait accès à des soins), de bienfaisance (que le médecin n'intervienne que dans l'intérêt du patient), de non malfaisance (que le médecin évite, lorsque cela est possible, de nuire au patient) et d'autonomie (que le médecin obtienne le consentement éclairé du patient et se plie à sa décision) (Brunet-Jailly, 2001 : 103-4 ; Massé, 2000 : 13). J'insiste sur le fait que ces principes, présentés ici en référence à l'éthique médicale, sont des principes généraux d'éthique. Par ailleurs, le contenu volontairement peu précis qui en est donné ici situe bien les possibilités d'interprétations et d'adaptations dont ces principes peuvent être l'objet, que ce soit selon les ressources du patient, son niveau de compréhension de la maladie ou encore les possibilités de traitement à disposition du médecin. C'est très exactement dans les modulations locales de ces principes – nouvelle illustration de la prégnance du singulier dans les pratiques – que se développe toute réflexion sur le relativisme éthique. De plus, le consensus sur ces formulations « minimales » des principes éthiques n'interdit pas leur hiérarchisation. Ainsi, entre tous, J. Brunet-Jailly met au premier plan celui de justice, « définie comme une chance raisonnable pour tous d'atteindre à l'égalité du bien-être » (104).

Découle de ces quelques remarques sur les définitions respectives de l'éthique, de la morale ou de la déontologie la position suivante : lorsqu'il sera question d'éthique – que ce soit « en général » ou dans les exercices de la recherche ou de la médecine –, ce sera en référence à des valeurs et des pratiques dynamiques, « ouvertes » et dans une certaine mesure relatives, quand bien même elles se réfèrent à des principes de morale codifiés. Ceci étant précisé, j'ajouterai que les interrogations sur les enjeux éthiques de la recherche – qui ont le plus fortement émergé dans le prolongement de la situation de non information des malades du sida rencontrés – ont progressivement été rapprochées d'exigences et de contraintes méthodologiques.

Approcher conjointement l'éthique et la méthode

Durant les premiers mois de la recherche menée auprès de personnes infectées par le VIH, les difficultés rencontrées lorsqu'il est apparu que certaines d'entre elles ne connaissaient pas leur statut sérologique étaient explicitement liées à la gestion médicale de l'information qui les concerne. Dans les Centres antituberculeux, les médecins faisaient ainsi le constat de la difficulté d'annoncer la séropositivité ... en l'absence d'information préalable du patient sur la nature du test effectué, justifiant notamment cette situation par l'organisation de la prise en charge du sida, à cette époque : ils mettaient en effet en avant l'attitude d'une équipe de médecins épidémiologistes, dépistant systématiquement les patients des CAT et qui, ne voulant pas voir leurs données biaisées par des refus de test, ne recueillaient pas le consentement du malade. Cette attitude, éthiquement contestable et épidémiologiquement dangereuse (un malade non informé de son test peut en refuser ou en contester les résultats, et à tout le moins prendre ses distances avec la structure sanitaire en question), exprime aussi les difficultés rencontrées par les médecins dans leur travail avec des personnes séropositives. Comme je l'ai dit, l'augmentation du nombre de consultations pour une tuberculose et le peu de temps consacré à chaque patient, l'absence de traitement efficace et abordable de l'infection à VIH et, en particulier en 1990-91, de suivi psychologique de la personne informée de sa séropositivité, mais aussi la peur des réactions du patient, marquent les relations entre le soignant et le patient autour de l'infection à VIH et confortent des options qui, dans le cas présent, ne respectent pas le principe éthique jugé universel que représente le recueil d'un consentement éclairé.

En s'inscrivant dans ce contexte de prise en charge du sida et de recherche épidémiologique auprès de patients séropositifs, il a donc fallu tout à la fois défendre des principes de recueil des données (suivre des patients pendant plusieurs mois, en dehors de la structure de soins) tout en demeurant modeste dans la définition et la mise en œuvre *a priori* et définitive de méthodologies d'enquête incontestables au regard de principes éthiques généraux. En effet, les choix initiaux effectués et censés gouverner les rapports de l'anthropologue avec les malades ne peuvent ignorer la situation dans laquelle se trouvent l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la structure de santé. En d'autres termes, il est essentiel de souligner le fait qu'un choix personnel, portant sur un petit nombre de patients, est aussi le fruit d'une situation d'ensemble (en l'occurrence les procédures de prise en charge en vigueur dans les CAT en 1990). Il est illusoire de vouloir isoler, dans le domaine de l'éthique, les dimensions personnelles et organisationnelles, celles de la recherche et de l'exercice de la médecine. Si l'on ne veut pas couper l'anthropologie des acteurs de la médecine et des structures de soins, la réflexion à engager nécessite une série de remises en questions tant pour le médecin (renouer avec un

véritable dialogue avec le patient, obtenir son consentement pour le test, l'informer des résultats quels qu'ils soient si le patient ne s'y oppose pas) que pour l'anthropologue (la position neutre et objective par rapport au sujet, parce qu'elle apparaît de plus en plus difficilement tenable, n'en devient-elle contraire à l'éthique ?).

Ces remises en question sont certes de nature éthique puisque les guide la limitation d'un préjudice porté au patient (qu'il puisse donner son accord à des interventions médicales dont les possibles effets lui auront été expliqués ; qu'il maîtrise lui-même la circulation de l'information sur son statut sérologique...). Mais elles sont, aussi, d'ordre pratique pour la médecine et méthodologique pour la recherche. C'est notamment le cas lorsque, face au nombre croissant de malades, les médecins sont contraints de consacrer moins de temps à l'information du patient et à l'annonce du diagnostic ; c'est aussi le cas lorsque, pour des raisons de « puissance statistique » (un nombre minimal de patients doit être inclus dans la cohorte, dans un temps relativement compté), la recherche épidémiologique peut être amenée à simplifier les procédures de recueil de consentement ; c'est enfin le cas dans la démarche longue et interpersonnelle de l'anthropologue qui, de fait, se place en position d'être confronté à des situations qui exigent des choix par rapport à un principe déontologique (par exemple, la non divulgation d'une donnée médicale). Un des choix effectués a donc été d'investir une position de médiateur entre le malade et les soignants. Comme je l'ai indiqué (chap. 2), cela m'a alors conduit – dans des conditions précises et exceptionnelles – à révéler leur séropositivité à quelques personnes côtoyées depuis des mois : choix qui m'est apparu impératif et finalement « éthiquement » acceptable parce que respectueux, d'une part, de la volonté des malades et, d'autre part, de mes options méthodologiques (être dans une position d'écoute, librement critique, des malades et du personnel de santé). Ce lien entre un principe éthique et une position méthodologique revient parfois à estimer qu'une recherche (pas uniquement sur le sida) n'est réellement respectueuse de l'éthique que si elle est méthodologiquement solide : je dirai, à tout le moins, qu'une recherche qui remet en cause ses exigences méthodologiques risque à terme de contrevenir à des principes éthiques.

Toute la difficulté consiste ici à délimiter avec précision les contraintes méthodologiques propres à l'anthropologie et à l'épidémiologie que ces disciplines doivent respecter, faute de quoi leur démarche et leurs conclusions seraient scientifiquement contestables et non reconnues par leur communauté respective de chercheurs. Sur cette question, il est indispensable de ne pas utiliser de prétextes méthodologiques pour développer des stratégies de recueil des données qui prennent des libertés avec le respect du consentement ou de la confidentialité. Il en est ainsi de la crainte de voir des patients refuser de participer à un suivi clinique et épidémiologique, compte tenu des contraintes de l'essai en question, et qui amènerait, insensiblement, à présenter la participation à l'étude sous des aspects moins contraignants qu'elle ne l'est en réalité. Cela ne constitue pas un

argument méthodologique solide. En premier lieu, l'épidémiologie ne travaille pas sur des populations exhaustives mais échantillonne les groupes auprès desquels l'étude va être menée. Se pose alors le problème de maintenir la représentativité de cet échantillon : s'il est exact que des refus successifs de personnes présentant un même profil socio-démographique ou clinique peut être, sur le moment, préjudiciable à la représentativité de l'échantillon, il reste toujours possible, avec le temps, d'obtenir l'accord d'un nombre suffisant de patients possédant ces caractéristiques. Pour ce faire, il importe de ne pas être contraint par un délai rigide dans cette phase dite d'« inclusion ». Contrainte qui n'est le plus souvent pas méthodologique et encore moins éthique², et – à ce double titre – guère acceptable : elle relève le plus souvent d'impératifs financiers (un allongement de l'étude étant synonyme de surcoût) ou de pressions liées à la compétition internationale entre équipes. L'imprécision du recueil de consentement dans le but de « gagner du temps » dans la phase d'inclusion des patients n'est donc pas méthodologiquement fondée : elle serait même contre-productive de ce simple point de vue méthodologique. Nous savons, en effet, les malades de plus en plus attentifs aux conditions de déroulement des essais thérapeutiques auxquels ils participent. Ils en viennent, en cours d'essai, à formuler des doléances pour partie justifiées au regard de ce qui est prévu dans le protocole de l'étude. D'autres exigences le sont moins, comme, par exemple, le souhait d'obtenir une prise en charge de leur conjoint ou de leur enfant malade. Dans un cas comme dans l'autre, les demandes ou récriminations des patients se développeront d'autant plus aisément – et de façon d'autant plus justifiée ne serait-ce que sur le plan des principes – que les informations données au moment de leur inclusion dans l'étude, pour avoir leur consentement, auront été peu à peu simplifiées. Le gain de temps obtenu dans la constitution de la cohorte risque par conséquent de se transformer en une perte de la qualité du suivi attendu du patient.

En somme, ce sont les positions méthodologiques les plus réfléchies qui se donnent les moyens de respecter tant les droits des malades à la confidentialité que leur consentement pour participer à une recherche :

2. Je rappellerai ici que, sous couvert de l'urgence à effectuer des recherches pour « intervenir » le plus rapidement possible sur les comportements sexuels ou pour venir en aide aux malades, ont été encouragées des études qui, *in fine*, apportaient fort peu d'informations fiables et, donc, occasionnaient une perte de temps au regard de l'application envisagée : je pense aux études selon des protocoles standardisés, qu'ils soient qualitatifs (de type « *Rapid assessment procedures* ») ou quantitatifs (« Relations entre partenaires » ou, dans une moindre mesure, « Connaissances, attitudes, comportements, pratiques »). Les premières ne retiennent de la démarche anthropologique que la réalisation d'entretiens approfondis (mais non répétés) et valorisent excessivement les « *focus groups* » (groupes de paroles autour de thèmes donnés) sur des sujets très personnels, tout ceci dans un temps extrêmement limité ; les secondes, dès lors qu'elles ne sont pas répétées, ne sont que de peu d'utilité pour ne serait-ce que mesurer quelques grandes évolutions de comportements ou de connaissances (Vidal, 1995-c).

lorsque le lien entre la méthode et l'éthique s'avère impossible à établir, c'est parce que de trop grandes libertés ont été prises avec l'une ou l'autre disposition. Ce constat vaut pour l'anthropologie en général, et mes travaux en particulier, et pas uniquement pour l'épidémiologie. En 1990, la seule possibilité existant en Côte d'Ivoire pour rencontrer des personnes séropositives était de travailler à partir d'une structure sanitaire. Les CAT ont été choisis, pour les raisons déjà mentionnées. L'accès aux dossiers médicaux a été accepté par les médecins. Le problème auquel j'ai été confronté de la non-information fréquente des patients de leur statut sérologique – quand bien même figurait dans le dossier médical la mention d'une « information donnée », c'est-à-dire, m'avait-on expliqué, d'une annonce effective de la séropositivité – s'est d'emblée posé en des termes conjointement éthiques et méthodologiques, et pourrait se résumer de la façon suivante : peut-on continuer à suivre des patients qui ne connaissent pas leur statut sérologique et qui, soit ont délaissé les mesures de prévention, adoptées un temps, soit demandent des explications sur la nature de leur maladie ? Ne plus les rencontrer aurait été une forme de rupture méthodologique (tant de patients ne seront plus vus, donc les données jusqu'alors recueillies auprès d'eux resteront incomplètes, peu exploitables dans une perspective anthropologique) mais aussi, simultanément, un recul face à l'implication critique qui doit guider les choix de l'anthropologue, relevant d'une éthique de la recherche sur le sida. Dans les situations d'observation et d'échanges que l'on expérimente, cela revient à se considérer comme un lien critique entre le discours médical et celui des malades. Par ailleurs, continuer un suivi de ces malades en laissant sans réponse certaines demandes d'information – directes ou plus voilées – contredirait le choix d'une relative proximité instaurée avec ces personnes : attitude contraire à une simple déontologie professionnelle et qui, à terme, nuirait à la qualité de la relation établie, donc à celle des informations recueillies pour, au bout du compte, marquer négativement la méthode développée dans cette recherche.

La nécessaire prise en compte simultanée des impératifs méthodologiques et éthiques trouve une autre illustration dans la recherche épidémiologique consacrée aux essais thérapeutiques – menés notamment en Afrique – sur la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ces essais ont déclenché au milieu des années 1990 une controverse dont voici les principaux éléments. En 1994, un essai thérapeutique, mené auprès de femmes enceintes dans des pays du Nord, a révélé l'efficacité de l'AZT pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Connor *et al.*, 1994) : dans le cadre d'un régime dit « long », il s'agissait de donner de l'AZT à la femme enceinte durant les 26 dernières semaines de sa grossesse et au nouveau-né pendant 6 semaines. Des équipes de chercheurs, partant du constat d'une forte transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays du Sud, notamment en Afrique, ont décidé de tester l'intérêt d'un régime thérapeutique avec de l'AZT mais adapté aux caractéristiques et aux contraintes de l'infection à VIH et de sa prise en

charge dans ces pays. A donc été imaginé un régime dit « court », plus compatible avec les moyens financiers des patientes, avec leurs démarches tardives vers les centres de Protection maternelle et infantile ainsi qu'avec leurs profils clinique et biologique. Le principe de concevoir un traitement préventif adapté n'a pas été en lui-même contesté sur le plan éthique. La polémique s'est en revanche installée lorsque les chercheurs ont mis en place des essais où, pour mesurer l'efficacité de ce régime « court », ils ont choisi de suivre deux groupes de femmes enceintes séropositives, le premier recevant de l'AZT, le second un placebo. L'explication avancée est alors que seule cette comparaison permet d'avoir une réponse scientifiquement valide à la question de savoir si un régime « court », adapté aux contextes locaux et donc généralisable à un grand nombre de pays en voie de développement, est ou non efficace, et si oui, dans quelle proportion par rapport à l'absence de prise d'AZT (d'où la nécessité de constituer un « bras » placebo, c'est-à-dire un groupe de patients recevant un placebo). Quelques mois après le lancement de ces essais, des voix se sont élevées pour juger contraire à l'éthique ce type de protocole de recherche, en expliquant – principalement – que l'on connaît l'efficacité de l'AZT (faisant référence ici au régime « long » testé dans les pays du Nord) et que, si l'on veut tester un régime plus adapté aux patientes d'Afrique, il n'est pas acceptable de constituer et de suivre un groupe qui ne recevra aucun médicament... alors que l'AZT est disponible (Lurie & Wolfe, 1997). Une autre option méthodologique est alors proposée : comparer le régime « long » au régime « court », et non ce dernier à un placebo. Le débat agite les associations de lutte contre le sida, le milieu des journalistes spécialisés et les revues médicales les plus prestigieuses, dans un contexte où ces essais réalisés en Afrique ont reçu les agréments de comités d'éthique et d'instances scientifiques.

Il serait bien trop long de détailler ici les arguments des uns et des autres³ mais il est aisé de voir qu'ils se cristallisent autour de l'idée de l'adaptation de principes (éthiques ou méthodologiques) ou d'acquis (de la connaissance scientifique) à des réalités et à des questions précises de recherche. Les défenseurs de ces essais lient explicitement les enjeux méthodologiques et éthiques suivant le principe que si l'on mène une recherche ne se donnant pas les moyens de répondre à la question qu'elle a posée, on s'inscrit alors d'emblée dans une démarche contraire à l'éthique. Or comparer le régime « long » au régime « court » n'aurait pas permis de mesurer l'efficacité du régime « court », qui, en toute rigueur, ne peut l'être que dès lors que le point de comparaison est constitué par les patients non traités : ce faisant, un lien fort est posé entre un principe méthodologique universel (pouvoir répondre à la question posée) et la prise en compte de spécificités « locales » (l'élaboration du régime

3. Lurie et Wolfe (1997), opposés à ces essais, et Halsey (1997) les défendant, en donnent un juste résumé. On peut aussi se reporter à la présentation générale qu'en ont fait, plus récemment, Rothman (2001) et Chevassus-au-Louis (2001).

« court »). Dès lors – et c'est là un point central dans l'argumentaire des défenseurs de ces essais – ce qui est éthique n'est pas uniquement ce qui est scientifiquement et méthodologiquement rigoureux : c'est aussi ce qui peut se traduire dans les faits, c'est-à-dire, dans le cas présent, permettre à des femmes infectées d'accéder à ce type de traitement. Finalement, l'impératif éthique de « répondre à la question posée » se prolonge en nécessité de pouvoir faire effectivement bénéficier le plus grand possible de personnes des résultats obtenus. Le lien entre méthode et éthique est alors une autre expression du lien entre principe et pratique, fondateur de toute réflexion ou de toute action désireuses de s'inscrire dans le cadre de l'éthique.

La liaison qui doit s'établir entre l'éthique et la méthode, en évitant de subordonner l'une à l'autre au risque de nuire à l'une *et* à l'autre, introduit à deux discussions théoriques essentielles. Tout d'abord, c'est le rapport de l'universel au local et, partant, au culturel qui est ici soulevé. La liaison effectuée entre les choix méthodologiques et éthiques suggère en effet que le respect de principes intangibles (recueil d'un consentement informé et non contraint ; garantie de la confidentialité) va de pair avec des adaptations aux situations rencontrées dans l'exercice quotidien de la recherche : c'est précisément lorsque l'anthropologue ou l'épidémiologiste n'ajustent pas leurs pré-requis de recherche aux « réalités de terrain » que le travail engagé conduit à une impasse méthodologique et à des contradictions éthiques. Adaptation qui ne signifie pas abandon de la démarche qualitative, de l'observation des interactions pour l'un, du respect de la représentativité, de la « puissance statistique » des données compilées, pour l'autre ; ceci pas plus qu'elle ne signe un délaissement du rapport de confidentialité instauré avec le malade ou un affaiblissement de la procédure de recueil du consentement, puisque que c'est très précisément la situation inverse que l'on encourage à travers ce processus d'adaptation – dont les enjeux plus spécifiquement en matière d'éthique sont décrits dans le chapitre suivant.

Objectifs et moyens de l'application

Second enjeu théorique introduit par cette discussion sur les rapports entre méthode et éthique, la réflexion sur l'application et l'implication dans l'anthropologie, trouve ici des éléments d'illustration. A l'instar de ce qui vient d'être précisé pour la méthodologie, je dirai que les objectifs d'application de la recherche (ou d'implication du chercheur) ne peuvent être tenus qu'à partir d'un respect d'options méthodologiques constitutives de la discipline. L'adaptation de ces choix méthodologiques aux situations rencontrées quotidiennement ne peut être un reniement de la démarche inscrite dans la durée, d'entretiens et d'observations répétés et appro-

fondis : l'anthropologie – comme l'épidémiologie – est aussi une méthode. Dès lors, en contester les éléments centraux c'est, d'emblée, se priver des moyens d'une application ou d'une implication. G. Lenclud défend une position voisine lorsqu'il estime qu'« il n'est pas admissible, d'un point de vue logique, de décider de l'extériorité épistémique de l'application par rapport au savoir dont elle est issue » (Lenclud, 1995-a : 53). En somme l'application pas plus que la méthode par extension ne sont isolables de la science dont elles découlent ; aussi, selon la métaphore pasteurienne rapportée par G. Lenclud, « la science et les applications de la science sont liées entre elles comme le fruit et l'arbre qui l'a porté » (*ibid.*). La question n'est donc pas uniquement de savoir comment répondre – en tant qu'anthropologue – à une « demande sociale »⁴, ni comment s'impliquer dans les décisions prises ou, à une autre échelle, dans les rapports entre malades et soignants. Il s'agit, aussi et surtout, d'être précis sur le contenu, la nature de ce que l'on se propose d'appliquer, de « transférer » ou, encore, sur l'objet de l'implication du chercheur, si tel est l'objectif visé. Prétendre le contraire c'est estimer, *a priori*, que tout ce dont traite l'anthropologie est applicable. Or, de même que tout objet ne peut donner matière à une application, tout objet ne relève pas nécessairement d'un questionnement anthropologique. Doit-on en déduire – à l'instar de G. Lenclud – qu'il y a des objets propres à l'anthropologie appliquée qui ne sont pas des objets anthropologiques (1995-b) ?

D'ores et déjà, on peut proposer un certain nombre de remarques sur les exigences méthodologiques des disciplines visant un objectif d'« application ». Dans les recherches sur le sida, nous sommes fréquemment confrontés à des travaux qui, sous un label sociologique ou anthropologique, proposent des « compositions méthodologiques », où des entretiens approfondis – mais guère répétés et encore plus rarement associés à la moindre observation – sont effectués auprès d'un nombre de personnes relativement important, de façon à donner l'illusion d'un échantillonnage. Lorsque l'on affirme, à juste raison, que ni l'anthropologie, ni l'épidémiologie ne peuvent se retrouver dans ces démarches, c'est bien parce que l'on est alors en présence d'une contradiction, d'une disjonction entre les questions posées par le chercheur, les méthodes mises en œuvre pour y répondre et la nature des conclusions dégagées. Toute application des résultats obtenus est, en ce sens, vaine. Je prendrai l'exemple des études consacrées aux itinéraires thérapeutiques. Dans un premier cas de figure – et on parlera alors plus de « recours aux soins » –, une démarche de type socio-économique, pouvant être corrélée au relevé de données épidémiologiques (nature des épisodes de maladie, prévalence du VIH ou des MST...), est adoptée : un échantillon de consultants de structures de soins ou de personnes issues de la « population générale »

4. Notion convenue mais floue : on admettra volontiers, avec G. Lenclud, qu'il s'agit là d'une « invention conceptuelle de gestionnaire » et que « pas plus que les institutions ne pensent, une société ne demande » (1995-a : 57).

est constitué et un questionnaire administré. Les tendances qui se dégageront de l'analyse, notamment en matière d'« accessibilité » (géographique, financière...) des soins de type moderne, pourront guider l'effort ultérieur d'application de certains résultats. L'adéquation entre les questions posées et les méthodes mises en œuvre a constitué ici un préalable pour ne serait-ce qu'envisager l'application de la recherche.

Il en est de même lorsque l'anthropologie s'intéresse aux itinéraires thérapeutiques. Nous connaissons leur complexité, qui révèle des processus de cumuls ou d'association de recours (puisant dans les registres dits « modernes » ou « traditionnels »), ceci, au point de remettre en cause la pertinence des catégories de médecine « moderne » et « traditionnelle » (Vidal, 1992-a ; 1996-a). Les malades décrivent, en effet, dans leurs démarches à la recherche de soins, non pas tant deux « médecines » mais des séries de recours (l'hôpital, le centre de santé de proximité, le guérisseur du quartier, l'automédication...) qui répondent, suivant la maladie et à un instant donné, à une demande précise (résorber la souffrance en tenant compte d'une contrainte financière plus ou moins forte ; avec un désir plus ou moins marqué de connaître la nature ou l'origine de sa maladie ; avec la volonté plus ou moins affirmée de garder confidentiels vis-à-vis de son entourage cette démarche ainsi que le traitement obtenu). Ces informations n'émergent qu'au terme d'un travail qui oblige le chercheur (et non un enquêteur) à instaurer des relations longues avec les malades, de façon à pouvoir revenir régulièrement sur les événements passés de recherche de soins et suivre, « en temps réel », les motivations et les choix de la personne, lorsque survient une maladie. Aucune autre démarche ne permettra de décrire le contenu, la forme et les objectifs des itinéraires thérapeutiques passés et actuels, dans les croisements d'intérêts (personnels, familiaux) qui les caractérisent. De ce point de vue, les choix méthodologiques qui, sous prétexte de satisfaire aux exigences de l'anthropologie (ou de l'épidémiologie), simplifient leurs démarches invalident *ipso facto* les résultats obtenus, notamment dans leur perspective d'application.

La question suivante reste alors ouverte : aux conditions méthodologiques et compte tenu des exigences éthiques évoquées précédemment, comment pourrait et devrait se développer une anthropologie qui – dès le départ ou au cours de sa démarche – viserait un objectif d'application ou d'implication ? En réponse à cette interrogation générale, trois suggestions générales peuvent être déclinées : une anthropologie ne sera applicable ou ne pourra répondre à un souhait d'implication du chercheur que si elle s'inscrit dans une démarche de recherche fondamentale ; le principe d'engager une recherche anthropologique ayant des visées d'application ne doit pas ignorer la pertinence d'une anthropologie qui se donne et conserve les moyens de devenir applicable *au cours* de son exercice ; enfin, appliquer les résultats de la recherche, ou faire le choix d'une implication, suppose d'adopter une position de médiation, qui peut, en retour, modifier les caractéristiques anthropologiques du travail mis en œuvre.

La première proposition mentionnée a trouvé ci-dessus une illustration avec les « compositions méthodologiques » qui, à l'intersection de l'anthropologie et de l'épidémiologie, donnent des résultats d'une relative pauvreté, tant en matière de connaissance d'un phénomène que dans la perspective de leur application. Ce constat peut être généralisé en remarquant que l'objectif d'application des analyses produites ne sera pas tenu, non seulement si la méthodologie est inadaptée aux questions posées (voir l'exemple des itinéraires thérapeutiques), mais aussi dès lors qu'il n'existe à l'origine aucune démarche de recherche fondamentale. Réciproquement, et afin de bien souligner l'interdépendance entre les deux positions, on conviendra avec J.-L. Amselle que « loin d'être un obstacle à l'épanouissement de la recherche fondamentale, la recherche appliquée [en est] au contraire, l'aiguillon » (2001 : 112). La garantie de pouvoir envisager l'application ultérieure des analyses passe par la définition d'un programme de recherche qui a une pertinence scientifique forte et non uniquement un enjeu pratique : ce fut nettement le cas dans le choix de travailler sur des rituels de possession dans un espace culturel où ils ne l'avaient pas été, permettant de développer une réflexion sur les modalités et les enjeux de la diffusion de pratiques et de savoirs religieux. Ne développer une recherche que parce qu'elle semble répondre à une « demande sociale » représente rarement un gage de pouvoir mener des analyses applicables. Le problème soulevé ici relève d'une forme d'évidence anthropologique : que l'anthropologue désire répondre à une interrogation pratique précise (par exemple, pourquoi un nombre conséquent de tuberculeux arrivent aux centres antituberculeux dans un état de santé fort dégradé ?) peut naturellement se concevoir ; mais l'enjeu est alors de rapporter cette question, de l'insérer dans des préoccupations anthropologiques plus fondamentales (les déterminants sociaux ou culturels du recours à un centre de santé ; les représentations de la médecine moderne et de la tuberculose...) et de traiter avant tout ces dernières⁵.

Est aussi en jeu la capacité de l'anthropologue à effectuer un travail réflexif sur les concepts qu'il mobilise ou qu'il rencontre dans la littérature scientifique consacrée à ses préoccupations de recherche. En effet, dans ce souci d'une recherche fondamentale comme condition d'une application, nous devons inclure le travail qui consiste à replier les expressions et les concepts récurrents – notamment dans les documents des agences de développement, en principe particulièrement désireuses d'adopter des stratégies d'application, d'« action ». Étudier les fondements historiques et politiques de ces concepts, leurs champs sémantiques actuels et passés, n'est pas faire œuvre théorique éloignée des questions

5. M. Augé va ainsi jusqu'à estimer qu'en réduisant l'anthropologie à « l'ensemble des démarches finalisées qu'elle autorise », il y aurait le risque de « tuer la fécondité de la discipline, en ne portant intérêt qu'à certaines de ses conséquences possibles » (1994 : 127).

pratiques posées par le « terrain ». D. Terré estime même que toute science qui ne se soucie pas de la « méthodologie de construction de ses concepts » tend à l'irrationnel (1998 : 3-4) : il semble à tout le moins qu'investir ce débat conditionne toute anthropologie appliquée. Débat qui place en son centre l'étude des représentations scientifiques, institutionnelles et politiques des concepts utilisés pour rendre compte des pratiques sociales et, partant, de la « demande sociale » à laquelle on se prévaut de répondre lorsque l'on met en avant l'impératif d'application.

Le deuxième point sur lequel il convient de s'arrêter concerne le préalable de l'application dans la démarche anthropologique. On observe une tendance – qui relève d'une forme de dogme des sciences investies dans les « questions de développement » – à ne parler de recherche qu'en termes de « recherche appliquée », voire même de « recherche-action » : ceci au point de qualifier une recherche plus par ses objectifs d'application et d'intervention que par les questions qu'elle souhaite aborder. Cet *a priori* d'application comporte une double handicap : d'une part – nous l'avons dit – il s'interdit toute réflexion préalable sur la définition de l'objet et, d'autre part, il ne se donne pas la latitude de définir de nouveaux lieux d'application de la recherche durant le déroulement même de cette dernière. A cet égard, la question n'est pas tant de poser comme intangible et premier le principe de l'application, que d'admettre qu'une recherche puisse attendre d'être engagée pour définir ses objectifs d'application ou en ajouter de nouveaux à ceux qu'on aura identifiés dès le départ. Ce n'est là que la conséquence du constat, régulièrement effectué, d'une recherche qui intègre dans sa démarche la possibilité d'adaptations intermédiaires, de reformulations de ses objectifs : il n'y a pas d'argument d'expérience permettant d'exclure de ces redéfinitions d'objectifs celui relatif à l'application. Ces considérations ne visent pas à discréditer ou confiner dans l'accessoire le souhait de voir les résultats de sa recherche appliqués : le propos est au contraire de situer les conditions d'une application de la recherche au centre d'une démarche anthropologique, où la prise en compte des « éléments de contexte » suppose, notamment, une attention aux concepts employés et accepte des réorientations de l'étude dans des directions non prévues dans un premier temps.

Dans la troisième et dernière proposition mentionnée, l'attitude de médiation que doit adopter l'anthropologue engagé dans une recherche qui vise une application, ou dans une étude qui conduit à une forme d'implication, se situe à divers niveaux. Il s'agit d'une médiation entre les personnes ou institutions dont les comportements ou les stratégies conduisent le chercheur à s'impliquer mais, aussi, d'un travail de médiation entre les données de terrain, leur mise en forme dans un texte anthropologique et leur présentation en termes de recommandations potentiellement applicables. Les dilemmes et questions soulevés par le choix de l'implication, notamment sur des « terrains » dangereux où des conflits se développent, ont largement été commentés (Agiar, 1997). Je voudrais

toutefois revenir sur une situation propre aux recherches dans le domaine de la santé : le fait de ne pas être médecin mais de voir son travail perçu comme relevant d'une activité médicale, avec les risques de malentendus et d'exigences infondées que cela engendre. Le malade, surtout s'il est rencontré à partir d'une structure sanitaire, tend ainsi à assimiler l'anthropologue à un « médecin », catégorie générale qui désigne ici toute personne intervenant dans la délivrance de soins. Que l'anthropologue soit amené à « faire le médecin » dans son travail quotidien n'est en soi pas une situation inédite. Il n'est pas nécessaire de travailler sur des questions relatives à la santé pour en faire l'expérience. En revanche, une ambiguïté se crée dès lors que l'assimilation de l'anthropologue à un « médecin » découle – effectivement – de sa présence auprès de personnes qui souffrent ou ont connu une souffrance, ceci dans le but d'évoquer avec eux cette souffrance. Confronté à des situations de ce type, j'essayais de leur délivrer des conseils, de les rassurer, parfois de leur venir en aide... tout en leur répétant, à l'occasion, que je n'étais pas médecin et en les encourageant par conséquent à aller consulter dans un Centre anti-tuberculeux, un hôpital ou un dispensaire. J'endossais finalement certains des attributs du médecin, de l'infirmier, voir, de l'assistant social (écouter, conseiller, aider), tout en « refusant », naturellement, d'être assimilé au corps des soignants.

Position logique et inévitable, pourrait-on dire, mais qui dans le même temps définit sous un angle spécifique la situation de médiation que l'anthropologue désire occuper. Il n'est alors plus envisageable de prétendre conserver une distance qui place celui-ci à mi-chemin des préoccupations du malade et de celles du soignant : suivant les circonstances, j'ai été renvoyé tantôt à une fonction médicale, tantôt à un statut de familier, de proche du malade, mais rarement à celui d'observateur/interlocuteur pouvant prétendre se situer à égale distance de ces deux figures. Nous n'avons là que la confirmation du leurre de la neutralité de l'anthropologue, qui n'existe probablement que dans une conception idéalisée de la relation aux autres, malade d'un côté, institution médicale de l'autre. La position tenue lors de l'étude des rituels de possession ne fait, à cet égard, pas exception. Si je tentais de répondre aux demandes qui m'étaient formulées (aides de diverses sortes), en essayant de ne pas créer, dans le choix de leurs destinataires du ressentiment, le simple fait que je m'intéresse aux pratiques des *zima* rompait toute neutralité : n'oublions pas que les musulmans, qu'ils soient indifférents ou critiques vis-à-vis de ces pratiques, étaient majoritaires dans les lieux où j'ai mené mes enquêtes et que, de ce point de vue, je me rangeais du côté des tenants de « pratiques païennes » (ceci nonobstant une autre réalité, qui est que ces mêmes *zima*, et à plus forte raison les simples « chevaux » de génies se disaient *eux aussi* musulmans).

Si je reviens aux études menées en milieu médical, l'oscillation permanente entre deux images, entre deux proximités (malade/soignant), favorise l'objectif de médiation et donc d'implication qui suppose une

relative malléabilité de l'attitude du chercheur en présence d'une personne souffrant d'une maladie longue, comme le sida. C'est très précisément parce qu'ils avaient la possibilité de me solliciter, alternativement, comme « médecin » ou comme proche, que les malades suivis durant des mois m'ont permis d'envisager la position de médiation évoquée ici. Faute d'une appréciation fluctuante de mon rôle, j'aurais été cantonné dans une fonction soit d'écoute, soit d'interrogation, soit de conseils de tous ordres, soit d'aide, mais jamais dans l'une *et* l'autre.

J'ai occupé une position somme toute comparable à celle des acteurs de la recherche médicale. Avec les médecins des centres antituberculeux et les chercheurs – épidémiologistes et médecins – intervenant dans ces structures, l'image récurrente de l'anthropologue⁶ qui travaille auprès de malades est largement composite. Le scientifique, le « pair » qui produit rapports et articles « savants » et qui intervient dans les mêmes conférences qu'eux est – aussi – perçu comme un chercheur manipulant des thèmes, des théories et des méthodes qui leur sont relativement étrangers. Proximité illusoire, donc, qui cristallise les débats autour des méthodes employées. Je me réfère ici, notamment, au souhait de chercheurs épidémiologistes que je ne rencontre pas les malades participant à leur cohorte de patients tuberculeux séropositifs. Ceci de façon à ne pas perturber la constitution et le déroulement de cette cohorte. Que je prévoie de travailler avec un nombre restreint de malades et que, surtout, je n'envisage pas de les effrayer au point qu'ils décident de renoncer au suivi médical et biologique de l'équipe d'épidémiologistes ne constituaient pas à leurs yeux des arguments recevables. Il leur était presque « culturellement »⁷ inimaginable qu'une personne étrangère à leur équipe puisse, aussi, avec ses méthodes propres, travailler auprès de « leurs » malades. Cette décision est révélatrice de la confusion de l'image de l'anthropologue chez certains chercheurs du monde médical. Confusion en partie nourrie, dans cet exemple, par des choix méthodologiques⁸ : rencontrer régulièrement des malades, à leur domicile ou ailleurs, mais si possible en dehors de la structure de soins, de façon à aborder divers aspects de leur vie. Les réticences manifestées renvoyaient insensiblement à la démarche

6. Il est bien évident que cette expérience personnelle est relativement commune et partagée par nombre de collègues ayant mené des recherches en anthropologie de la maladie ou de la santé.

7. Au sens où l'entend G. Lenclud, qui définit une « culture disciplinaire » par un principe d'« appartenance », impliquant un « partage relatif » (de savoir, d'habitudes...) et se reproduisant de ce fait par l'« exclusion » (1995-b : 68).

8. Des choix thématiques peuvent aussi générer un scepticisme chez certains soignants : je pense ici à la volonté d'étudier au plus près les pratiques de diagnostic ou de traitement d'une maladie. D'une part, se trouve là remise en question l'image de l'anthropologue travaillant sur des « populations » et sur leurs représentations et comportements et, d'autre part, est appréhendée avec méfiance l'intrusion d'un non médecin dans des activités médicales. Positions de recherche dont il faut alors constamment rappeler à ces soignants qu'elle n'est ni un jugement, ni un « audit » de leur pratique.

anthropologique auprès de malades. En d'autres termes, alors qu'un chercheur en sciences sociales utilisant des outils quantitatifs, donc des questionnaires susceptibles d'être « passés » au sein même de la structure de santé et avec l'aide de l'équipe de recherche déjà en place, serait plus aisément accepté, un anthropologue choisissant d'inscrire son travail dans la durée et de suivre des personnes en nombre limité, en dehors du cadre médical, acquiert d'emblée une autonomie d'autant moins acceptable qu'elle empiète sur des prérogatives théoriquement médicales (rencontrer les malades, être à leur écoute, leur donner parfois des conseils de prévention ou les orienter dans leurs soins, s'ils en font la demande).

S'agissant maintenant des médecins praticiens avec lesquels cette recherche a été discutée, et non plus uniquement des chercheurs de disciplines médicales, ils exprimaient leur intérêt pour les objectifs de la recherche anthropologique envisagée. Ils apparaissaient ainsi soucieux de comprendre, par exemple, les parcours thérapeutiques des malades, leurs motivations et, de là, les représentations qui les fondent. Ceci de façon à expliquer, soit les arrivées tardives dans les Centres antituberculeux, soit les abandons de traitement, soit les refus de suivre les conseils donnés en matière de prévention de la transmission de la tuberculose ou du VIH. Indissociables de ces marques d'intérêt, pointaient néanmoins des interrogations sur la validité scientifique des analyses qualitatives, produites à partir du suivi d'un nombre de patients qui n'est pas représentatif en termes statistiques de l'ensemble des malades du CAT. Ces remarques récurrentes n'empêchaient cependant pas, en elles-mêmes, d'échanger sur les objectifs de la recherche ou sur les résultats obtenus : elles obligeaient seulement à un effort pédagogique répété sur les apports potentiels de la démarche anthropologique. Finalement, les propositions d'application des résultats n'achoppaient pas directement sur la question de la pertinence scientifique de la démarche ou de la solidité des résultats obtenus mais sur le degré de remise en cause de l'organisation de leur travail. Je fais ici référence au constat effectué d'un délai important entre la réalisation du test de dépistage – le jour où le patient se présente pour la première fois au Centre anti-tuberculeux – et l'information (théorique) qui lui est donnée sur le résultat de ce test, deux mois plus tard. Durée bien supérieure au délai nécessaire pour réaliser l'analyse biologique en laboratoire (de l'ordre de 2 à 3 semaines à cette époque) mais qui s'expliquait, simplement, par la convocation habituelle du malade – dans le cadre du suivi de son état de santé – au terme des deux premiers mois du traitement antituberculeux. Il m'apparaissait alors que disposer du résultat du test et attendre près d'un mois et demi pour le délivrer constituait une « perte de temps » dans une démarche de sensibilisation du patient à l'adoption de mesures de prévention de la transmission du VIH, que ce dernier soit ou non séropositif. Quitte à le savoir, autant l'apprendre le plus tôt possible.

Cette proposition s'est heurtée à deux types d'arguments, aucun d'eux ne se fondant toutefois sur une remise en cause de la nécessité d'informer rapidement le patient sur son statut sérologique. Tout d'abord était avancé

un argument de type organisationnel : informer le patient lors de la troisième semaine de traitement anti-tuberculeux obligerait à créer une consultation non prévue entre la première et celle qui intervient à la fin du second mois. Le manque de personnel, confronté à un nombre croissant de patients – s'expliquant, notamment, par l'infection à VIH qui accroît le risque de développer une tuberculose – ne plaiderait pas en faveur d'une nouvelle consultation. En second lieu, les médecins, tout en étant conscients de l'inconvénient d'une information tardive du patient sur son statut sérologique, estimaient que, lors de la consultation du deuxième mois, il serait plus aisé d'associer une « mauvaise nouvelle » (la contamination par le VIH) à une « bonne nouvelle » (la nette amélioration de son état de santé, grâce au traitement anti-tuberculeux). Derrière le conservatisme qu'expriment ces deux arguments, se manifeste l'attachement du médecin à la définition et à la maîtrise des priorités dans son travail de prise en charge des malades : ce sera d'abord celle de la tuberculose, avant celle du sida. La difficulté à laquelle s'est ici heurtée ma proposition ne peut se réduire à une simple contradiction entre un principe et une réalité : nous sommes plus exactement en présence de deux lectures de ce que pourrait être la prise en charge de patients tuberculeux infectés par le VIH. Mais – et c'est qui me paraît devoir être souligné – chacune de ces lectures, qu'elle mette l'accent sur le sida pour l'une ou sur la tuberculose pour l'autre, exprime en filigrane les positions disciplinaires des acteurs.

L'anthropologue comme le médecin plaident en effet tous deux pour une amélioration de la prise en charge du patient mais en mobilisant des arguments pas nécessairement recevables à l'optique disciplinaire de l'autre. Et s'agissant de l'application de l'anthropologie à des actions de santé, les limites auxquelles touchent les propositions de l'anthropologue ne sont pas uniquement celles du réalisme ou du pragmatisme, ce sont aussi celles posées par les représentations médicales de la tuberculose (curable, contagieuse) et du sida (incurable, voire chronique). En retour, ces représentations se heurtent, aussi, aux représentations anthropologiques du sida ou de la tuberculose, et qui révèlent un attrait pour les conséquences individuelles et sociales de l'attente du résultat sérologique, les formes de gestion de l'information sur la maladie, ou les modifications de comportements suite à la révélation du statut sérologique. Si une des difficultés de l'application trouve son origine dans ces délicats échanges entre représentations, l'anthropologie doit alors avant tout travailler à faire admettre, par exemple, que les discours et pratiques des malades, recueillis et analysés avec les outils de l'anthropologie, ont une valeur et un intérêt réels non seulement en eux-mêmes – ce qu'admettent soignants et chercheurs des sciences biomédicales – mais aussi pour pouvoir modifier certaines pratiques médicales.

Entre universel et culturel

Les rapports entre disciplines évoqués dans les pages précédentes à travers leurs enjeux notamment éthiques sont fortement tributaires de l'objet dont elles traitent : en l'occurrence l'infection par le virus du sida, même si des constats analogues sont possibles pour les prises en charge du paludisme et de la tuberculose. Entité médicale, sociale, tout autant que politique (Fassin, 2000 & 2001), le sida se trouve depuis vingt ans au cœur d'un savoir scientifique pluriel. S'agissant plus particulièrement du savoir biomédical sur le sida, son inscription dans la durée, ainsi que la diversité des objets dont il traite et des milieux dont il tire ses données, conduit à s'interroger sur son caractère universel. Une formulation équivalente de ce questionnement consisterait à se demander comment opère la « culturalisation » des éléments de ce savoir. Vaste entreprise que je voudrais ici approcher par la place conférée à la « culture » dans les interprétations biomédicales – et plus largement scientifiques – relatives à la diffusion ou à la maîtrise de l'infection à VIH : sera alors de fait interrogée la construction de l'objet-sida par une discipline – l'anthropologie – précisément attendue pour éclairer les « dimensions culturelles » de ce problème de santé publique. Dans un second temps, je soumettrai cette question de la culturalisation, et donc du relativisme culturel, à celle de l'éthique – repérée cette fois-ci dans des objets de réflexion (l'information sur la séropositivité), au-delà donc de ses expressions concrètes dans la recherche, évoquées au chapitre précédent.

Travers culturalistes, pertinences du social

Les écueils de certaines analyses culturalistes du sida en Afrique sont essentiellement de deux ordres (Vidal, 1995-a ; 1996-a) : une occultation des véritables facteurs explicatifs de la situation du sida et une désignation abusive – le plus souvent négative, mais pas uniquement – des sociétés africaines à travers leurs cultures. La question de la circoncision constitue dans la littérature spécialisée sur le sida, un thème de discussion récurrent, et emblématique d'un processus de culturalisation inacceptable

du sida en Afrique. Au début des années 90, l'épidémiologie propose une interprétation contrastée du rôle de la circoncision dans l'infection par le VIH. Pour certains, le lien statistique entre circoncision et moindre contamination est attesté, pour d'autres il ne l'est pas (Ferry, 1999) ; toujours est-il qu'on ne sait réellement « si la circoncision a un effet direct dans la transmission du VIH, ou indirectement à travers par exemple son rôle protecteur vis-à-vis des MST ulcéraives » (Ferry, 1999 : 249). Ces incertitudes sur l'importance de l'« effet circoncision » en tant que tel et, au regard d'autres facteurs, sur la réduction de la transmission du VIH, n'empêchent toutefois pas le développement d'analyses culturalistes : la circoncision est d'emblée posée comme une pratique culturelle (ce qui reste à démontrer), donc on peut délimiter des cultures « à risque » (celles qui ne pratiquent pas la circoncision) et les marquer spatialement à travers une cartographie de la « ceinture » de la circoncision (Caldwell & Caldwell, 1993). De même qu'il existe de « bonnes » et de « mauvaises » pratiques médicales, de « bonnes » et de « mauvaises » cultures se voyaient alors désignées. Ceci dans l'occultation totale des conditions de cette pratique, de l'hétérogénéité de sa diffusion spatiale et du rôle d'autres facteurs susceptibles d'expliquer une prévalence plus élevée du VIH dans les populations qui n'y ont pas recours.

Récemment, des études épidémiologiques ont permis d'avancer dans la compréhension de l'association entre circoncision et moindre risque de transmission du VIH. Tout d'abord, de façon plus systématique que l'absence de circoncision, l'herpès est nettement associé à une forte prévalence du VIH (Buvé *et al.*, 2000-a) ; la fonction protectrice de la circoncision est, elle, attestée en certains endroits, moins dans d'autres (Buvé *et al.*, 2000-b). De ces études épidémiologiques et cliniques on peut conclure que l'effet de la circoncision dans la réduction du risque de transmission du VIH – vers lequel convergent les analyses – « ne serait pas dû aux facteurs culturels ou comportementaux auxquels elle serait associée » (Weiss & Lagarde, 2000). Une association statistique ne signifie pas une relation de cause à effet, tant interviennent d'autres facteurs : c'est là très exactement le contraire des premières simplifications culturalistes qui est donc proposé. Au-delà d'une religion ou d'une « culture » données, ce sont des âges au premier rapport sexuel ou au mariage, la présence d'autres MST (au premier rang desquelles l'herpès) qui sont – épidémiologiquement mais aussi sociologiquement parlant – déterminants. L'identification initiale de « cultures de la circoncision » a donc participé d'une forme de culturalisation du sida, certes hâtive et guère fondée mais qui, d'une certaine façon, prétendait valoriser les cultures pratiquant la circoncision¹.

1. Reste en suspens une question essentielle : même si l'on se fonde sur les récentes études épidémiologiques qui affinent le rôle de la circoncision dans la protection contre le VIH, quelle mesure de santé publique peut être raisonnablement promue ? Comment inciter des populations à dorénavant pratiquer la circoncision ? Une solution consisterait,

Le résultat de lectures culturalistes de cette maladie est en revanche inverse lorsqu'il est question du lévirat, de la polygamie, du recours aux coiffeurs ou coupeurs d'ongles dits « traditionnels » ou, enfin, de l'utilisation du préservatif. La pérennisation de ces pratiques ou, pour la protection des relations sexuelles, leur difficile adoption ont longtemps été présentées comme des expressions archétypales de cultures africaines potentiellement à risque et exposées au sida. Que le débat sur le lévirat soit nuancé (d'une part, le véritable enjeu est celui de l'accès au test et de l'information sur la prévention du sida ; d'autre part, des anthropologues ont insisté sur l'importance pour la femme dont le mari est décédé – notamment du sida – de rester dans le groupe familial alors qu'un abandon du lévirat serait une démission en matière de prise en charge familiale de la femme infectée, avec le risque, nullement écarté, qu'elle transmette le VIH à d'autres partenaires (Taverne, 1996 ; Le Palec, 1999) ; qu'aucune prévalence plus élevée n'ait été repérée dans les couples polygames que dans les couples monogames (sachant que la question essentielle est la connaissance de son statut sérologique et la protection des relations sexuelles dans ou hors du couple, qu'il soit polygame ou monogame) ; qu'aucun cas de transmission du VIH n'ait pu être formellement attesté après un passage chez un coiffeur ou un coupeur d'ongles et qu'enfin les obstacles à l'utilisation du préservatif puissent aussi découler d'une information guère adaptée, sont autant de constats qui devraient *in fine* amener à une plus grande prudence dans la culturalisation des explications sur la propagation de l'infection à VIH en Afrique.

Prudence qui commande, par exemple, de se pencher sur quelques universaux en matière de prévention de cette infection. Autant le lien entre la diffusion de messages d'information sur le sida, leur interprétation et les effets en termes de modification de comportements demeurent complexes à étudier – faisant intervenir des facteurs psychologiques, économiques, sociaux tant universels que culturellement délimités –, autant il est un constat largement admis : l'absence d'information sur le sida, par quelque médiation que ce soit, entrave l'adoption de comportements permettant d'éviter l'infection. Position minimale certes mais, aussi, universelle. Or, dans la mise en avant de « traits culturels africains », ce sont des constats de cette nature, peu discutables, qui sont pourtant remis en cause. Avec pour conséquence une tendance à un réductionnisme culturaliste, qui revêt différentes formes. Avant de les énumérer, il importe d'insister sur le fait que, dans ce débat sur les travers du culturalisme tel qu'il se décline dans certaines recherches sur le sida, ce n'est pas la possibilité générale d'une lecture mettant en scène les cultures africaines qui est

précisément, à la valoriser sur le plan médical sans toutefois dévaloriser son refus en évitant de le présenter comme le résultat de « pesanteurs culturelles ». En tout état de cause, il importe de ne pas faire de cet objectif l'unique élément d'une campagne d'information sur les moyens de maîtriser la diffusion de l'infection à VIH.

contestée, mais bien les conditions dans lesquelles elle intervient et les effets pervers dont elle peut être porteuse.

Le réductionnisme culturaliste évoqué ici se développe dans l'ignorance, d'une part, des pratiques et représentations développées par les autres cultures que celles dont il est alors question et, d'autre part, de quelques universaux – comme celui de la nécessaire, mais non suffisante, « information » sur le sida. En deuxième lieu, on est frappé par une occultation – dans ces interprétations culturalistes – du social par le culturel. Se construit alors progressivement l'image de cultures « a-sociales », où l'urbanisation, la recherche d'un travail, les processus d'individualisation seraient – parmi d'autres – marginaux (Marie, 1998). Isolée, la culture l'est aussi dans son rapport aux autres cultures : est ainsi entretenue l'illusion d'isolats culturels. L'illusion n'est pas tant celle d'un archétype culturel qui n'existerait plus (la culture autarcique et autonome) que celle d'une culture qui pourrait se définir en elle-même et pour elle-même, alors qu'une culture s'identifie essentiellement dans son rapport à d'autres formations culturelles : J.-L. Amselle parle à cet effet de « branchements » qui, en privilégiant l'analyse des relations à celle des éléments mis en rapport, amène à « renoncer à des approches en termes d'essences ou de substances » (2001 : 206) et à délaisser l'image de cultures comme « systèmes clos » (p. 82). Enfin, lorsque, par exemple, les réticences à l'utilisation du préservatif sont imputées à des « obstacles culturels » (garder la possibilité d'avoir toujours des enfants, ne pas « gaspiller » son sperme, ne pas admettre un moindre plaisir sexuel et autres stéréotypes...), c'est, *ipso facto*, l'impossibilité de les surmonter qui est suggérée. En somme, lorsqu'il est « culturel », un obstacle est – dans la conception de ceux qui le mettent en avant – jugé par définition insurmontable et incontournable. Opère alors une « fixation » des cultures purement arbitraire et qui s'inscrit dans le registre d'opposition stabilité/changement dont M. Sahlins a montré le caractère « sans fondement » dès l'instant où chaque reproduction de la culture « est un changement dans la mesure où les catégories qui organisent le monde à un moment donné acquièrent dans l'action un contenu empirique nouveau » (1989 : 149).

Si la prise en compte du rôle de la culture doit éviter les travers d'un culturalisme à la fois réducteur et stigmatisant, elle ne saurait par ailleurs servir d'unique support à l'analyse de la situation du sida en Afrique. L'anthropologie s'est ainsi attachée à montrer que les conditions de diffusion de cette maladie et ses conséquences sont avant tout de nature sociale. Déplacement de l'analyse du culturel vers le social qui ne dénie pour autant pas au premier toute valeur explicative : c'est plus précisément la réduction d'un ensemble de comportements ou de représentations à un argument uniquement culturel qui est ici contestée. Dans les processus d'urbanisation et de migration, dans l'organisation de la scolarisation ou de l'économie de plantation (par exemple en Côte d'Ivoire), mais aussi dans les déplacements de populations à la suite de conflits et, plus généralement, dans les rapports quotidiens entre hommes et femmes,

peuvent être repérées de multiples situations qui concourent à exposer les individus au VIH. Affirmer que ces situations restent culturellement déterminées est assurément réducteur : nous sommes là au cœur d'enjeux sociaux qui traversent les cultures. Ils ne concernent exclusivement ni des groupes linguistiques donnés, ni les pratiquants d'une même religion, ni les habitants d'une région délimitée ou d'une ville. Ces différents facteurs portent en eux-mêmes des explications de la diffusion de l'infection à VIH : qu'ils se combinent entre eux pour l'intensifier ou qu'ils trouvent des relais dans des spécificités culturelles n'est – certes – guère contestable. Ce qu'il s'agit plus explicitement de souligner ici a trait à la primauté des conditions sociales sur les critères culturels dans la propagation – ou la maîtrise – de cette épidémie.

Accéder au social

Sous ce dénominateur général de « conditions sociales » doivent être conjointement rangés le fonctionnement de structures (médicales, de décision politique en matière de santé publique ou de « lutte contre le sida », associatives...), l'organisation familiale à laquelle se réfère, par exemple, la personne infectée, ainsi que les situations quotidiennes de vie de chacun – qu'il s'agisse de celles d'un malade, d'une femme dans une relation de couple, d'un jeune homme à la recherche d'un travail, d'une sage-femme dans une structure sanitaire... La diversité des configurations des conditions sociales mobilisées lors de la réflexion s'accompagne toutefois d'une constante : elles doivent être appréhendées à travers les expériences individuelles (y compris, naturellement, leurs manifestations singulières). Ce choix, pas plus qu'il ne se résume à comprendre le déroulement des itinéraires thérapeutiques en explorant leurs motivations et leur organisation, ne se limite à décrire la crainte du sida chez les sages-femmes, dans leur travail : l'objectif est aussi de croiser les regards. Celui des personnes séropositives sur le travail des personnels de santé ou sur les campagnes de prévention est riche d'enseignements. Il en est de même lorsqu'elles évoquent les situations vécues par des amis, eux aussi malades, à la recherche d'un traitement ou confrontés aux réactions de l'entourage informé de leur statut sérologique. Placer l'individu au centre de la réflexion revient à interroger ses choix et à explorer ses représentations dans ce qu'ils nous apprennent non seulement sur ses attitudes mais aussi sur celles des autres. Le regard du soignant sur le malade – qui va du jugement nourri d'*a priori* à l'analyse réfléchie – doit être exploré pour comprendre celui du malade sur le médecin ou l'infirmier. Il doit l'être, aussi, pour mieux saisir les enjeux qui président – pour le malade mais du point de vue du soignant – aux choix thérapeutiques. Ce croisement des regards sur son expérience et celle des autres, cette mise en

parallèle des représentations, est la condition pour faire émerger à partir des pratiques individuelles – décrites ou observées – des analyses sur la société, confrontée et modelée par le sida.

Cette attention à l'individu – dans ses relations aux autres, dans ce qu'il « révèle » des autres et dans ce que les autres « révèlent » de lui – est une ouverture au social, en tant que lieu d'expression de stratégies collectives. Cette modalité d'accès au social, en retour, favorise une lecture précise des transformations générales que connaît la société. Concrètement, lorsque l'observateur d'une société constate le développement d'un mouvement associatif qui s'approprie les problèmes de santé, ses acquis en matière de compréhension des itinéraires thérapeutiques des malades ou de représentations du risque chez les personnels de santé peuvent alors être mobilisés. Par ailleurs, un chercheur familier des stratégies politiques, statutaires ou économiques de responsables de mouvements religieux, sera le plus apte à appréhender la complexité des enjeux qui se manifestent lors de l'apparition d'un nouveau culte ou d'une nouvelle église. Le constat effectué ici n'est pas uniquement celui de l'importance d'une familiarité avec le « terrain », qui rendrait d'emblée pertinent et opératoire, qui faciliterait, en somme, le regard sociologique ou anthropologique. La « familiarité » réellement nécessaire et l'« expertise » anthropologique décisive sont celles qui se construisent autour de la capacité à effectuer le lien entre les niveaux individuel et social d'une pratique. Identifier les médiations en jeu revient à décrire le processus par lequel une série d'attitudes individuelles qui peuvent être singulières expriment une tendance sociale, c'est-à-dire un ensemble de positions ou de réactions partagées par des groupes dont les intérêts et les stratégies peuvent diverger (réseaux familiaux, associations de malades, corps de professionnels, adeptes d'un culte...). Ces médiations opèrent du niveau social vers le niveau individuel : la question posée sera alors de comprendre par quels biais et selon quelles formes l'une de ces tendances sociales modèle les attitudes et les représentations d'individus que l'on estime *a priori* moins directement concernés par les changements en cours.

Dans les avancées récentes en matière de traitements de l'infection à VIH, ce type de regard consiste à se pencher sur les modalités de diffusion, d'interprétation et d'appropriation de l'information sur l'arrivée des antirétroviraux chez des personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique. La « tendance sociale » est ici représentée par une connaissance large mais imprécise de l'existence de « nouveaux traitements ». L'objectif est alors de comprendre comment cette information est appropriée et dans quelle mesure elle modèle les comportements, y compris ceux des personnes qui ne sont pas infectées par le VIH (ou qui ignorent leur statut sérologique). Une analyse de cette nature doit aussi être couplée avec une étude précise des rapports aux traitements de ceux qui, effectivement, en ont besoin. De la sorte, une décision et une information, diffusées suivant des canaux variés et en des termes parfois contradictoires, sera « lue » chez des destinataires aux intérêts divers par rapport à cette tendance

générale et qui, tous, fournissent d'utiles appréciations sur la signification et la portée générale de l'arrivée de ces traitements.

L'éthique, entre universel et local

Une lecture du sida à travers ses enjeux universels ou culturels, singuliers ou sociaux serait incomplète si elle n'intégrait pas une réflexion sur le caractère universel ou circonstancié, intangible ou contingent de l'éthique en matière de recherche sur le sida, de prise en charge des personnes infectées et de prévention de la maladie (Gruénais & Vidal, 1994). Dans la discussion sur les liens entre choix méthodologiques et éthiques, a été précédemment défendue l'idée d'une position du chercheur qui sera d'autant plus conforme aux principes de protection de l'individu (ici le malade) que la méthodologie aura été adaptée aux exigences concrètes de l'étude. Si l'on déplace maintenant la réflexion au niveau plus général des questions éthiques soulevées par l'objet – et pas uniquement celles posées par les choix de méthode –, il semble difficile de faire l'économie d'une réflexion sur cette question de l'adaptation. L'enjeu est ici de combattre l'image de faiblesse, de compromis « par le bas », associée à la perspective d'une adaptation de principes éthiques. Un double *a priori* dicte ce type d'interprétation. Le premier consiste à supposer que dans l'adaptation aux réalités de la prise en charge des malades du sida, de la réalisation de tests à l'insu ou de l'annonce partielle de la séropositivité (moyennant métaphores ou allusions) –, réalités fort différentes de celles que l'on rencontre dans les pays du Nord – les principes éthiques sur lesquels chacun s'entend (respect de la confidentialité et recueil du consentement de l'individu) vont se trouver contournés ou affaiblis. Or l'objectif est bien évidemment inverse : il s'agit de partir d'une évaluation et d'une compréhension précises des conditions de dépistage, de conseil et de prise en charge des malades pour proposer des améliorations susceptibles d'être appliquées et acceptées, et allant dans le sens des principes rappelés précédemment.

Soit les situations d'annonce de la séropositivité. La norme éthique est qu'une tierce personne ne peut être informée du statut sérologique du patient sans le consentement de ce dernier. Dans les faits, nous savons fort bien que des soignants se dispensent de cet accord pour révéler à un, voire des parent(s) la séropositivité de leur patient : attitude qui n'est aucunement irréfléchie mais bien le résultat d'un constat selon lequel, soit il pourra trouver un réconfort et une aide plus importants dès lors que ses parents auront été informés, soit – lorsque c'est le conjoint qui est informé – il existe un risque de contamination qui doit être levé en révélant la séropositivité à ce dernier. S'il peut arriver que de telles annonces à un tiers ne soient pas dommageables au patient, de multiples situations

nous sont rapportées où, au contraire, le patient est alors victime de l'ostracisme de ses proches. C'est en tenant compte de ces différentes conséquences possibles qu'il faut bâtir des stratégies d'annonce et de conseil qui vont dans le sens d'une meilleure protection de la personne malade. Stratégies qui doivent inciter le soignant à discuter avec son patient de l'intérêt et de la possibilité d'informer un proche, en essayant d'identifier avec lui la personne susceptible d'être le dépositaire de cette information pour, enfin, et avec son accord, procéder à ce partage de l'information. Cette démarche devrait être systématisée pour limiter le risque que, faute de directives et d'encouragements précis en ce sens, le soignant décide d'informer un tiers sans en référer au patient (exemple du médecin qui connaît la famille du malade et estime être en mesure d'identifier, seul, la « bonne » personne pour recevoir cette information). L'« adaptation » du principe éthique (pas d'information d'un tiers à l'insu du patient) consiste alors à se donner les moyens de comprendre les pratiques actuelles des soignants, de répondre à leurs demandes d'appui et de recommandations en la matière, de telle sorte que le choix ou la volonté d'informer un tiers, lorsqu'ils se manifestent, respectent le principe de protection de l'individu. Alors, grâce à cet effort de compréhension du contexte, qui est une forme d'adaptation de la démarche éthique, pourra être rejeté l'argument de soignants abandonnés à leurs propres pratiques et qui seraient tentés de s'appuyer sur ce constat pour repousser toute critique leur reprochant d'agir à l'encontre de l'éthique médicale.

Dans une optique d'aide à la décision des soignants confrontés à ce délicat problème, ONUSIDA et l'OMS ont publié un document (dans une collection dont le titre, « Meilleures pratiques », situe d'emblée l'objectif) destiné à fournir des « principes directeurs » permettant d'appréhender l'information sur la séropositivité (ONUSIDA-OMS, 2001). Concrètement, trois points sont abordés : l'information du patient par le soignant ; l'information du (ou des) partenaire(s) du patient ; la déclaration aux autorités des cas de séropositivité.

Le point de départ de la réflexion d'ONUSIDA et de l'OMS présentée dans ce document est le constat d'un recul au regard de principes éthiques dès lors que « certains gouvernements se sont intéressés à la question de savoir si oui ou non les principes de confidentialité et de consentement éclairé contribuaient à la propagation du VIH », avec pour conséquence que « les décideurs ont commencé à étudier la mise en place de lois et de pratiques qui autoriseraient des entorses à la confidentialité, ainsi que la notification obligatoire au partenaire et la déclaration nominative des cas d'infection à VIH, au nom de la santé publique, [et] qui permettraient des poursuites pénales contre les personnes considérées comme ayant propagé le virus délibérément » (p. 8). En 1999, ces deux agences onusiennes réunissent des experts pour contrecarrer l'offensive de ces gouvernants et affirment d'emblée que « les principes de confidentialité et de consentement éclairé ne contribuent pas à la propagation du VIH/SIDA ». La perspective coercitive et attentatoire à la liberté de l'individu évoquée par

ces gouvernants se voit contredite dans son argument central puisqu'il y est affirmé que la confidentialité et le consentement éclairé peuvent contribuer à freiner la propagation du VIH dès lors qu'ils sont « utilisés à bon escient, avec créativité et de façon culturellement adaptée » (p. 9). Nous n'en saurons pour le moment pas plus sur la traduction concrète de ces claires références à un relativisme éthique. Toujours est-il que l'affirmation de ce principe, largement admis par ceux qui sont au contact des personnes infectées par le VIH, ne clôt pour autant pas le débat ouvert par la position quelque peu provocatrice de ces « gouvernants ».

Une première étape de la réflexion alors développée consiste à remarquer que « le principe de confidentialité n'est pas sans limites » (p. 11). Il existe en particulier deux situations où il peut être délaissé. D'une part, lorsqu'il s'agit d'informer un autre professionnel de santé du statut sérologique du patient en question : *stricto sensu*, l'information sort donc du cadre confidentiel de la relation entre le soignant et son patient. Précisons que, dans ce cas de figure, le professionnel ainsi informé est, du fait de ses propres obligations déontologiques, mis dans la confidence. Par conséquent, l'intérêt du patient se trouve préservé : un autre soignant est informé, et la personne séropositive peut donc bénéficier de son intervention, « éclairée » par la connaissance de son statut sérologique, sans que cela lui soit préjudiciable. La seconde situation pose, elle, en revanche, un véritable dilemme éthique. Il s'agit du cas où « il est clair que le comportement du patient peut nuire à une tierce personne », en l'occurrence son partenaire sexuel. Le dilemme prend la forme d'un conflit entre deux principes d'éthique : la confidentialité (l'autonomie) et la nécessité de ne pas nuire à une personne (la non malfeasance). Dans ce cas précis, l'OMS et ONUSIDA préconisent la « divulgation à des fins bénéfiques », « qui respecte l'autonomie et la dignité des personnes affectées ; préserve la confidentialité comme il se doit ; a un effet bénéfique pour ces personnes ainsi que pour leur famille et les partenaires sexuels ou d'injection de drogues ; « ... » et satisfait aux impératifs éthiques de la situation où il y a nécessité de prévenir la transmission du VIH à des tiers » (p. 12). D'emblée, cette justification de la « divulgation à des fins bénéfiques » se fonde sur une contradiction essentielle dans les termes : comment « préserver la confidentialité » si l'on informe le partenaire, sachant qu'il s'agit ici d'une information donnée sans l'accord du patient ?

Avant d'aller plus loin dans les conditions pratiques de mise en place de cette information spécifique du partenaire, le document nous rappelle que trois cas de figure existent en matière d'information : soit le patient informe lui-même son partenaire ; soit le soignant – qui aura eu le nom du partenaire par le patient – procède à son information avec l'accord du patient et sans révéler le nom du patient ; soit le soignant décide d'informer le partenaire, après avoir laissé au patient un délai pour le faire, mais en se dispensant de son accord. La troisième « possibilité » (information du partenaire y compris sans l'accord du patient), précisément parce qu'il y a clairement conscience, de la part des experts, des ques-

tions éthiques qu'elle soulève, est entourée d'un certain nombre de conditions. Arrêtons-nous sur ces conditions afin de bien souligner les impasses de la réflexion éthique à laquelle elles conduisent :

« Lorsqu'il prend cette décision le conseiller [ie : le professionnel de santé procédant à l'annonce de la séropositivité] doit veiller à l'existence des facteurs suivants :

« (1) l'on a bien expliqué à la personne séropositive (client index) l'importance du conseil au partenaire ;

« (2) le conseil n'a pas induit le changement comportemental souhaité, et notamment la pratique de la sexualité sans risque ;

« (3) le client index a refusé d'informer son ou ses partenaires, ni consenti à ce qu'on le fasse ;

« (4) le risque de transmission du VIH à ce ou ces partenaire(s) identifiable(s) existe bel et bien ;

« (5) le client index a été averti suffisamment à l'avance que le conseiller allait informer ce partenaire ;

« (6) l'identité du client index est cachée au partenaire, si cela est possible dans la pratique ;

« (7) un suivi est assuré pour garantir l'apport d'un soutien aux personnes concernées et pour éviter la violence, l'écèlement de la famille etc... » (p. 22).

Trois de ces points retiennent plus particulièrement l'attention. Tout d'abord, en ce qui concerne le troisième, se donne-t-on les moyens de comprendre les raisons du refus d'informer son partenaire ? Or cela pourrait fournir de précieuses indications sur ce à quoi s'expose le patient si son partenaire est informé (cas des femmes mariées, par exemple). La formulation du sixième point pose elle aussi problème : la précision « si cela est possible dans la pratique » sous-entend à juste titre que ce n'est pas parce que l'on ne dira pas au partenaire le nom de la personne infectée par le VIH qu'il ne l'identifiera pas. En effet, lorsque ce partenaire n'a eu lui-même qu'un ou voire peu de partenaires, il pourra aisément mettre un nom sur cette « personne séropositive » dont le soignant lui parle sans la nommer. Enfin, le septième et dernier point est un critère largement impossible à garantir. Objectif certes respectable et bien intentionné mais totalement irréaliste : lorsqu'une femme séropositive est renvoyée de son domicile – alors que c'était très précisément cette crainte-là qui l'empêchait de révéler son statut sérologique à son mari et de protéger leurs relations sexuelles –, on peut aisément imaginer l'énergie que le « conseiller » devra mobiliser pour convaincre son conjoint de l'accepter à nouveau dans le foyer.

En somme, décomposer la stratégie d'information du partenaire en sept points censés l'encadrer et la justifier ne peut lever le dilemme éthique fondamental : choisir entre l'intérêt du malade et celui de son partenaire. Dilemme que confirment de façon frappante les définitions (données en annexe du document) des notions de « confidentialité » et de

« conseil au partenaire ». Alors que la confidentialité y est définie comme un « devoir éthique et juridique des professionnels de ne pas révéler à autrui, sans y être autorisés, les informations qui leur ont été données », le « conseil au partenaire » peut être autorisé, dans le cas décrit ci-dessus, « sans le consentement du client index », et alors « le dispensateur de soins a le devoir éthique de décider comment éviter le pire aux intéressés, compte tenu des circonstances » (p. 30). Peut-on alors parler encore de « devoirs éthiques » si celui relatif à la confidentialité peut être délaissé pour préserver l'intégrité physique du partenaire et, réciproquement, abandonné celui censé protéger le partenaire sous prétexte de ne pas nuire au patient ? Nous sommes ici dans le registre de l'exception : il y a une règle, un principe, un devoir éthique (la confidentialité) qui peut – certes dans une minorité de cas – être remis en cause : lui sera préférée une autre règle, un autre principe, un autre devoir, tout aussi éthique. Mais alors demeure-t-on dans un registre de « principes » et de « devoirs » ? Ne serait-il pas plus prudent, sur le plan de la terminologie, et plus cohérent d'évoquer des « directions », des « indications » de nature éthique ? Un « devoir » peut-il souffrir une exception qui en vient à le disqualifier en contredisant *ipso facto* un autre devoir éthique ?

On perçoit bien ici la nécessité d'éviter toute qualification et toute définition englobantes : ces dilemmes éthiques majeurs ne peuvent être approchés – puis éventuellement résolus – que par une approche individuelle et pragmatique des situations. Toute généralisation engendre une impasse, et ce n'est pas tant une liste de recommandations qui peuvent aider le médecin dans sa décision et sa pratique qu'une forme d'« algorithme », comme il en existe pour les traitements. Arbre de décision qui multiplierait les cas envisageables et serait lui-même nourri des situations toutes singulières rencontrées par les médecins. Nous rejoindrions alors la proposition de L. Sève de penser l'éthique comme un « ensemble d'actes » et pas uniquement comme des « dispositions de langage, des mots » (1997 : 207). Les actes, et pas seulement la parole, doivent fonder l'éthique : nous avons autour du dilemme révélé par ce document officiel une illustration de ce précepte. Faute de fonder des décisions de nature « éthique » avant tout sur des situations effectives et singulières, celles que vivent, par exemple, la femme et son mari, les choix éthiques effectués uniquement en fonction de règles et d'exceptions à ces règles risquent de heurter inévitablement l'éthique elle-même. Il convient donc de réhabiliter la place du singulier dans l'appréhension des questions d'éthique. L'anthropologie doit y contribuer et ceci avec d'autant plus de force que sa lecture des faits sociaux passe par un décryptage de leurs singularités : dans le prolongement de cette position, j'indiquerai au prochain chapitre quel type de construction méthodologique permet cet accès au singulier.

Le second *a priori*, qui apparaît dès lors que l'on évoque la question de l'adaptation des principes éthiques, relève de la crainte d'une appropriation culturelle d'enjeux éthiques universels. Appropriation qui con-

duirait à leur « fixation » dans des directions inacceptables, où le secret et la confidentialité seraient constamment bafoués. Là encore, des approches fort réductrices du fonctionnement et du rôle de la culture président à ce type d'analyse. Toute culture – en Afrique comme ailleurs – recèle des dispositifs de préservation du secret, de même que des stratégies de mise en commun de l'information. Aucune n'est « prédisposée » à se conformer entièrement, pas plus qu'à s'opposer radicalement, aux principes éthiques de protection de la personne malade du sida. Par ailleurs, même si elle est variable d'une culture à l'autre, ou d'une question à l'autre, la faculté d'adaptation à la survenue d'événements nouveaux (pas nécessairement contraignants) se repère en de nombreuses occasions : elle rend illusoire une catégorisation des cultures qui comprendrait, d'un côté, celles qui défendent le libre arbitre de l'individu, son autonomie de consentement et de décision et, de l'autre, celles qui, par essence, incitent ou obligent le groupe à s'approprier et à diffuser une information concernant la maladie d'un de ses membres. De même que d'une culture à l'autre les différences ne se posent pas en termes aussi tranchés, de même, au sein de toute culture, des transformations s'opèrent. Mais, avant que n'interviennent des transformations de fond, les individus sont régulièrement amenés à composer avec des attitudes culturellement normées et valorisées.

C'est notamment le cas pour une mère qui allaite longtemps son enfant et se montre « respectueuse » envers la mère de son mari. Cette dernière attitude regroupe un ensemble de codes de conduite qui peuvent se décliner de façon spécifique d'une culture à l'autre. Ceci étant, lorsque la femme est infectée par le VIH et connaît son statut sérologique, et dès lors qu'il lui a été conseillé de sevrer tôt son enfant pour lui éviter une contamination par le VIH, elle réussit néanmoins à développer des arguments pour justifier son choix d'arrêter précocement l'allaitement sans contredire frontalement des pratiques culturelles². Si le sevrage de l'enfant a effectivement lieu à 6 mois (au lieu de 18 ou 24), ce sont, conjointement, les capacités de la femme à « négocier » les éléments d'une tradition mais aussi les facultés d'adaptation de la culture, d'acceptation de comportements atypiques, qui se trouvent mis en avant. Cet exemple illustre aussi la nécessité de réfléchir aux liens entre les référents culturels et universels des stratégies individuelles. L'individu est, en effet, en présence d'éléments d'une culture avec lesquels il arrive à composer, afin de préserver ses intérêts (continuer à prendre le traitement puis éviter de contaminer son enfant, sans entrer en conflit avec son entourage) : ce

2. Je fais ici référence à l'expérience du projet DITRAME de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, mené à Abidjan et Bobo-Dioulasso. Les personnels soignants et para-médicaux de ce projet ont été amenés à élaborer avec la femme séropositive des scénarii à destination de son mari, de sa belle-mère ou de tout autre parent, pour justifier la prise d'un médicament (l'AZT) à la fin de la grossesse, puis le sevrage précoce de l'enfant (fatigue de la mère, maladie au niveau des seins...), ceci sans que la femme ait à révéler son statut sérologique – dès lors qu'elle ne le souhaite pas.

faisant, il situe le degré de « malléabilité » de sa culture d'appartenance. Toutefois, cette attitude individuelle et sa « réponse » culturelle n'ont été possibles que parce qu'a été partagée une information (l'annonce de sa séropositivité à la femme enceinte, la mention de risques pour l'enfant s'il est trop longtemps allaité, l'explication sur la possibilité de réduire le risque de contamination de l'enfant en prenant de l'AZT...) : le contenu de l'information et le principe même de la délivrer représentent donc bien – l'un et l'autre – des universaux.

La définition d'objectifs universaux n'est par conséquent nullement incompatible avec l'intégration de démarches sensibles aux façonnements des cultures – à la condition première de considérer ces dernières dans leurs dynamiques et ne pas y occulter les stratégies des individus. La prise en compte de ces points évitera d'engager une discussion sur les rapports entre universel et culturel en des termes qui marquent de façon négative le rôle de la culture (figée...), en conférant le statut de *règles* immuables à ce qui relève plus exactement d'*objectifs* universaux. Refus de telles règles qui caractérise, selon J.-C. Sournia, l'éthique médicale « trop liée aux histoires des pays, aux cultures, aux religions, aux mœurs, aux lois, pour que s'instaure une morale mondiale unique » (1996 : 951). La notion de relativisme éthique formalise cette remarque sociologique selon laquelle « il n'existe pas de normes morales "vraies" pour tous, ni de principes universels de devoir ou d'obligation morale » et que, par conséquent, « toute vérité est contingente, inscrite dans un contexte social, culturel et historique » (Massé, 2000 : 15)³. Pluralité des morales ou des « codes valides » (Wong, 1996 : 1290) qui, pour A. Fagot-Largeault, définit le relativisme « moral ». Avec une précision importante : ce relativisme moral n'est pas une posture éthique mais une posture sur l'éthique, en somme « méta-éthique » (1997 : 43).

Les questions du relativisme

Ces quelques définitions générales sur ce que l'on entend par « relativisme éthique » ou « moral »⁴ suggèrent naturellement un lien fort avec la problématique plus générale du relativisme culturel. Rappelons, à la suite d'A. Fagot-Largeault, que sa défense et sa « promotion » par les ethnologues s'est, un temps, inscrite dans la réflexion politique sur le « droit des peuples à disposer d'eux-mêmes » (1997 : 46). La question est alors de se demander si reconnaître la diversité et la liberté, d'une part, des choix politiques et sociaux et, d'autre part, des expressions de la morale, relève

3. R. Massé se contente ici de définir de façon synthétique le relativisme éthique, sans pour autant faire sienne cette approche, comme nous le verrons.

4. Notons là encore l'utilisation indifférenciée des qualificatifs d'éthique et de moral.

de la même démarche et comporte les mêmes enjeux. C'est notamment en réponse à cette interrogation que R. Massé plaide pour un relativisme éthique « critique et engagé », sur lequel je vais revenir. Mais auparavant, je souhaiterais m'arrêter sur une caractéristique du relativisme culturel et, partant, éthique : la conscience, chez chaque individu, de ce qu'A. Fagot-Largeault appelle la « variété irréductible des positions morales » (1997 : 55). En découle le respect des différences dans le « traitement » des questions morales et la conscience de leur forte contingence⁵. Les termes de la différence – admise, respectée – peuvent être travaillés et ne sont pas figés : c'est là une des caractéristiques et une des forces du relativisme moral (c'est-à-dire, dans le sens où l'entend A. Fagot-Largeault, « éthique »). Un autre de ses atouts est de rendre possible la prise de décision morale : précisément parce que l'on sera « sensible aux particularités qui structurent la situation » posant une question d'ordre moral, la réponse apportée sera « appropriée » (Hoffmaster, 1992 : 1426). Ce qui n'aurait pas été le cas si la décision s'était fondée sur l'application de règles ou de méthodes générales.

Toute approche du relativisme éthique, au-delà de sa signification *sui generis* ou de ses « atouts », est aussi inévitablement un travail de définition de ce qu'est l'universel : travail qui suppose que soient explicités les liens qui s'établissent entre des universaux et des particuliers. Liens de proximité plutôt que de distance si l'on admet, à la suite de L. Sève, qu'« il y a de l'universel en chaque particulier » (1997 : 201) ou que tend à s'imposer un « universalisme "naturel" des principales conduites éthiques » (Changeux, 1997 : 38). Nous nous éloignons certes ici des positions défendues par les tenants du relativisme éthique puisque le point d'ancrage, la référence de la réflexion, demeure l'ensemble des dispositions éthiques universalisables. Dans le même temps, et c'est l'intérêt de ce type d'analyse, l'objectif n'est pas tant de défendre une quelconque « uniformisation des sagesse concrètes » que d'encourager, plus exactement, « le partage des valeurs ultimes » (Sève, 1997 : 202). Pour ne pas devenir des déclarations d'intention aussi nobles qu'imprécises ces positions se doivent cependant d'apporter des réponses à un certain nombre de questions. En premier lieu, quels critères nous permettront de dire que nous sommes en présence d'une « valeur ultime » ? Le fait que ce qui définit l'humanité de tout être y est en jeu ? Mais alors ne risquons-nous pas de tomber dans des degrés de généralités que le souci de rechercher ces valeurs ultimes dans les pratiques locales semblait vouloir éviter ? Devra-t-on alors admettre, avec A. Fagot-Largeault à propos du principe de bienfaisance, que « tout principe n'est universel qu'à condition de rester flou » (1997 : 51) ?

Ce problème de la mise en liaison de l'universel et du particulier qui traverse les éthiques universaliste ou relativiste est aussi, inévitablement,

5. Un autre débat serait ici de discuter du degré de conscience, chez chacun, de la spécificité des normes morales qui régissent ses actions.

comme toute question de « frontière », une réflexion sur le contenu et la signification de l'universel et du local. L. Sève évoque incidemment ce point lorsqu'il repère de l'universel dans le particulier mais ne va pas jusqu'à effectuer ce retour sur les notions : or, à le suivre, on réalise bien que l'éthique universelle ne peut se définir uniquement par l'ensemble des principes partagés par tous les êtres humains et/ou s'appliquant à chacun d'entre eux. Ne pourrait-on pas aussi dire – ce qui n'est pas tout à fait équivalent – que l'universel, c'est ce qui n'est pas particulier ? La réflexion sur cette notion d'universel n'est évidemment pas close. Dans le même ordre d'idées, la « géographie » du local englobe le culturel *stricto sensu*, sans pour autant nécessairement s'y réduire : c'est l'ensemble des pratiques et représentations qui émergent d'un espace social, dont les délimitations physiques, historiques et culturelles ne revêtent pas toujours et en tout lieu la même importance respective dans la définition du « local ». Il convient, en somme, de réfléchir à l'hypothèse suivant laquelle le domaine d'application du « relativisme » et de l'« universel » – et pas uniquement le contenu de l'éthique que l'on associe à l'un et à l'autre – demeure avant tout contingent et n'est pas un donné immuable.

Une première avancée sur cette question peut se repérer dans les analyses qui, sans défendre un quelconque universalisme de l'éthique, soulignent certaines limites à poser au relativisme éthique. Le propos consiste à distinguer la description de la justification des approches locales du bien, de la bienfaisance ou de la tolérance. Dans ce sens D.-B. Wong va jusqu'à estimer que la tolérance pour les morales locales doit bannir tout « jugement de valeur à leur sujet » ou toute tentative « de les amener à se conformer à son propre code » (1996 : 1290). Tolérance pour l'intolérance, s'insurgent alors les tenants de l'universalisme éthique. Pour contrecarrer cette critique mais sans pour autant abolir la distance entre la description (donc la prise en compte de leur existence) et l'adhésion à des différences, R. Massé plaide pour une « tolérance limitée » et, partant, je l'ai dit, pour un « relativisme critique et engagé » (2000 : 27). Dans ce projet, le rôle de l'anthropologie est central et réside dans « la construction de droits négociables, adaptables à des conditions locales spécifiques, mais sans perdre leur teneur fondamentale » (*ibid.*). Négociation et adaptation sont les maîtres mots de cette position sur l'éthique (rappelons que c'est ce qui, pour certains, définit aussi l'éthique, par opposition à la morale), qui se refuse à imposer quelque norme que ce soit (pas plus universelle que locale) mais qui oblige à étudier les passages des déclinaisons locales aux expressions universelles de l'éthique, en ne se contentant pas de documenter les unes et les autres. Incidemment se voient éclairés les liens entre pratiques (locales et universelles) et entre savoirs (locaux et universels). Nous retrouvons là finalement le terrain de prédilection de la pratique anthropologique que j'appelle de mes vœux : ne pas se cantonner dans les explorations d'ensembles conceptuels ou thématiques (le local, l'universel, les pratiques, les savoirs) mais bien plutôt partir d'une description fine des uns et des autres pour s'atteler à la

compréhension des liens entre les uns et les autres. Défini en ces termes, le pari anthropologique révèle une exigence, constamment rappelée et illustrée au fil de ces pages : poser le singulier, qui transparait aussi bien des pratiques médicales et religieuses que des questions qu'elles soulèvent (par exemple l'éthique), comme l'axe de réflexion central permettant d'interroger ces liens.

Le complexe méthodologique de l'anthropologie

L'attention portée à des objets anthropologiques qui sont aussi des objets de recherche pour les sciences médicales ne suffirait pas à éclairer – dans la perspective réflexive prônée – le choix de privilégier une anthropologie construite autour des expressions du singulier, si elle faisait l'économie d'un regard sur l'organisation méthodologique de l'anthropologie : il importe donc de passer d'une réflexion sur des objets à un propos sur les dispositifs permettant de traiter ces objets. Méthodologie dont il s'agit moins ici de proposer un manuel¹ que d'en rappeler les grands principes. La construction – le complexe – méthodologique ainsi décrite, à travers l'organisation de l'observation, des entretiens et l'association avec des démarches quantitatives, introduira une discussion sur des questions centrales dans l'exercice de l'anthropologie. Ces questions, relatives au statut de l'observateur, aux enjeux et limites de l'observation, aux écueils de l'interprétation, ou encore au souci de formalisation et de scientificité qui traverse l'épistémologie de l'anthropologie, révéleront dans le même temps les doutes de la discipline, et parfois le complexe de l'anthropologue – notamment au regard des autres disciplines des sciences de l'homme ou des sciences médicales. Ces deux acceptions du « complexe » justifient – *in fine* – l'entreprise de réflexivité conçue comme indissociable, c'est-à-dire à la fois condition et conséquence de l'ouverture à d'autres objets, à d'autres disciplines. En d'autres termes, dès l'instant où il échappe au nombrilisme dépréciateur, le retour sur les limites et les difficultés de la méthode participe pleinement de la diversité anthropologique et renforce la capacité de l'anthropologie à s'ouvrir à de nouveaux objets, à se complexifier. Et inversement : la conscience de l'anthropologie de pouvoir s'approprier des interrogations sociales ou politiques, cette forme d'aisance face aux problèmes soulevés par les évolutions des sociétés et les aspirations et actions des individus, apparaîtrait

1. S'agissant par exemple du recueil de récits de vie, on pourra se reporter utilement à D. Bertaux (1997).

rapidement vaine et peut-être même prétentieuse si elle feignait d'ignorer sa position dans le dispositif scientifique, que ce soit face l'histoire ou aux sciences fondamentales.

Principes de méthode

Avant d'en venir au contenu de la méthode anthropologique, il n'est pas inutile de rappeler un principe méthodologique censé gouverner, bien au-delà de l'anthropologie, l'exercice scientifique en général : il s'agit de l'ajustement entre méthodes et objectifs de recherche. A travers ce grand principe méthodologique – qui peut sembler évident mais qui est loin d'être systématiquement appliqué –, je veux signifier qu'il faut, d'une part, se fixer des objectifs de recherche compatibles avec les compétences méthodologiques disponibles et, d'autre part, effectuer un choix méthodologique permettant de répondre aux objectifs fixés.

S'agissant du premier point, concrètement, il n'est pas toujours possible d'associer un statisticien, un épidémiologiste, un économiste et/ou un anthropologue au thème de recherche qui nous intéresse, au moment où on le souhaiterait. Cette contrainte pratique doit être intégrée dans la mise au point des projets de recherche : mieux vaut une recherche répondant à des questions circonscrites, avec des méthodes que l'on maîtrise réellement, qu'une recherche trop ambitieuse et qui n'a en réalité pas les moyens d'atteindre des objectifs, soit trop variés, soit trop généraux. Une fois définis des objectifs de recherche réalistes compte tenu des capacités méthodologiques existantes, il importe de ne pas se « tromper de méthode ». Ce principe de base de la recherche n'est lui non plus pas toujours respecté. Ainsi, des anthropologues ou des sociologues habitués à mener des recherches de type qualitatif sur le sida se fixent comme objectif d'étudier la façon dont les patients infectés par le VIH parlent de leur maladie à leurs proches. Le font-ils et, si oui, qui informent-ils, en utilisant quels mots et avec quelles conséquences ? Une étude qualitative peut effectivement apporter des réponses à ces questions. Mais, au lieu de s'en tenir à cette méthode qu'ils maîtrisent et qui correspond pourtant à l'objectif de départ, certains anthropologues ou sociologues souhaitent y ajouter une dimension quantitative. On parlera alors d'« échantillons », de « représentativité » et de « significativité » des résultats : tout ceci sans être spécialiste de l'outil quantitatif et alors que les objectifs de départ ne l'exigeaient pas. Ce faisant, la démarche disciplinaire elle-même se trouve détournée : ni l'épidémiologie, ni l'anthropologie ne feront leur une telle entreprise si l'on admet, à la suite de G. Lenclud, qu'« une discipline traite de certaines choses et non d'autres, en utilisant certains procédés logiques et non d'autres [et] se fixe des objectifs et non d'autres "les fins de la connaissance" » (1995-b : 67).

Dans le même ordre idée, si la question posée est « pourquoi les femmes fréquentent-elles moins les centres anti-tuberculeux (CAT) que les hommes ? », on s'intéresse à des motivations et à des perceptions. Il faut donc envisager une méthode de type qualitatif (qui pourra éventuellement être couplée avec une étude quantitative). Une approche quantitative par questionnaires passés à un échantillon représentatif des consultantes ne permettra en revanche pas d'obtenir de réponse à cette question. On touche ici aux choix de personnes qui ont des motivations *a priori* complexes et aux conséquences variées. Réaliser des entretiens répétés auprès d'un groupe limité de femmes – mais aussi de membres de leur entourage, dont leur conjoint – doit permettre de révéler les tenants et aboutissants de ces choix. En revanche, si la question posée est « quelles populations de femmes et d'hommes fréquentent les centres anti-tuberculeux ? », on souhaite décrire les profils socio-économiques et démographiques des femmes (ou des hommes) qui fréquentent les CAT. Une démarche quantitative est alors naturellement indispensable car elle permettra d'avoir une description précise de l'ensemble des consultants des CAT.

Si les méthodologies qualitatives « sont capables de saisir, non des réalités objectives, mais le processus de leur construction socioculturelle » (Massé, 1995 : 466), c'est au moyen de techniques d'enquêtes qui utilisent des entretiens (individuels ou de groupe) et des observations. Démarche caractéristique de l'anthropologue, qui doit permettre au chercheur de disposer des moyens pour approfondir des questions, en multipliant les entretiens et en les comparant avec les observations effectuées. Situations vécues, pratiques ou perceptions seront appréhendées non pas tant au moyen de questionnaires passés sur des échantillons représentatifs d'une population, qu'auprès d'effectifs plus restreints. Pour compenser l'impossibilité d'effectuer des tests statistiques de représentativité, la méthode qualitative développée en anthropologie se donne un atout : l'approfondissement des thèmes, l'exploration de leurs ramifications, de leurs fondements et de leurs conséquences. A cette première condition, les résultats d'une enquête qualitative permettent d'expliquer comment s'élaborent les comportements des individus.

Il est important d'insister sur le fait que le « qualitatif », ce n'est ni uniquement le « petit nombre » de personnes enquêtées, ni l'approfondissement des informations recueillies : c'est l'association des deux. A titre d'exemple, mener une étude auprès de 30 femmes sur leurs relations de couple, leur approche du risque représenté par le sida et leur attitude face au test de dépistage peut fournir des informations pertinentes sur la façon dont sont gérées les relations de couple, la menace du sida ou le test : à la condition que le choix de ces femmes soit raisonné et que l'étude reste fidèle aux techniques d'entretiens et d'observations (cf. ci-dessous). Si ces conditions sont respectées, on recueillera une somme d'informations sur l'histoire affective, familiale et professionnelle de ces femmes ainsi que sur leurs connaissances sur le sida, leurs incertitudes et leurs craintes. La précision de ces informations permettra de dégager des types de

comportements ou des types de représentations détaillés sur la façon dont des femmes, (a) de catégories sociales différentes, (b) qui protègent ou non leurs rapports sexuels, (c) se trouvant dans une relation de couple durable et stable ou non, vivent leurs relations de couple, la menace du sida et l'idée du test.

La constitution du groupe de personnes enquêtées peut se fonder sur les principales caractéristiques démographiques de la population générale à laquelle il appartient. Ainsi, avant de commencer le travail auprès des personnes infectées par le VIH, prises en charge dans un centre antituberculeux à Abidjan, j'ai relevé les caractéristiques socio-démographiques de tous les séropositifs traités dans les deux CAT depuis un an. Il s'est avéré qu'il y avait 80 % d'hommes et près de 50 % d'étrangers. Ont donc été contactés plus d'hommes que de femmes et autant d'étrangers que d'Ivoiriens. Le nombre de malades auxquels la démarche a été proposée n'a pas excédé 50, de façon à pouvoir les rencontrer, personnellement, au moins une fois par mois. Le choix des personnes constituant le groupe peut aussi être fonction de caractéristiques sociales. Lors de la recherche sur les perceptions et pratiques relatives au risque à Abidjan, quatre « catégories » de personnes ont été définies suivant leur « proximité » avec la maladie : des personnes infectées par le VIH, donc concernées au plus près par lui ; des tuberculeux séronégatifs, proches de la maladie parce qu'ils ont été testés, mais dans une moindre mesure que le premier groupe car ils ne sont pas infectés ; des personnels de santé, proches de l'infection à VIH par leur travail ; des habitants d'un quartier d'Abidjan, *a priori* moins proches du sida que les trois autres groupes puisqu'ils n'étaient pas rencontrés en fonction de leur statut sérologique.

Des entretiens à l'observation

Une fois constitués les groupes de personnes auprès desquelles se développera l'étude, les entretiens se déploieront suivant un certain nombre de règles que je rappellerai brièvement : ils sont réalisés par le chercheur lui-même ; à partir d'un guide d'entretien, l'interlocuteur est amené progressivement à s'exprimer sur une série de thèmes ; la répétition d'entretiens étalés dans le temps est un gage de croisement et d'affinement des données. Ce dispositif s'avère particulièrement pertinent dans les recherches sur le sida, où des questions très personnelles sont abordées : sexualité, état de santé, rapport avec l'entourage familial, douleur, sentiment d'impuissance ou de culpabilité. Ainsi, une femme infectée par le VIH, informée de son statut sérologique et des mesures de prévention à adopter, pourra déclarer lors d'un premier entretien que, dorénavant, elle protège ses relations sexuelles avec son mari. Puis, dans un entretien ultérieur, en évoquant la question de l'information qu'elle a donnée à son

mari sur son statut sérologique, elle remarquera que c'est une démarche difficile, de même qu'il est délicat pour elle de proposer à son mari l'utilisation d'un préservatif. Le chercheur est donc incité à revenir sur cette question et il apprend alors que, contrairement à ce qui avait été dit au début, cette femme ne protège qu'occasionnellement ou pas du tout ses relations sexuelles. Seule la répétition des rencontres et des entretiens a donc permis d'avoir cette information, de façon « naturelle », dans le droit fil de la discussion, sans avoir à insister.

Autour de fils conducteurs, l'interlocuteur de l'anthropologue a donc la possibilité de revenir sur des points déjà discutés. C'est le cas de cette femme infectée par le VIH qui retrace lors d'un premier entretien son « parcours thérapeutique » : les différents types de soins qu'elle a recherchés pour soigner ses épisodes de maladie. S'ils ont été nombreux en l'espace de quelques mois, il est naturel qu'elle puisse en oublier. Elle peut aussi souhaiter ne pas les énumérer tous. En effet, l'anthropologue, même s'il n'est pas médecin, est souvent perçu, on l'a vu, comme appartenant de près ou de loin au « corps médical ». On lui révélera par conséquent moins facilement avoir recours de façon régulière à un tradithérapeute. Après ce premier entretien, le chercheur peut cependant constater que la chronologie des recours de la malade comporte des « vides » importants. Il lui demandera alors, lors d'un prochain entretien, ce qu'elle a fait pour se soigner entre, par exemple, le recours à un dispensaire qui s'est avéré inefficace et celui à l'hôpital. C'est là qu'il apprendra que cette malade a consulté en fait un tradipraticien. Il a donc fallu qu'une certaine relation de confiance s'instaure, pour que, d'une part, le chercheur ne soit pas perçu comme quelqu'un qui jugerait le comportement du malade ou comme un médecin et que, d'autre part, la personne évoque des aspects de son parcours thérapeutique qu'il aurait été difficile de connaître par une autre méthode.

Complément indispensable des entretiens, l'observation permet de mieux comprendre comment les personnes avec lesquelles nous avons des entretiens répétés se comportent avec leur entourage, quelles sont les attitudes de celui-ci à leur égard, quelles sont leurs conditions de vie. Ces observations peuvent susciter des questions ou des thèmes de discussion pour une prochaine rencontre ; elle peuvent aussi confirmer ou contredire ce qui avait été dit lors d'un précédent entretien. Prenons un exemple, par ailleurs instructif de la nature des relations de couple que peut incidemment révéler une étude anthropologique : un homme infecté par le VIH², suivi dans un CAT, affirmait d'une part protéger ses relations sexuelles avec son épouse et, d'autre part, ne plus boire d'alcool. Il estimait donc suivre les conseils des médecins. Au terme d'une discussion à son domicile, son épouse est arrivée et a commencé à lui reprocher son comporte-

2. Il s'agit de John, sur le parcours duquel je reviens plus longuement à la fin du prochain chapitre, consacré à l'écriture.

ment : non seulement il dépense son argent dans la boisson mais il exige des rapports non protégés. J'assiste alors à une discussion où chacun argumente de sa bonne foi. Si n'avait pas été admise la nécessité d'observer personnellement les conditions de vie de ce malade, je n'aurais jamais pu assister à cet échange, rencontrer sa femme et prendre connaissance de son point de vue sur les affirmations de son mari. Plus généralement, l'observation permet d'évaluer avec précision le contenu des descriptions effectuées lors de l'entretien : une femme infectée par le VIH évoque de façon détaillée ses conditions de vie, dans un quartier précaire d'Abidjan ; cependant, aussi détaillée que soit sa description de sa maison, du nombre de personnes qui y vivent, il s'avère indispensable de voir comment elle est installée, de façon à disposer d'une image précise des tâches qu'elle accomplit, quotidiennement, et de leur difficulté.

Lorsqu'elle porte sur le fonctionnement d'une structure de santé, l'observation permet de mieux évaluer les propos des malades et des soignants, qui comportent des reproches mutuels et décrivent des situations apparemment contradictoires. Il est alors nécessaire de pouvoir observer comment se passe le moment de l'accueil des patients lors des consultations du matin : on mesure mieux la longueur de l'attente du malade, la durée d'une consultation et la charge de travail des médecins et des autres soignants. On peut aussi recueillir des échanges entre malades qui attendent d'être reçus en consultation ou entre les personnels de santé qui accueillent et orientent les patients dans les différents services. Les déplacements dans la structure doivent aussi être observés : patients qui s'égarent d'un service à l'autre, personnels de santé tantôt surchargés de demandes de renseignements, tantôt absents de leur poste de travail. Nous avons là autant d'informations qu'il n'aurait pas été possible d'obtenir sans une présence du chercheur sur le lieu de prise en charge des malades.

Rencontre de deux démarches

Décrire, dans leurs grandes lignes, les tenants d'une telle démarche qualitative n'implique aucunement d'ignorer l'apport de recherches mobilisant des outils plus quantitatifs. S'agissant plus spécifiquement de la sociologie, J.-C. Passeron plaide explicitement pour ce rapprochement lorsqu'il constate qu'« une sociologie soucieuse de prouver des enchaînements de cause à effet est forcément quantitative dans les moments les plus réglés de son argumentation » (2001 : 267). Il ajoute alors – et c'est là que se joue la rencontre entre les deux démarches, telle que nous l'entendons en anthropologie – « l'instrumentation statistique ne peut jamais, dans une argumentation sociologique, prétendre à se substituer à l'ensemble de cette argumentation » (*ibid.*). Le choix d'une telle mise en

commun méthodologique, là encore, doit répondre à une exigence scientifique : les questions posées doivent nécessiter cette double approche et il importe de pouvoir rassembler et faire travailler sur un même projet des chercheurs employant des méthodes différentes, les unes qualitatives, les autres quantitatives. Il faut éviter de développer des études « socio-anthropologiques » où un échantillon dit représentatif est constitué, mais sans respect des critères statistiques de représentativité. De même, il convient de se garder d'ajouter à des études épidémiologiques quelques entretiens pour illustrer des tendances décrites avec des outils statistiques, mais sans respecter les « principes » de mise en œuvre des entretiens des études qualitatives et sans prévoir aucun volet d'observation.

Se trouve directement posée ici la question du statut scientifique des disciplines « qualitatistes », au regard de celui des disciplines quantifiant leurs données. En effet, en filigrane de cette rencontre entre modes opératoires, on perçoit nettement que se lit la place de la formalisation, de la mesure et de la modélisation dans une discipline. Je suivrai tout d'abord G. Lenclud, qui souligne que « la formalisation n'est pas la mesure, qui est la condition de l'économétrie » (2001 : 455). Ensuite, il convient de se demander si l'anthropologie – ou toute autre discipline mobilisant une méthodologie qualitative – doit développer un « complexe de la formalisation », du fait de sa prétendue incapacité à la formalisation qui la relèguerait dans un « hors science ». Deux positions au moins, pas entièrement superposables, méritent ici d'être rappelées. G. Lenclud, tout en admettant que l'on puisse définir la scientificité « comme la capacité d'une discipline à formaliser ses raisonnements », estime que rien ne permet d'exclure les objets de l'anthropologie d'un tel traitement : en quoi les « phénomènes politiques, religieux... ou amoureux » seraient-ils moins formalisables que les phénomènes économiques (2001 : 454) ? Sans exclure explicitement l'idée que la formalisation soit aussi à la portée de l'anthropologie, C. Grignon suggère de son côté que le statut scientifique d'une discipline ne serait pas uniquement corrélé à sa capacité de formalisation. L'intuition et l'invention occupent ainsi une place essentielle dans la démarche scientifique, profondément investie par le « langage naturel ». La question n'est donc pas tant de ne pas s'intéresser à la place de la formalisation dans une discipline visant à la scientificité que d'insister, plutôt, sur le fait que cette présence de la formalisation n'exclut aucunement le recours à un « langage naturel », porteur des intuitions et de la capacité d'invention dont même les mathématiques ne font pas l'économie (2001 : 33-39).

Ces constats généraux effectués, dans l'exercice pratique de la recherche, il est tout d'abord possible de mener de pair le volet qualitatif et le volet quantitatif. Ce choix peut être effectué quand on préfère mettre en commun les résultats obtenus, par questionnaires, entretiens et observations. Ceci dans l'idée de repérer les points qui mériteraient d'être approfondis lors d'un « second passage ». L'avantage d'une telle démarche est qu'aucune étude n'est influencée, dans les questions auxquelles elle se

propose de répondre, par les résultats de l'autre. Chacune garde la liberté de développer ses propres interrogations. Néanmoins, de ce fait, par définition, les possibilités d'échange entre les deux enquêtes sont réduites, chacune étant déjà lancée. Le projet de recherche risque alors de se dédoubler et de ne plus être un projet commun mobilisant deux méthodes différentes. Une deuxième possibilité consiste à effectuer le volet qualitatif avant le volet quantitatif. Un tel choix découle de l'idée que les données recueillies et analysées par l'étude qualitative doivent aider à sélectionner les questions qui mériteront d'être abordées dans l'enquête quantitative. Enquête quantitative qui se concentrera sur les comportements, les connaissances ou les caractéristiques socio-démographiques que l'étude qualitative n'a pas permis de mesurer. Elle pourra alors profiter des résultats de l'étude qualitative pour concevoir ses questionnaires. Des questions qui n'auraient pas été posées seront alors ajoutées. De même, des questions largement traitées par le volet qualitatif pourront être supprimées du questionnaire. Mais – inconvénient de cet avantage-là en quelque sorte – le volet qualitatif ne peut pas bénéficier des résultats de l'enquête quantitative : disposer de ces résultats aurait pu suggérer au qualitatif de nouveaux thèmes d'entretiens.

Dans un troisième cas de figure (mener le volet quantitatif avant le volet qualitatif), le principe est de décrire l'ensemble de la situation au moyen de l'enquête quantitative, à charge pour le volet qualitatif d'illustrer des points précis et de développer des thèmes que le quantitatif ne peut traiter. L'intérêt d'une telle démarche est que l'étude qualitative, plutôt que de traiter de thèmes très divers, se concentrera sur des tendances révélées par l'enquête quantitative. Ces résultats peuvent suggérer aux chercheurs qui doivent mener l'enquête qualitative des thèmes auxquels ils n'avaient pas pensé. Leur étude les approfondira et les illustrera par des entretiens et des observations. Mais, dans le même temps, les résultats de l'enquête quantitative peuvent conduire à trop « guider » ou à « brider » l'étude qualitative. Or c'est parfois en abordant des thèmes sans lien direct apparent avec la question de recherche de départ que l'on recueille des informations qui s'avèreront utiles. Enfin, il est possible de commencer le volet qualitatif avant le volet quantitatif pour le continuer après l'enquête quantitative. En somme, l'enquête qualitative exploratoire aidera à construire un questionnaire quantitatif pertinent. Après le volet quantitatif, le volet qualitatif sera repris en modifiant, le cas échéant, le guide d'entretien pour répondre aux questions mises à jour dans l'analyse quantitative.

Ces développements méthodologiques généraux sur le déroulement de l'observation, de l'entretien et sur l'association de démarches qualitatives et quantitatives sont inévitablement sous-tendus par un certain nombre de considérations sur l'objet en anthropologie et la place de l'interprétation.

L'objet, l'observation, l'interprétation

Je m'arrêterai tout d'abord sur le constat de M. Foucault (1969) selon lequel, indépendamment de sa mise en relation avec une autre discipline, toute discipline se transforme par elle-même à travers sa production de pratiques discursives. Au cœur de cet exercice nous avons, naturellement, la définition de l'objet de recherche. Sans prétendre développer une analyse approfondie relevant de l'épistémologie – largement effectuée – des sciences sociales et de l'anthropologie, en particulier sur la nature et la place de l'objet dans la pratique, il importe de rappeler le caractère « instable » de l'objet : il se transforme sous l'effet de contraintes ou d'influences du « milieu » social et de la durée, et il est modelé par le regard anthropologique lui-même. L'enjeu premier de la réflexivité en anthropologie, une fois détaillées les conditions de ces deux processus, est très précisément d'étudier la part prise par l'un et l'autre et – j'ai eu l'occasion d'insister sur ce point – les liens qui se nouent entre l'une et l'autre figures de cette transformation de l'objet. Ceci revient, notamment, à se demander comment coexistent ces processus, c'est-à-dire comment, par exemple, l'observation des pratiques professionnelles dans un centre de santé les modèle dans un contexte où elles ont d'ores et déjà entamé un processus de changement propre : celui-ci va-t-il s'en trouver accéléré ou ralenti, infléchi dans une direction particulière, et ceci de façon durable ou très ponctuelle ?

Il est généralement admis que le statut et le projet de « l'observateur »/« interprète » influencent ceux de l'« observé »/« interprété » dans ce qui relève d'une forme d'échange. Échange qui inclut des stratégies de négociation, où l'objet du regard ou de l'analyse n'existe pas uniquement en tant que tel mais aussi en réponse et en réaction à ce regard – caractéristique d'une expérience de terrain « éminemment subjective » (Toffin, 1989 : 35) – et à ces tentatives d'interprétation. En d'autres termes, cela revient à admettre que, dès l'instant où l'anthropologue, par son observation et son interprétation, modèle son objet, en retour celui-ci voit sa pratique transformée. L'acte d'observation, pour reprendre l'expression de B. Jewsiewicki, est alors le résultat d'une démarche qui conduit l'objet de recherche à « se poser en sujet » et à « construire celui qui l'observe » (2001 : 630). Deux précisions s'imposent ici : d'une part, l'observation mais aussi l'écriture ne seront pas nécessairement redéfinies au même rythme³ et, d'autre part, les modulations qui interviendront porteront sur

3. Il n'y a pas de règle en la matière mais on peut trouver des exemples d'objets dont les caractéristiques imposent des ré-ajustements des conditions d'observation, qui imprègnent à leur tour progressivement le travail d'écriture, ou à l'inverse des objets ayant rapidement induit une mise en forme écrite spécifique, qui sera à l'origine d'une réflexion sur le recueil des données, puis d'une inflexion du travail de terrain (sur les liens entre objet et écriture, on se reportera au chapitre suivant).

le traitement ultérieur de *cet* objet comme sur celui d'un *autre* objet de réflexion.

La pertinence de ce travail réflexif – qui s'effectue progressivement et de façon négociée – s'en trouve redoublée s'il s'effectue de façon continue, en permanence, à partir de l'examen précis de la nature de l'objet étudié. L'originalité de la « chose observée », des exigences qu'elle pose à l'interprétation et à l'écriture n'est donc jamais figée dans l'instant de sa révélation : la question des modulations qu'elle provoquera de la pratique anthropologique ne se posera que si elle est appréhendée moins dans l'instant de son identification que dans la durée de ses manifestations. Ainsi, à titre d'exemple, ce ne sont pas mes premières rencontres avec des malades du sida – aussi spécifiques et inattendues soient-elles au regard de mes précédentes expériences d'anthropologue – qui m'ont permis une réflexion sur l'implication du chercheur et sur la façon de rendre compte de cette nouvelle expérience dans l'interprétation et l'écriture. L'originalité que je percevais en cet objet, réel et non plus imaginé, s'est construite progressivement et c'est très précisément à travers cette durée que prennent forme les interrogations sur le savoir anthropologique : durée qui permet une confrontation avec diverses expressions et divers effets de cette originalité perçue. En somme, l'expérience que l'anthropologue acquiert de son objet ne peut être disjointe de l'expérience de ses effets changeants sur la pratique anthropologique.

Admettre la permanence de l'interprétation dans la présentation à soi de l'objet constitue d'ores et déjà une position de recherche féconde. Repérer les lieux de l'interprétation (comment nous est interprété l'objet auquel on s'intéresse et comment et quand – au fil de notre démarche – nous l'interprétons) en évitant les pièges de la « sur-interprétation » (Olivier de Sardan, 1996 ; Lahire, 1996), doit être partie intégrante du « traitement » anthropologique de l'objet que l'on s'est donné. En ce sens, l'attention aux figures et formes de l'interprétation est à la fois un défi intellectuel et une nécessité. L'apport de l'anthropologie à la connaissance de la société réside très précisément dans la possibilité qu'elle a – et qu'elle est, me semble-t-il, dans l'obligation de transformer en une exigence, une nécessité – de penser le travail sur un objet en miroir avec un travail sur elle-même. En amont de cette interrogation, ne peut être éludée la discussion sur les rapports entre la théorie et l'observation dès l'instant où l'on admet que celle-ci modèle, à la fois, l'objet et les formes ultérieures de la pratique anthropologique. Rappelons, à cet égard, que si tout fait et toute observation dépendent de la théorie (Lenclud, 2001 : 437), au fil du déroulement du travail anthropologique les « surprises de l'observation », certes déterminées par des hypothèses préalables, fondent à leur tour de nouvelles hypothèses (Weber, 2001 : 360). Nécessité d'un « va-et-vient entre empirie (ou terrain) et théorie (ou modèle) » (*ibid.* : 356) qui ne doit pas être oubliée lorsque l'on constate la singularité du recueil de données et de l'analyse anthropologiques. Cette ouverture en direction de la singularisation du rapport à l'objet ne signe cependant pas

une absence de scientificité de la démarche puisqu'elle est portée par le souci de proposer une formalisation – loin de toute mesure – bâtie sur un travail empirique. Et c'est uniquement dans la double référence à la formalisation théorique et à l'empirie qu'il faut situer la dimension scientifique de l'anthropologie. Que cet échange, ce « va-et-vient », soit singularisé par la nature de l'objet ou par les choix individuels de l'anthropologue ne nuit pas au projet scientifique de l'anthropologie dès lors que l'échange en question est effectivement mis en pratique.

Il n'est pas indifférent que l'on puisse transposer nombre de ces interrogations sur les rôles de l'observation, de l'empirique ou du rapport à l'objet, à la pratique de la médecine. Les médecins – mais aussi les infirmiers, les sages-femmes ou les pharmaciens – observent, interprètent, écrivent et parlent⁴. Ne serait-ce que de ce point de vue, il apparaît indispensable de s'intéresser à la place occupée par chacune de ces activités dans ces diverses professions et pratiques médicales. A cet effet, il importe de comprendre comment ces activités se transforment, compte tenu des rapports qu'entretiennent les diverses catégories de soignants : l'attention se déplacera vers les pratiques qui, plus que d'autres, contribuent à asseoir la légitimité du soignant, selon qu'il est médecin ou infirmier. Si je rappelle ces quelques orientations possibles d'une anthropologie de la médecine, c'est – au-delà de leur intérêt intrinsèque – afin de poser les jalons d'une articulation entre une anthropologie qui interroge son rapport à l'objet, ses démarches d'observation, d'interprétation et d'écriture, et une anthropologie dont l'objet – la médecine – se définit aussi (même si ce n'est pas exclusivement) par le rôle qu'il affecte à l'observation, l'interprétation et l'écriture. Écriture sur laquelle je vais m'arrêter pour clore cet examen des configurations singulières de la méthode anthropologique.

4. On ne peut évidemment ignorer la place centrale que le langage occupe dans la relation thérapeutique, y compris lorsqu'il se trouve plus meublé par des silences que par une profusion de mots.

Pourquoi écrire

Comme je vais m'atteler à l'illustrer dans ce dernier chapitre, l'écriture de l'anthropologue joue un rôle essentiel dans la construction de l'objet. En effet, pour ne s'en tenir qu'à quelques-unes des multiples réflexions en sociologie ou en histoire des sciences sur cette question, l'écriture est aussi une « opération matérielle de création d'ordre » (Latour & Woolgar, 1986 : 264) et elle peut « traverser certaines frontières et posséder plusieurs niveaux d'expression qui engagent de nouvelles figurations de l'objet historique, de nouvelles compositions de cet objet », ce qui permet de parler à son égard de « construction d'événements par une stratégie du style et de la langue » (Farge, 1997 : 29). Dans ce processus de « création d'ordre » et de « construction d'événements », l'écriture sur le sida est fréquemment confrontée à la souffrance et à la mort. Lorsque l'on suit durant des mois, voire des années, des malades du sida jusqu'à leur fin ou dès lors que l'on approche, même brièvement, leurs difficultés quotidiennes, il est aisé de rendre compte de ces expériences en des termes qui ajoutent leur propre « potentiel dramatique » aux drames observés et côtoyés.

Que ce soit dans les récits de parcours thérapeutiques de malades, de description de leurs délicates relations avec leurs proches, ou lors de considérations plus générales sur la perception sociale du sida à Abidjan, il m'est cependant apparu nécessaire d'éviter la moindre emphase dramatique. Mon souhait n'était pas uniquement de rejeter toute expression de sentiments personnels, à mon sens peu susceptibles d'aider à la compréhension des situations décrites. Il s'agissait aussi de s'inscrire en faux contre l'image d'une « proximité » avec les situations de souffrance approchées, qui supposerait – et même exigerait – l'utilisation de procédés d'écriture dramatisant le récit. Avec, en filigrane, l'idée, fortement contestable, que le réalisme formel de l'écriture permettrait de mieux saisir la réalité. Or c'est oublier, naturellement, les processus de re-construction qui opèrent dans toute écriture ou, pour reprendre les mots de G. Lenclud – s'appliquant aussi bien à l'observation, à l'analyse, qu'à l'écriture –, le constat qu'un fait « sitôt isolé par l'esprit, sitôt énoncé, est toujours déjà commenté » (2001 : 430). Il convient donc d'admettre de tels processus plutôt que d'essayer de les occulter par une mise en scène de la douleur observée qui, le plus souvent, masque difficilement les angoisses du cher-

cheur lui-même. Qu'elles existent et qu'elles influencent le travail de terrain n'est guère contestable : on doit cependant veiller à ce que la mise en jeu de ces angoisses et de ces doutes dans le travail de terrain – dont on ne peut contester l'existence – ne tienne lieu de garantie d'une plus grande « sensibilité » à la chose observée, que devrait traduire une écriture « réaliste ». Or la proximité de l'anthropologue avec son objet ne peut viser à une forme de « fusion » dont l'écriture serait l'emblème. À cet égard, l'écriture doit exprimer la juste distance qui permet l'analyse anthropologique : alors, l'écriture anthropologique sera moins neutre que clinique, moins inexpressive et « insensible » qu'analytique. L'écriture, comme le souligne J. Benoist, servira moins à « dire [la] subjectivité [de l'anthropologue] » qu'à « essayer de faire passer la réalité subjective, la somme des réalités subjectives qui fondent la société » (Benoist, *in* Lévy, 2000 : 34).

Écriture et ouverture

L'enjeu est alors de faire en sorte que le travail d'interprétation de l'écriture, qu'il serait vain de nier, ne se transforme en un exercice de rétrospection de l'anthropologue. En d'autres termes, la réflexion sur l'écriture doit aider à la connaissance de l'anthropologie bien plus qu'à celle de l'anthropologue. Outil mais aussi objet anthropologique, l'écriture doit être une entreprise d'ouverture, volontairement entendue ici dans une acception large. Ouverture sur la complexité des réalités sociales, ouverture sur l'exercice de l'anthropologie, mais aussi ouverture vers d'autres disciplines scientifiques ou vers des publics non spécialisés. Vaste projet, peut-être exagérément ambitieux, et qui revient à décliner les diverses applications du travail d'« écrivain » des anthropologues (Jay, 1998 : 115) qu'à la suite de R. Barthes (1981) on distinguera de celui d'« écrivain ». Rappelons que l'écrivain « accomplit une fonction » et qu'écrire est pour lui un verbe « intransitif » – « l'écrivain écrit » –, alors que l'« écrivain » écrit, lui, *pour* témoigner, expliquer, enseigner. J'ajouterai ici que considérer l'écriture comme le moyen d'une ouverture, et non comme une fin en soi, n'exclut aucunement un travail de réflexion sur cette écriture, pas plus que cela ne dépossède l'écriture de son pouvoir de révéler les mécanismes de la démarche anthropologique. On pourrait même y voir là une des fins assignées à l'écriture de l'anthropologue-écrivain¹.

La question maintenant posée est celle de la mise en œuvre de cette entreprise d'ouverture que l'on affecte à l'écriture : peut-on s'adresser

1. Je développe l'idée de l'écriture comme condition de l'anthropologie dans un texte récent (2004, à paraître).

dans les mêmes termes aux pairs d'une autre discipline et aux personnes intéressées sur le « terrain » par la réflexion sur l'application des résultats ? Peut-on conserver ce même registre d'écriture lorsqu'on analyse sa propre démarche, son rapport à l'objet ? Si un même texte peut difficilement répondre à ces diverses exigences, cela ne signifie pas l'abandon d'une conception singulière de l'écriture. Par l'écriture, le projet anthropologique dans son ensemble doit être identifiable : l'objectif n'est pas ici de faire en sorte que l'anthropologue – identifié en tant que tel – soit aisément repérable lorsqu'il écrit pour tel ou tel public, ou dans telle ou telle perspective (appliquée, réflexive...). L'enjeu de cette diversité d'écritures est de garder intacte la marque singulière de la démarche anthropologique adoptée par chaque chercheur.

Diversités d'écritures et statut scientifique

Admettre qu'il peut y avoir autant d'écritures que d'anthropologues mais aussi autant d'écritures que d'objets anthropologiques introduit une série de questions : en quoi cela affecte-t-il le statut de science de l'anthropologie ? En effet, marquer, par l'écriture, la singularité du regard anthropologique, quelqu'en soit l'objet, n'est-il pas en contradiction avec la dimension universelle prêtée à la démarche scientifique ? N'y a-t-il pas là le risque d'une mise en avant de la subjectivité du chercheur, laissant une place trop grande à la composition imaginaire, des perspectives susceptibles d'entraver le projet scientifique – tel qu'idéalement représenté ? Avant d'apporter des éléments de réponse à ces questions, on admettra volontiers, à la suite de M. Jay, que tout débat sur l'écriture en anthropologie « révèle les tensions relatives à la définition de la discipline » (1998 : 122) et que parmi celles-ci se trouve naturellement la position de l'anthropologie comme discipline scientifique. Cette simple remarque suggère en réalité que le débat se situe ici à un double niveau et pose donc deux séries de questions : d'une part, pourquoi le fait de réfléchir sur l'écriture en anthropologie conduit-il inévitablement à interroger le statut de science de cette discipline ? et, d'autre part, peut-on définir ce que serait une (ou des) écriture(s) scientifique(s) ?

S'agissant de la première interrogation, C. Geertz (1996) nous rappelle les liens qui se nouent entre le rapport observateur/observé d'un côté, auteur/texte de l'autre. Liens bâtis autour de la figure de l'implication si l'on admet que « dans le discours anthropologique, l'hésitation qui se manifeste en termes de signature par la question jusqu'où et comment s'impliquer dans le texte, se manifeste en termes de discours par la question jusqu'où et comment le composer imaginativement » (Geertz, 1996 : 27). Ce passage d'une implication dans l'observation à une implication dans l'écriture est-il inévitable et ne participe-t-il pas d'un processus de

disqualification scientifique du travail anthropologique ? La personne de l'anthropologue risque en effet de se substituer entièrement à la singularité des analyses ou de l'écriture qui, elle, n'est nullement incompatible avec une lecture et un exposé scientifiques des faits. J.-P. Olivier de Sardan voit dans la mise en avant du « je » dans la recherche, et dans le texte en particulier, tout à la fois une « exaltation de la subjectivité » du chercheur et un « choix stylistique », l'une et l'autre « neutres » d'un point de vue scientifique, voire même contre-productifs (2000 : 421/441). En filigrane de cette non-scientificité du travail anthropologique, dès l'instant qu'il s'autorise une mise en avant de la personne de l'anthropologue, on ne peut manquer de lire le débat sur la vérité en anthropologie – de la collecte des données à leur interprétation.

Ce qui est ici en jeu et critiqué dans la subjectivité du chercheur – porteuse d'une démarche non pertinente d'un point de vue scientifique – demeure bien, fondamentalement, qu'une part de la vérité sociale ou de la vérité des faits échapperait à l'investigation anthropologique, exagérément subjective. Or, précisément, aborder cette question de la relation entre subjectivité et scientificité par le biais de la notion de vérité amène à nuancer quelque peu l'opposition tranchée entre l'une et l'autre. On se reportera utilement ici à la distinction que pose T. Todorov entre la « vérité-adéquation » et la « vérité-dévoilement », « la première ne connaissant comme mesure que le tout et le rien, la seconde, le plus et le moins » (1988, 9-10)². Ceci afin de situer l'anthropologue moins dans la recherche de la vérité-adéquation que dans celle d'une vérité-dévoilement, où ce qui est mis en lumière n'est pas tant la « réalité » d'un comportement ou d'une parole que les logiques, les stratégies, mais aussi les incertitudes qui les gouvernent. Que les unes et les autres rapprochent de la « vérité-adéquation » est naturellement possible : là n'est pour autant pas l'objectif de l'anthropologue, qui s'inscrit avant tout dans le registre de la « vérité-dévoilement ».

On est alors en droit de se demander si l'écriture anthropologique, visant donc à la « vérité-dévoilement », éloigne la discipline des canons de la démarche scientifique. De même, repérer dans le texte des éléments de subjectivité – à distinguer de la mise en exergue du « je », de la personnalité du chercheur – constitue-t-il un facteur limitant le projet scientifique du chercheur ? La réponse à ces interrogations doit prendre en compte deux critères que ni la présence d'éléments de subjectivité, ni le projet de « vérité-dévoilement » ne peuvent fondamentalement contra-

2. T. Todorov fournit les exemples suivants de « vérité-adéquation » : « que X ait commis un crime est vrai ou faux (...) et de même pour savoir si les juifs sont, oui ou non, partis en fumée par les cheminées d'Auschwitz », puis de « vérité-dévoilement » : « si la question porte sur les causes du nazisme ou l'identité du Français moyen en 1987, aucune réponse de ce genre n'est concevable : les réponses ne peuvent contenir que plus ou moins de vérité, puisqu'elles aspirent à dévoiler la nature d'un phénomène, non à établir des faits » (*ibid.*, p. 10).

rier : l'adéquation entre problématique-objectifs-méthode et écriture, d'une part, et le maintien d'espaces d'incertitudes, conditions – avant toute autre considération – de la scientificité de la démarche, d'autre part. Je remarquerai tout d'abord que l'accord de l'écriture (sa forme, son contenu) avec la nature de l'objet de recherche et les méthodes développées pour l'appréhender fonde la démarche anthropologique. De ce point de vue, la question de l'écriture anthropologique implique un « choix des modes d'expression selon les questions abordées et l'intention recherchées » (Descola, 1993 : 482). Par exemple, le traitement écrit de données peut s'inscrire dans un projet de vulgarisation : le résultat sera de nature scientifique si les objectifs que se propose d'atteindre le chercheur et la problématique développée sont compatibles avec cette technique d'écriture. Ainsi, un excès de complexification de la problématique sera incompatible avec la simplification de l'analyse requise par la démarche de vulgarisation. Simplification qui ne signe pas la non science, pas plus que la complexité ne signe la science : c'est le passage de l'une à l'autre, la confusion des registres au sein d'un même projet qui entre en contradiction avec les exigences scientifiques.

S'agissant de la question de l'incertitude, je reviendrai brièvement sur le problème de la diversité des écritures en anthropologie³, pour bien insister sur le fait qu'elle « renvoie à la diversité des angles d'approche, des partis pris méthodologiques des sociétés et des objets étudiés » (Barthélémy, 1998 : 41). Il importe de défendre ici l'idée que c'est dans les variations, les modulations de l'écriture, que s'expriment des espaces d'incertitudes, eux-mêmes constitutifs de la démarche scientifique. Une écriture standardisée, uniforme, laisserait entendre que l'objet de l'attention du scientifique est figé dans l'instant de son observation, tout en étant dépourvu de la moindre ambiguïté, de la moindre nuance.

Écrire un itinéraire : à propos de John, malade du sida

De ces enjeux de l'écriture, la relation qui suit du parcours de John tente de rendre compte. Fondé sur une série de rencontres et d'entretiens étalés sur trois ans, tout à la fois mise en forme d'un matériau ethnographique et ébauche d'interprétation (des représentations de la maladie, des relations de couple, du rapport à la mort, des conditions sociales d'existence d'un malade du sida), ce texte se veut une illustration de l'écriture d'une anthropologie prenant pour objet le sida et l'expérience singulière de ses malades.

3. Dans les sciences biomédicales, par exemple, l'écriture n'est pas entièrement homogène ni standardisée, même si elle l'est plus qu'en anthropologie.

Le parcours de John – maçon d'origine ghanéenne âgé de 34 ans lors de son arrivée dans un Centre anti-tuberculeux d'Abidjan en mai 1990 – est marqué tout à la fois par une fréquentation hésitante du CAT et par la nécessité de composer avec la dégradation de l'état de santé de son épouse. De notre première rencontre en septembre 1990 à son départ d'Abidjan en novembre 1993, à la suite des agressions contre la communauté ghanéenne en réponse à des incidents dont furent victimes des ivoiriens au Ghana, j'ai vu se multiplier dans ce couple les problèmes de santé sans que s'impose pour autant une démarche systématique vers les médecins des CAT.

Ce fut notamment le cas au début de 1990, lorsque John a recours pendant trois mois aux services d'un guérisseur. Vivant alors dans une autre cour que celle qu'il occupera jusqu'à son départ d'Abidjan, il commence à tousser et à maigrir. La propriétaire de son logement reçoit au même moment la visite d'un guérisseur ghanéen et John profite de sa présence pour lui soumettre non pas ses problèmes de santé mais ceux d'Akissi, son épouse, qui souffre de la gorge et « ne peut pas avaler ». Il la soignera et elle guérira « deux jours après ». A cette occasion, Pokou, le guérisseur, constate l'affaiblissement de John et lui demande de venir s'installer chez lui, avec sa femme, afin de pouvoir suivre un traitement. Pokou m'explique qu'il a alors exigé de John l'abandon de la cigarette et de l'alcool, condition impérative pour le succès de ses soins. Durant cette période, Akissi prépare à son mari des remèdes à base de plantes, destinés à soigner son paludisme. John reprend des forces, devient capable de marcher normalement et Pokou lui conseille de s'adresser maintenant à des médecins. Un ami ghanéen, suivant lui-même un traitement anti-tuberculeux, lui indique le CAT : depuis cette date, John affirme n'avoir plus eu recours à quelque tradithérapeute que ce soit. Ils continuent toutefois à se rendre mutuellement visite avec Pokou, jusqu'au décès de ce dernier en juin 1992.

Lors de l'une de nos discussions en mai 1991, Pokou met sur le compte de l'alcool les rechutes de John intervenues après le traitement qu'il lui a délivré. Cette remarque, effectuée au cours d'un échange portant plus spécifiquement sur son approche thérapeutique du sida, prend une dimension particulière lorsque l'on se propose de décrire le parcours thérapeutique de John. Son penchant pour l'alcool s'avèrera être, en effet, un profond inhibiteur de toute démarche thérapeutique en direction des médecins en général et de ceux du CAT en particulier, tant en ce qui le concerne (à la suite de la réactivation de sa toux) qu'au regard des problèmes de santé que connaît sa femme (une infection à un pied). Il se présente ainsi en retard à un rendez-vous du CAT en décembre 1990 et dépense une part importante (la moitié, selon Akissi) de ses gains quotidiens dans la boisson. Consciente de ce gaspillage, Akissi entre fréquemment en conflit avec son mari – y compris en ma présence –, l'accusant de ne garder de l'argent ni pour payer le loyer ni pour se soigner durablement en consultant les médecins du CAT.

Le comportement de John vis-à-vis de l'alcool – qui s'apparente à une véritable dépendance tant les conseils d'en abandonner la consommation ont été multiples et variés – a pour conséquence de freiner toute démarche vers le CAT. Nous retrouvons ici un argument financier maintes fois repéré (Vidal, 1996-a) : après la prise en charge de la tuberculose, les consultations au CAT, qui peuvent s'accompagner d'examens radiologiques payants, donnent lieu à la prescription d'ordonnances de médicaments difficiles, parfois impossibles, à acheter. John se trouve donc confronté à un dilemme financier que ses dépenses pour se procurer de l'alcool ne font qu'aggraver. Il voit sa santé se détériorer – alors que Pokou et les médecins lui ont dit de ne plus boire – et ses ressources financières s'amenuiser, l'empêchant de recourir aux soins qu'exigerait son état de santé et celui de sa femme. C'est donc sans véritable espoir de pouvoir se traiter efficacement qu'il se rend au CAT, essentiellement en réponse à mon insistance et à celle de ses proches (voisins, amis) : en 1991, il reçoit deux ordonnances mais ne peut se procurer que les remèdes de la première ; en novembre 1992, son déplacement au CAT se révèle inutile car il n'a pas l'argent nécessaire pour effectuer la radio ; en avril et octobre 1993, se pose à nouveau le problème du prix des remèdes prescrits au terme des consultations. John se tourne alors systématiquement vers une forme d'automédication consistant à acheter dans la rue, et notamment au marché, des remèdes, des plantes et des préparations diverses. Akissi recourt elle aussi à ce type de médicaments pour soigner l'infection de son pied, qui la handicape de plus en plus. Ses déplacements auprès de structures de soins se résument à une visite à un dispensaire de quartier en avril 1993 (délivrance d'une ordonnance non payée) et, accompagnée de John, à une consultation au CAT en octobre 1993. Akissi est très amaigrie et son déplacement au CAT (où elle n'est jamais allée), décidé par John, est retardé d'une semaine après l'intervention d'une femme qui lui propose un traitement à base de plantes. Ni ce traitement ni la consultation du CAT – qui ne sera suivie d'aucun achat de remèdes – n'améliorent l'état de santé de Akissi, qui continue à se dégrader jusqu'à son décès au Ghana, au début de 1994.

Parmi les patients rencontrés, John est un de ceux qui ont l'accès le plus aisé au CAT : installé dans le même quartier que la structure sanitaire, il côtoie des personnes qui y suivent un traitement. Une telle proximité géographique ne garantit bien évidemment pas un recours régulier aux services offerts par cette structure de soins. Contrairement à d'autres patients, John n'évoque certes jamais le coût du transport pour expliquer ses retards ou son abandon de tout recours au CAT : d'une façon générale, il s'attarde rarement sur le prix des remèdes prescrits ou celui des radiographies effectuées en dehors du traitement anti-tuberculeux. Ceci étant, il ressort de nos discussions – auxquelles prenaient fréquemment part sa femme et une voisine – que la faiblesse des ressources financières du couple a favorisé l'éloignement du CAT, une fois achevé le traitement initial de sa tuberculose.

Précisons que John a toujours ignoré qu'il était infecté par le virus du sida. A quatre mois d'intervalle, il m'explique n'avoir entendu parler de son sang qu'à une seule reprise, au CAT (sans qu'il soit alors mention du sida) et devoir éviter toute relation sexuelle et tout repas en commun avec sa femme, « à cause de sa toux ». Aucun préservatif ne lui a été remis et il ignore ce qu'il risque s'il ne protège pas ses rapports sexuels. Jusqu'à notre dernière rencontre, en octobre 1993, l'ensemble des propos renvoyant à sa compréhension de la maladie, échangés tant avec lui-même qu'avec sa femme et deux de leurs amis, vont s'organiser autour de la double préoccupation que représente la persistance de la « toux » et la négociation des rapports sexuels entre John et sa femme. Plus explicitement, dans leurs discussions parfois violentes, ils abordent constamment la question du penchant pour l'alcool de John et sa difficile acceptation du préservatif.

Comme je l'ai dit, aussi bien les médecins du CAT (tenant un propos général sur le danger de la consommation d'alcool) que sa femme, ses voisins ou le guérisseur Pokou, demandent avec insistance à John d'arrêter de boire afin de favoriser la guérison de sa tuberculose. En particulier, Pokou, justifiant par ce comportement les rechutes de John, effectue un lien intéressant à relever entre l'alcool et le développement du sida. Ce guérisseur explique en effet que son traitement, d'une durée d'un mois, nécessite l'arrêt de toute consommation d'alcool et de tabac. En cas de non respect de ces consignes, la toux reviendra. Or, ajoutées aux hémorroïdes, la toux et la consommation d'alcool provoquent des « plaies dans le ventre », des diarrhées. Enfin, le cumul de ces trois symptômes (toux, hémorroïdes, diarrhées) déclenche le sida. Pokou décrit par conséquent un syndrome qu'il identifie comme étant le sida : toutefois, John n'entend pas ce diagnostic, Pokou se contentant de l'écouter décrire les symptômes de sa maladie sans jamais évoquer avec lui le sida. L'interprétation de la maladie de John proposée par l'un de ses plus proches amis, Henri, mérite elle aussi que l'on s'y attarde. Photographe installé dans le même quartier que John, Henri suit un traitement anti-tuberculeux (dans le même CAT que John) et attribue la tuberculose de son ami, conjointement, à la cigarette, à l'alcool et à la nourriture prise en commun. Nous retrouvons ici les conseils des médecins recommandant d'éviter durant le traitement ces trois pratiques, à la différence notable qu'elles ne sont plus présentées comme susceptibles de compromettre la guérison mais bien comme étant explicitement à l'origine de la tuberculose.

Tant Pokou qu'Henri et les médecins mettent donc en avant l'alcool et la cigarette, suivant des logiques d'action néanmoins variables sur la santé de John : Henri considère leur consommation comme étant à l'origine de la maladie, alors que Pokou et les médecins jugent qu'elle risque d'aggraver une affection ayant d'autres causes. Le parallèle avec les propres représentations de John du déclenchement de sa maladie et de son évolution s'avère dès lors instructif. En premier lieu, John sait qu'il doit arrêter de boire et de fumer : exaspérée par son comportement d'al-

coolique, l'amie de sa femme lui fera observer que, s'il veut mourir – comment expliquer autrement son incapacité à restreindre sa consommation d'alcool ? –, qu'il n'imagine pas que ses proches auront des difficultés pour organiser son enterrement⁴ ! Il n'attribue cependant sa maladie pas plus à l'alcool qu'à des relations sexuelles non protégées : John estime être victime d'un empoisonnement, provoqué par sa sœur aînée, qui – lors d'un séjour d'un mois chez lui – s'est montrée jalouse de la situation de son épouse (et notamment, précise-t-il, de son embonpoint, signe que John se montre attentionné envers elle). Cette interprétation lui semble la seule en mesure d'expliquer le constat que – parmi ses amis ayant connu le même mode de vie que lui – il soit le seul malade. John m'apprend alors que cette analyse a été développée par Pokou, illustrant de façon exemplaire la nécessaire recherche d'une cause première (une action mal intentionnée) à une affection qui possède – ceci à un second niveau de causalité – ses propres mécanismes d'apparition (alcool favorisant la toux qui, cumulée aux hémorroïdes, provoque des diarrhées puis le sida).

Lorsqu'il évoque une similitude de comportements avec certains de ses amis, John fait, bien entendu, référence à des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnelles (Akissi pense ici, sans hésitation, aux prostituées ghanéennes qui résident dans le quartier et, notamment, dans les étages de leur immeuble). Sur ce point, bien qu'ayant été entendu, le message médical sur la protection des relations sexuelles a rapidement été confronté au silence sur la nature du risque auquel il s'exposerait en l'absence de précautions : John se sait tuberculeux mais ignore donc sa séropositivité. Quatre mois après le début de son traitement, en septembre 1990, l'évocation d'une abstinence qu'il souhaite brève et l'attente de l'autorisation des médecins pour reprendre des rapports sexuels non protégés avec sa femme, s'inscrivent dans le cadre d'une perception de la tuberculose occultant le risque représenté par le VIH. Il suppose en effet que sa « toux » est « mauvaise pour [sa] femme ». En décembre 1990, comme il s'estime guéri après six mois de traitement, l'argument de la transmission de la tuberculose à Akissi devient caduc. S'engagent au sein du couple des négociations conflictuelles sur l'approche de leur vie sexuelle. Akissi observe alors que son mari se remet difficilement de sa tuberculose, rechute fréquemment, sans pour autant se rendre au CAT et qu'il peut, de ce fait, difficilement être considéré comme guéri. Les termes du conflit sont alors posés : John prétend observer une abstinence tant que les médecins ne lui signifient pas la possibilité d'avoir des rapports non protégés, alors qu'Akissi conteste énergiquement ces affirmations – de même qu'elle contredit sans cesse son mari lorsqu'il affirme avoir arrêté de boire – et l'accuse de la

4. Désabusée et en colère, elle remarque qu'« il y a des *fanci* partout et pas chers à Abidjan » : en d'autres termes, elle n'aura aucune difficulté à se procurer des pagnes – de qualité *fanci* – pouvant servir de linceul, s'il décède.

solliciter pour des relations sexuelles sans préservatif. Or l'utilisation du préservatif représente pour elle l'assurance de rester en bonne santé.

S'affrontent par conséquent deux représentations d'une maladie et de sa transmission, élaborées suivant des modalités fort différentes. Tous deux ont certes assimilé l'information sur la tuberculose et sa transmission ainsi que celle relative à la protection des relations sexuelles. Mais, alors que John doit composer avec l'expérience médicale d'une amélioration de son état de santé au fil du traitement anti-tuberculeux clos par une guérison supposée définitive, Akissi modèle principalement son attitude en observant, bien après les soins du CAT, l'aggravation de sa maladie. Les réactions du voisinage et certaines recommandations de Pokou, reçues dans des termes voisins par John et Akissi, agissent, elles aussi, de façon opposée sur leurs représentations respectives de l'affection de John. S'il se garde d'évoquer le sida avec John, Pokou met en revanche l'accent sur le caractère contagieux de sa maladie et la nécessité d'éloigner ses proches. Éloignement qui s'effectuera « naturellement » : les visites se raréfient d'elles-mêmes (ils « ont peur de la toux ») et, à son travail, sur les chantiers, ses collègues l'évitent, l'obligeant à manger seul. De plus, la propriétaire de son logement, se déplaçant chaque jour pour prélever le montant du loyer, envisage un temps de le renvoyer de peur qu'il ne contamine le voisinage. Ces attitudes de méfiance et de peur s'accompagnent parfois de conseils, comme ceux de ses voisins qui – convaincus de son prochain décès – l'incitent à rentrer au Ghana : des catholiques, membres d'une Église qu'il fréquente, venus à son domicile, lui recommandent aussi de retourner au pays ou, à défaut, d'aller sans tarder à l'hôpital.

De façon habituelle dans ce type de réactions, essentiellement fondées sur l'observation de symptômes associés à la tuberculose ou au sida, dès lors que le malade se rétablit et reprend des forces, les contacts interrompus avec le voisinage se renouent. John a trouvé dans ces comportements de distanciation la confirmation qu'il souffrait d'une affection contagieuse et, plus spécifiquement, de la tuberculose. Remarquant que ses voisins à l'attitude changeante « avaient peur de la toux », il intègre clairement ses diverses observations dans sa représentation de la tuberculose – et non du sida –, avec pour conséquence logique la perspective d'une guérison que les médecins du CAT lui laissent, par ailleurs, entrevoir au terme de son traitement anti-tuberculeux. A l'opposé de cette idée d'une guérison de la tuberculose, qui autoriserait l'abandon des mesures de prévention, Akissi se forge – sur la base des mêmes observations de la crainte suscitée par la maladie de son mari – une conviction inverse : celle de la nécessité de protéger leurs relations sexuelles et, donc, de garantir sa santé personnelle. Nous avons là confirmation de l'aspect non seulement construit et élaboré dans le temps mais, aussi, négocié des représentations. Le malade se trouve – ne serait-ce que parce qu'il porte un temps les signes d'une affection grave – au carrefour d'interprétations inégalement argumentées qu'il entend, assimile et reproduit suivant un processus

de négociation de ces diverses informations et des comportements qu'elles engendrent. Au cœur de cette notion de négociation, se détache la problématique de l'annonce de la séropositivité et de la diffusion de l'information sur la maladie, à partir et en direction du patient.

Lié à la maladie ou au travail, l'imprévu financier n'a cessé de marquer les trois dernières années de John à Abidjan. Ses activités de maçon ont ainsi dû composer avec deux difficultés majeures : l'existence de périodes pendant lesquelles il n'est sollicité pour aucun chantier et de fréquents retards dans le paiement de ses journées de travail (de 1 000 à 2 000 fcfa⁵). Par ailleurs – argument déjà évoqué alimentant le conflit dans le couple – sa femme l'accuse de gaspiller son argent en achetant de l'alcool, alors même que le loyer quotidien (500 puis 600 fcfa), la nourriture puis leur état de santé nécessitent des dépenses régulières. Penchons-nous tout d'abord sur les dépenses liées à la maladie de John.

Les semaines précédant son arrivée au CAT en mai 1990, Akissi lui prépare des médicaments à base de plantes qu'elle se procure au marché et destinées à soigner un « paludisme ». Intervient alors Pokou, le guérisseur, qui ne demande à être rémunéré qu'au terme de son traitement, en argent (3 000 fcfa) et en produits divers (une bouteille de « gin », un poulet). John assume ces dépenses et règle le montant de la prise en charge au CAT, mais l'interruption de son travail durant la phase la plus intense de sa maladie le contraint progressivement à ne plus payer son loyer. Déjà inquiète des risques de contagion de sa tuberculose aux autres locataires de l'immeuble, sa propriétaire saisit l'occasion de ces retards pour le menacer d'expulsion. Conseillée par des voisins, elle accepte finalement de les laisser dans leur logement : reprenant alors le paiement du loyer, John et Akissi connaîtront de nouvelles difficultés pour le régler, en septembre 1991.

A cette date et depuis la guérison de sa tuberculose en mars 1991, John a reçu deux ordonnances du CAT, l'une de 8 600 fcfa, réglée, et la seconde, de 4 000 fcfa, restée impayée. De plus, Akissi connaît ses premiers problèmes de santé, avec l'infection d'un pied – enflé et douloureux – qui la handicape pour se déplacer. Ne disposant pas de l'argent nécessaire pour soigner sa femme et provisoirement sans travail, John affirme même avoir du mal à se nourrir. Il devance toute suggestion d'une éventuelle mobilisation de ses amis en remarquant que seul un événement important – un décès, une maladie grave nécessitant un retour au pays – les inciterait à se cotiser. De toute évidence, une simple prescription médicale impayée n'autorise pas une sollicitation de ses compatriotes, ce qui confirme le caractère circonstancié de la solidarité envers le malade.

L'évolution préoccupante de la santé de Akissi illustre cette appréciation d'un effort de solidarité, certes envisageable mais inévitablement

5. Soit, à cette époque, c'est-à-dire avant la dévaluation du franc cfa intervenue en janvier 1994, 20 à 40 FF (3 à 6 euros).

sélectif. D'initiatives ponctuelles (achat de plantes au marché en janvier 1992) en démarches vaines (remèdes prescrits dans un dispensaire mais qu'elle ne s'est jamais procurés, en mars 1993 ; projet retardé de se rendre au CAT, en octobre 1993), son état de santé se dégrade. John décide alors de l'envoyer au Ghana, vend un poste de radio et bénéficie d'une somme d'argent collectée par une voisine. Cette mobilisation s'avère suffisante mais Akissi refuse de partir sans son mari et compromet de la sorte son propre voyage, John ne disposant pas des 35 000 fcfa dès lors nécessaires. Il accepte néanmoins le principe d'un départ d'Abidjan, ville où les soins et les conditions de vie deviennent financièrement chaque jour plus difficiles à supporter. A l'exception d'une remarque, en février 1991, sur la présence de ses deux filles au Ghana, qu'il ne souhaite pas faire venir en Côte d'Ivoire pour ces mêmes raisons, ce fut la seule réflexion désabusée de John sur son existence à Abidjan. Ces propos interviennent peu de temps avant son départ précipité de la ville, à la suite de violents incidents entre Ghanéens et Ivoiriens : exceptionnel dans son discours, le découragement qu'il traduit n'en possède pas moins de solides fondements. Parmi ceux-ci, je mentionnerai l'irrégularité de son travail, les disputes permanentes avec Akissi au sujet de son alcoolisme et l'aggravation de l'état de santé de celle-ci. Il convient d'y ajouter des relations avec le CAT témoignant à diverses reprises de malentendus dans la perception de l'organisation du traitement anti-tuberculeux. Je citerai, à titre d'exemple, sa déception de se voir retirer en cours de traitement un des deux remèdes qu'il prenait jusqu'alors et auquel il attribue son regain de forme et, notamment, sa prise de poids (il s'agit en fait d'un allègement normal du régime thérapeutique anti-tuberculeux). Plus tard, en janvier 1992, il doit régler une amende de 3000 fcfa consécutive à un retard à un rendez-vous et, en novembre de la même année, il se déplace inutilement au CAT, ne disposant pas des 2 000 fcfa demandés pour la radiographie.

Rapportés au contexte familial et économique dans lequel John évolue, les imprévus de l'accompagnement du sida – amende, rendez-vous reporté mais aussi maladie des proches – encouragent une lecture à la fois temporelle et séquentielle des figures de la solidarité et de la dépendance. Lecture temporelle, car les manifestations d'entraide évoluent avec les capacités financières des personnes sollicitées et leur volonté à les mobiliser. Indispensable lecture séquentielle, aussi, dans la mesure où chaque signe de solidarité ou, à l'inverse, de prise de distance, doit être analysé comme un élément d'une chaîne de réaction de l'entourage : chacun de ces éléments est un événement singulier possédant ses propres justifications et dessine une séquence de solidarité originale, fortement tributaire du contexte dans lequel elle prend forme (état de santé du malade quand il sollicite un tiers, délai depuis sa précédente demande, nature de l'aide demandée...). En somme, le parcours de John apparaît singulier par bien des aspects, que ce soit dans la recherche de soins pour lui ou par sa femme, dans la quête de moyens financiers ou

lorsqu'il avance dans la compréhension de la nature de sa maladie. Chacun de ces événements fournit dans le même temps des indications – au-delà du cas de John – sur ce que signifie être malade du sida et de la tuberculose, lorsque l'information sur la maladie et les ressources matérielles s'avèrent insuffisantes, lorsque l'on veut toujours avoir une vie de couple et que son conjoint aussi est malade. Mais ces indications, ces propositions de réflexion, ne peuvent viser une portée générale que parce qu'elles ont d'abord mis en lumière des singularités : singularités des relations de couple de John et d'Akissi, singularités des démarches auprès de Pokou et du CAT.

C'est très précisément à la mise en exergue de ces singularités en tant qu'ouvertures vers des interprétations d'ordre général que travaille l'anthropologie. Travail qui, cela a été dit, suppose une définition précise de l'objet d'étude et la mise en œuvre de méthodes de collecte de données associant recueil de discours et observations : travail qui, *in fine*, se poursuit et s'achève dans le passage à l'écriture. Écriture inévitablement singulière, non point parce que s'y repèrerait l'individualité de son auteur, mais bien par la singularité du social qu'elle évoque.

CONCLUSION

Vers une anthropologie du singulier

Le choix de penser un projet de connaissance anthropologique (la médecine, son savoir et ses pratiques) dans ses liens avec un projet de connaissance sur l'anthropologie trouve un ultime prolongement, une dernière illustration, dans l'anthropologie du singulier vers laquelle tend l'ensemble de mon propos. A mi-chemin d'une sociologie qui appréhende les faits sociaux dans leur globalité et d'une psychologie de l'individu, cette anthropologie du singulier postule que les stratégies et représentations sociales ne peuvent se décrire qu'à partir d'un regard sur leurs expressions singulières. L'examen de ces expressions singulières – la pratique d'un soignant, ses descriptions des formes cliniques d'une pathologie ou ses choix de traitements, mais aussi les actions d'un responsable de culte – représente une étape dans un processus qui a pour objectif l'analyse des *liens* qui s'établissent entre diverses singularités. Qu'elles renvoient à des pratiques ou des connaissances, ces singularités doivent en effet, à mon sens, être approchées dans les rapports qu'elles nouent entre elles. Dans les faits, ce n'est qu'à partir d'une appréhension systématique, en diverses occasions et à divers moments, des marques de la singularité chez une série d'individus que pourra être engagée l'analyse des échanges qu'ils instaurent. J'ajouterai qu'une telle attention au singulier des pratiques et des connaissances permet à terme une lecture de l'altérité – qui est au fondement de la démarche anthropologique.

Le souci du singulier ne relève en aucun cas d'un repliement sur des formes d'expressions autonomes et autarciques d'individualités isolées dès l'instant où, comme je le propose, des liens, des mises en relation, seront étudiés. Ainsi, la mise en lumière d'une pratique thérapeutique singulière (par exemple, en matière de prise en charge de la tuberculose ou du sida) sera rapportée à des normes en la matière mais, aussi, à d'autres stratégies singulières : de sorte que l'accent porté sur une « originalité », une « spécificité », se transforme en un regard sur des *échanges* entre des singularités, et entre des singularités et des normes. Or c'est très précisément dans l'examen de ces échanges, des relations qu'entretiennent les individus porteurs ou non de singularités, que la compréhension de l'« autre » prend forme. Altérité qui, ce faisant, ne se retrouve réduite ni à un individu ni à un agrégat d'individus mais à des individus qui échangent, notamment sur la base de leurs singularités.

La question posée par le choix de situer, au centre de l'analyse, les comportements et représentations singuliers ne se limite pas à comprendre comment les rapports entre ces singularités, donc le rapport à l'autre, se trouvent mis en forme. L'enjeu de cette interrogation est aussi, indissociablement, de souligner que l'attention permanente aux figures du singulier est la condition même d'un discours anthropologique à vocation explicative générale. Autour des épidémies de la fin du 18^e siècle, M. Foucault exprime cette corrélation entre le commun et le singulier, l'inévitable lecture de l'un par l'autre, en remarquant que « l'analyse d'une épidémie ne se donne pas pour tâche de reconnaître la forme générale de la maladie en la situant dans l'espace abstrait de la nosologie, mais de retrouver, au-dessous des signes généraux, le processus singulier, variable dans les circonstances, d'une épidémie à l'autre, qui de la cause à la forme morbide tisse une trame commune chez tous les malades, mais singulière en ce moment de temps, en ce lieu de l'espace » (1963 : 23). Identifier le singulier dans la « trame commune » et, partant, la capacité de ce singulier à révéler le commun est certes une première étape essentielle, mais ne peut être considérée comme une fin en soi de la réflexion. On ne peut notamment éviter de préciser les conditions et les modalités de cette « révélation » du commun et du social par le singulier. A. Farge introduit cette dimension de la question en se demandant « de quelle inscription s'agit-il ? » lorsqu'est défendue l'idée d'une inscription « de l'individuel dans le social » (1997 : 22). En d'autres termes, l'individuel s'inscrit-il « d'évidence, de déduction, en se fondant ou en rompant avec d'autres événements ? » et « que garde-t-il ou non de son irréductible singularité ? » (*ibid.*). Cette série d'interrogations ouvre à de nouvelles compréhensions du singulier, qui sont autant d'exigences formulées à la recherche, dès lors que l'on admet que le projet de « singulariser l'événement » impose de « faire entrevoir que l'accidentel, la rupture et éventuellement l'erreur, le conflit ou le disparate organisent toute origine (naissance) de l'événement singulier, de sa mise en mémoire, de sa lecture et de son énonciation future » (*ibid.*).

C'est là une tâche première de l'anthropologie, à l'instar des « sciences de l'intelligibilité historique » qui « doivent choisir leurs hypothèses [en fonction] de la compréhension singulière des actes qu'elles procurent en les rattachant à leur contexte historique, et anthropologique » (Passeron, 2001 : 250). De ce point de vue, le détour par une réflexion sur la construction du singulier – lieu où s'exprime et d'où agit l'individu en même temps que complexe de spécificités – s'avère alors nécessaire pour penser des représentations et des faits sociaux dans leur globalité. C'est bien ce que suggère à son tour G. Canguilhem lorsqu'il constate que « la frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement » (1966 : 119). L'appréhension du singulier est ici la condition d'une représentation générale (celle, par exemple, de la « frontière » entre le normal et le pathologique)

qui ne peut émerger d'un regard englobant et simultané sur un grand nombre de situations. Dans le même temps, se repère là l'idée d'un regard sur le singulier, qui, s'il veut avoir une portée générale, ne doit pas se contenter d'additionner des représentations individuelles : il doit se donner les moyens de saisir ce que M. Foucault appelle des « modulations ». Évoquant moins des représentations que des pratiques, celui-ci remarque qu'à partir de la fin du 18^e siècle, la « méthode anatomo-pathologique » a su « intégrer à la structure de la maladie la constante possibilité d'une modulation individuelle » (Foucault, 1963 : 172-3). Le passage du global, de la structure, au particulier – qu'il soit ou non singulier –, grâce à l'examen et à la prise en compte de ces « modulations », a été rendu possible par la conjonction d'un regard (anatomo-pathologique) et de « l'effort d'un langage incisif, patient et rongeur », qui ont rendu visible ce qui relevait jusqu'alors d'un « invisible des modulations individuelles » (p. 174). M. Foucault conclut alors que cette transformation du regard et du langage ont offert « le savoir de l'individu » à une « perception scientifique » (*ibid.*). Le savoir c'est, ici, tout à la fois, ce qui est dit et montré, décrit et exposé : les expressions singulières du savoir ainsi défini sont pour la première fois appréhendées scientifiquement. Un changement de la pratique et du regard médicaux ont donc été nécessaires pour que la démarche scientifique ait accès au savoir et au singulier de l'individu.

Réciproquement, s'ouvrir aux expressions du singulier, « forme différenciée de l'individu », est non seulement une avancée de la science mais aussi une nécessité pour son propre développement. Ce qui nous amène à l'indispensable interrogation qui doit traverser la réflexion scientifique : jusqu'à quel point l'attention au singulier doit-elle structurer la science ? Peut-on, en d'autres termes, imaginer une science qui ne travaille pas et ne réfléchisse pas à des singularités – parallèlement ou avant de s'intéresser à des tendances générales, des moyennes, des mouvements généraux ? L'hypothèse selon laquelle toute science est un regard sur des singularités suffit-elle à conférer à l'anthropologie – comme cela a été le cas pour la médecine – un statut de science ? A travers ces questions je souhaite encourager une discussion sur la nature scientifique de l'exercice anthropologique à partir du « traitement » du singulier qu'il propose. Le propos ne se réduit pas ici à répertorier et à décrire les diverses formes de l'exercice anthropologique (conceptualisation, méthodologie, analyse, interdisciplinarité...) pour en déduire le caractère scientifique ou non de l'anthropologie. Il s'agit plus exactement de concentrer le regard sur la prise en compte du singulier à chaque étape de la pratique et de la réflexion anthropologiques – comme je l'ai proposé, de la possession à la maladie, des savoirs aux prises en charge. A cela doit s'ajouter une ouverture aux autres disciplines : en effet, cette démarche ne peut contribuer au débat sur l'anthropologie comme science que si elle s'applique à des pratiques et à des disciplines – comme la médecine – dont a aussi été interrogé le statut de science.

Dans cette perspective, les interrogations et propositions de recherche formulées précédemment peuvent, pour conclure, être regroupées autour de trois principaux points. En premier lieu, il est essentiel de penser l'attention au singulier comme une opportunité pour réfléchir non pas uniquement aux parcours des individus pris isolément mais aux liens qui se tissent entre eux. L'étude de ces liens participera de la réflexion sur l'altérité que l'anthropologie ne cesse de mener, quelque soit son objet. Je rappellerai ici un moment de mon travail sur le sida, où l'examen des itinéraires thérapeutiques de malades considérés successivement prenait un sens dès l'instant où ils étaient mis en rapport. Mise en relation qui s'effectuait parallèlement à une réflexion sur le travail anthropologique dans des situations où des souffrances, des silences et des demandes se côtoyaient. Je souhaite aujourd'hui insister sur le fait que l'interrogation des singularités à laquelle je me suis alors livré, et qui a traversé mes travaux sur le rituel de possession puis sur les pratiques médicales, est progressivement devenue indissociable d'une analyse sur la nature et la portée de l'exercice anthropologique. Deuxième point ébauché ci-dessus et qui vaut aussi engagement pour des réflexions à venir, la proposition selon laquelle toute analyse du social doit se fonder sur une appréhension du singulier exprime à son tour une préoccupation plus spécifique à la pratique de l'anthropologie elle-même. Ainsi, quel peut être l'apport d'une anthropologie du singulier à une analyse anthropologique à vocation généraliste, d'une part, et à la compréhension de la démarche anthropologique en tant que telle, d'autre part ? Le constat que l'anthropologie se trouve, par le biais de l'« objet singulier », questionnée dans sa démarche ouvre un troisième point de discussion : il s'agit de celui, résumé précédemment, évoquant le statut de science de l'anthropologie. Soit, de façon interrogative, ce qu'est – au regard des caractéristiques des disciplines scientifiques – une discipline qui prend pour objet le singulier et pour méthode la comparaison de trajectoires singulières. Ceci en ne perdant pas de vue qu'une recherche de l'« identité scientifique » de l'anthropologie n'est pas une fin en soi : elle doit être une réflexion sur la nature de l'activité scientifique en général. Si le projet de l'anthropologie vise à « faire coïncider l'objectivité de l'analyse historique ou comparative avec la subjectivité de l'expérience vécue » (Lévi-Strauss, 1985 : 26), il trouvera alors dans l'analyse des liens entre science et anthropologie un objet lui permettant de s'affirmer pleinement : l'expérience clinique, comme construction sociale et historique de savoirs et de pratiques tournés vers l'identification et la maîtrise de la maladie.

Références bibliographiques

- AFFERGAN F., 1999, *Construire le savoir anthropologique*, Paris, PUF.
- AGIER M., 1997, *Anthropologues en danger. De l'engagement sur le terrain*, Paris, Jean Michel Place.
- AMBROISE-THOMAS P., PINEL C., PELLOUX H. et al., 1993, « Le diagnostic du paludisme », *Cahiers Santé*, 3 : 280-284.
- AMSELLE J., 2001, *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*, Paris, Flammarion.
- AMSELLE J.-L. & SIBEUD E., 1998, *Maurice Delafosse entre orientalisme et ethnographie. L'itinéraire d'un africaniste (1870-1926)*, Paris, Maisonneuve et Larose.
- ASSAYAG J., 1998, « La construction de l'objet en anthropologie. L'indianisme et le comparatisme de Louis Dumont », *L'Homme*, 146 : 165-189.
- AUDI P., 2000, *L'éthique mise à nu par ses paradoxes, même*, Paris, PUF.
- AUGÉ M., 1994, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Aubier.
- BACHELARD G., 1969, *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin.
- BARLEY N., 1992, *Un anthropologue en déroute*, Paris, Payot.
- BARTHÉLÉMY M., 1994, *Le sida : des homosexuels aux hémophiles, les étapes de la découverte d'une maladie nouvelle aux prémices d'un scandale de la vie publique*, CEMS (CNRS-EHESS) – ANRS.
- BARTHÉLÉMY T., 1998, « Notes sur l'écriture ethnographique », *Journal des Anthropologues*, 75 : 31-43.
- BARTHES R., 1981, *Essais critiques*, Paris, Seuil.
- BASTIDE R., 1972, *Le rêve, la transe et la folie*, Paris, Flammarion.
- BASZANGER I., 1995, *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Seuil.
- BATEMAN-NOVAES S., 2000, « De la thérapeutique comme norme » : 129-142, in BATEMAN-NOVAES S., OGIER R. & PHARO P. (eds), *Raison pratique et sociologie de l'éthique. Autour des travaux de Paul Ladrière*, Paris, CNRS.
- BEN-DAVID J., 1997, *Éléments d'une sociologie historique des sciences*, Paris, PUF.
- BERTAUX D., 1997, *Les récits de vie*, Paris, Nathan Université.
- BESNARD S., 1999, *Activités et accessibilité au système de soins en milieu rural africain : exemple des formations sanitaires de la sous-préfecture de Guibéroua (Côte d'Ivoire)*, Mémoire de maîtrise de géographie, Université de Montpellier 3.
- BOURDIEU P., 2001, *Science de la science et réflexivité*, Paris, Raisons d'Agir.

- BRUCKER-DAVIS F., GUENNO B.-L., BAH A. *et al.*, 1993, « Tuberculose pulmonaire et séropositivité au VIH à l'Hôpital Principal de Dakar », *Revue de Médecine Interne*, 1, 14 : 14-20.
- BRUNET-JAILLY J., 2001, « Quels critères pour une juste répartition des soins ? », *Esprit*, 271 : 98-113.
- BUVÉ A., AUVERT B., WEISS H. *et al.*, 2000-a, « Risk factors for HIV infection in four African urban population with different levels of HIV prevalence », Abstract n° WePpC1320, *XIII th AIDS International Conference*, Durban.
- BUVÉ A., AUVERT B., LAGARDE E. *et al.*, 2000-b, « Male circumcision and HIV spread in sub-Saharan Africa », Abstract n° MoOrc192, *XIII th AIDS International Conference*, Durban.
- CALDWELL J. & CALWELL P., 1993, « The nature and limits of the sub-Saharan African AIDS epidemic », *Population and Development Review*, 19, 4 : 817-148.
- CANGUILHEM G., 1984 (1^{re} éd. 1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CHEVASSUS-AU-LOUIS N., 2001, « France : l'éthique c'est bien mais... », *La Recherche*, 342 : 37-39.
- CHRISTAKIS N., 1997, « The ellipsis of prognosis in modern medical thought », *Social Science and Medicine*, 3, 44 : 301-315.
- CICOUREL A., 1985, « Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 60 : 79-88.
- CONNOR E., SPERLING R., GELBER R. *et al.*, 1994, « Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment », *New England Journal of Medicine*, 331 : 1173-1180.
- COULAUD J.-P., 1997, « Point sur les traitements antirétroviraux : critères de Dakar », *X^e Conférence sur le SIDA et les MST en Afrique*, Abidjan, 7-11 décembre, Résumé SP 04.
- DE COCK K., SORO B., COULIBALY I. *et al.*, 1992, « Tuberculosis and HIV infection in sub-Saharan Africa », *Journal of American Medical Association*, 12, 268 : 1581-1587.
- DELAFOSSÉ M., 1972 (1^{re} éd. 1912), *Haut-Sénégal-Niger*, Paris, Maisonneuve et Larose.
- DELAUNAY K. & VIDAL L., 2002, « Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte-d'Ivoire », *Sciences Sociales et Santé*, 20, 2 : 5-29.
- DESCLAUX A., 2000, « Le traitement de l'allaitement dans le système de soins » : 295-329, in DESCLAUX A. & TAVERNE B. (eds), *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- DESCOLA P., 1993, *Les lances du crépuscule : relations Jivaro, Haute-Amazone*, Paris, Plon.

- DEVAUX C., 1991, *Le programme national de lutte contre la tuberculose au Sénégal : présentation et évaluation d'après son application à Thiès*, thèse de médecine, Université de Reims.
- DIALLO S., KONATÉ L., NDIR O. *et al.*, 2000, « Le paludisme dans le district sanitaire centre de Dakar (Sénégal). Données entomologiques, parasitologiques et cliniques », *Cahiers Santé*, 3, 10 : 221-229.
- DIARRA F., 1971, *Femmes africaines en devenir. Les femmes zarma du Niger*, Paris, Anthropos.
- DODIER N. & BARBOT J., 2000, « Le temps des tensions épistémiques », *Revue Française de Sociologie*, 1, 41 : 79-118.
- DOWNS A.M. & DE VINCENZI I., 1996, « Probability of heterosexual transmission of HIV : relationship of the number of unprotected sexual contacts », *Journal of AIDS*, 11 : 388-395.
- DOZON J.-P., 1997, « Compte-rendu de "Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique" (L. Vidal) », *L'Homme*, 143 : 241-244.
- DOZON J.-P. & FASSIN D., 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'état. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences Sociales et Santé*, 7, 1 : 21-36.
- DUTEL R., 1946, *L'animisme des populations islamisées du Moyen-Niger*, Paris, Mémoire du CHEAM.
- ECHARD N., 1978, « La pratique religieuse des femmes dans une société d'hommes, les Hausa du Niger », *Revue Française de Sociologie*, 19, 4 : 551-561.
- ELIAS N., 1997 (1^{re} éd. 1987), *La société des individus*, Paris, Pocket.
- ENGELHARDT T.-H., 1986, *The foundations of bioethics*, Oxford, Oxford University Press.
- FAGOT-LARGEAULT A., 1997, « Les problèmes du relativisme moral » : 41-58, in CHANGEUX J.-P. (ed), *Une même éthique pour tous ?*, Paris, Odile Jacob – Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.
- FARGE A., 1997, « L'instance de l'événement » : 19-29, in COLLECTIF, *Au risque de Foucault*, Paris, Éditions du Centre Georges Pompidou.
- FASSIN D. & DOZON J.-P., 1988, « Les états africains à l'épreuve du sida », *Politique Africaine*, 32 : 79-85.
- FASSIN D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- FASSIN D., 2001, « Une double peine. La condition sociale des immigrants malades du sida », *L'Homme*, 160 : 137-162.
- FAY C., VIDAL L. *et al.*, 1999, *Face au sida, négociations sociales des risques en Côte d'Ivoire et au Mali*, Paris, Rapport ANRS.
- FAYE O., NDIR O., GAYE O. *et al.*, 1995-a, « Pratiques des personnels de santé et des populations en matière de diagnostic du paludisme et d'utilisation des antipaludéens à Dakar », *Médecine Tropicale*, 1, 55 : 47-50.
- FELLER-DANSOKHO E., KI-ZERBO G. & BADIANE S., 1994, « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'accès palustre simple dans la

- région de Dakar, Sénégal », *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 4, 74 : 291-300.
- FERRY B., 1999, « Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain » : 237-255, in BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Codesria-IRD-Karthala.
- FOUCAULT M., 1961, « Compte rendu de *La révolution astronomique* par A. Koyré », *La Nouvelle Revue Française* : 108 : 1123-1124.
- FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
- FOUCAULT M., 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard.
- GADO B., 1980, *Le Zarmatarey : contribution à l'histoire des populations d'entre Niger et Dallol Mawri*, Niamey, Études Nigériennes.
- GBARY A., GUIGUEMDE T. & OUEDRAOGO J., 1988, « Emergence of chloroquine-resistant malaria in West Africa: the case of Sokode », *Tropical Medicine and Parasitology*, 2, 39 : 142-144.
- GEERTZ C., 1996, *Ici et là-bas. L'anthropologue comme auteur*, Paris, A.-M. Métaillé.
- GIBBAL J.-M., 1974, *Citadins et villageois dans la ville africaine*, Paris, Maspero – PUG.
- GIBBAL J.-M., 1981, *Tambours d'eau*, Paris, Le Sycomore.
- GOBATO I., 1999, *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan.
- GOLINSKY J., 1998, *Making Natural Knowledge : Constructivism and the History of Science*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GREENBERG A., COULIBALY I. & KADIO A., 1997, « Trends in the HIV-1 and HIV-2 epidemics in Abidjan, Côte d'Ivoire : 11 years of HIV serosurveillance at Projet Retro-Ci », *X^e Conférence Internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Abidjan, 7-11 décembre 1997, Résumé B 041.
- GRIGNON C., 2001, « La formalisation et les sciences du récit : le cas de la sociologie » : 7-43, in GRENIER J., GRIGNON C. & MENER P.-M. (eds), *Le modèle et le récit*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- GRUÉNAIS M.-E. & VIDAL L., 1994, « Introduction », *Psychopathologie Africaine*, 26, 2 : 149-153.
- HALSEY N.A., SOMMER A., HENDERSON D. et al., 1997, « Ethics and international research. Research standards are the same throughout the world, medical care is not », *British Medical Journal*, 315 : 965.
- HOFFMASTER B., 1992, « Can ethnography save the life of medical ethics ? », *Social Science and Medicine*, 12, 35 : 1421-1431.
- JAFFRÉ Y. & PRUAL A., 1993, « Le "corps des sages-femmes" entre identités professionnelles et sociales », *Sciences Sociales et Santé*, 10, 2 : 63-80.
- JAFFRÉ Y. & OLIVIER DE SARDAN J.-P. (eds), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.

- JAY M., 1998, « Sur l'écriture en sciences humaines », *Journal des Anthropologues*, 75 : 109-128.
- JEWSIEWICKI B., 2001, « Pour un pluralisme épistémologique en sciences sociales », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, mai-juin : 625-641.
- KILANI M., 1994, *L'invention de l'autre. Essais sur le discours anthropologique*, Lausanne, Payot.
- KUHN T., 1983 (1^{re} éd. 1962), *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- LABATUT R., 1982, *La phrase Peul et ses transformations*, thèse de Lettres, Université Paris III, Lille, Atelier national de reproduction des thèses.
- LAHIRE B., 1996, « Risquer l'interprétation », *Enquête*, 3 : 61-87.
- LALANDE A., 1988 (1^{re} éd. 1926), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF.
- LATOUR B. & WOOLGAR S., 1996, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte.
- LE BRETON D., 1995, *Anthropologie de la douleur*, Paris, A.-M. Métailié.
- LENCLUD G., 1995-a, « Les incertitudes de la notion de science appliquée » : 49-63, in BARÉ J.-F. (ss dir), *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris, Karthala.
- LENCLUD G., 1995-b, « La question de l'application dans la tradition anthropologique française » : 65-84, in BARÉ J.-F. (ed), *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris, Karthala.
- LENCLUD G., 2001, « Le formel et le vécu » : 425-456, in GRENIER J., GRIGNON C. & MENDER P.-M. (eds), *Le modèle et le récit*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- LE PALEC, A., 1999, « Le sida, une maladie de femmes » : 343-362, in BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Codesria-IRD-Karthala.
- LE PAPE M., 1997, *L'énergie sociale à Abidjan. Économie politique de la ville en Afrique Noire, 1930-1995*, Paris, Karthala.
- LE PAPE M., & VIDAL C., 1984, « Libéralisme et vécu sexuel à Abidjan », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 76 : 111-118.
- LEIRIS M., 1980, *La possession et ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar*, Paris, Le Sycomore.
- LERNER B.-H., 1997, « From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance », *Social Science and Medicine*, 45, 9 : 1423-1431.
- LÉVI-STRAUSS C., 1985, (1^{re} éd. 1950), « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss » : 9-52, in MAUSS M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.
- LÉVY J.-J., 2000, *Entretiens avec Jean Benoist. Entre les corps et les dieux. Itinéraires anthropologiques*, Québec, Liber.

- LÖWY I., 1995, « Le genre dans l'histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, mai-juin : 523-529.
- LURIE P. & WOLFE S.-M., 1997, « Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries », *The New England Journal of Medicine*, 12, 337 : 853-856.
- MALINOWSKI B., 1985, *Journal d'ethnographie*, Paris, Seuil.
- MARKS H., 1998, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- MASSÉ R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal-Paris-Casablanca, Gaëtan Morin Éditeur.
- MASSÉ R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Sociétés*, 1, 21 : 53-72.
- MASSÉ R., 2000, « Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 24 : 13-33.
- MAYER K.-H. & ANDERSON D.-J., 1995, « Heterosexual HIV transmission », *Infectious Agents and Disease*, 4 : 273-284.
- MERTON R., 1973, *The sociology of science*, Chicago, Chicago University Press.
- MÉTRAUX A., 1958, *Le vaudou haïtien*, Paris, Gallimard.
- MOUCHET J., CARNEVALE P., COOSEMANS M. *et al.*, 1993, « Typologie du paludisme en Afrique », *Cahiers Santé*, 4, 3 : 220-238.
- MSSELLATI P., RAMON R., VIHO I. *et al.*, 1998, « Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa : uptake of pregnant women in a clinical trial in Abidjan, Côte d'Ivoire », *AIDS*, 12, 10 : 1257-1258.
- MSSELLATI P., VIDAL L. & MOATTI J.-P., 2001, *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère de la Santé Publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Paris, ANRS.
- NICOLAS J., 1967, *Les juments de dieux*, Niamey, Études Nigériennes.
- NICOLAS J., 1972, *Ambivalence et culte de possession*, Paris, Anthropos.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1982, *Concepts et conceptions Songhay-Zarma*, Paris, Nubia.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1988, « Jeu de la croyance et "je" ethnologique : exotisme religieux et ethno-égo-centrisme », *Cahiers d'Études Africaines*, 111-112 : 527-540.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1996, « La violence faite aux données. Autour de quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », *Enquête*, 3 : 31-59.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2000, « Le "je" méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue Française de Sociologie*, 41-43 : 417-445.
- ONUSIDA – OMS, 2001, *L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le*

- conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH*, Genève, ONUSIDA-OMS (« Meilleures pratiques »).
- PAILLET A., 2000, « D'où viennent les interrogations morales ? Les usages rhétoriques des innovations par les pédiatres réanimateurs français », *Sciences Sociales et Santé*, 2, 18 : 43-66.
- PARIZEAU M.-H., 1996, « Bioéthique » : 155-160, in CANTO-SPERBER M. (ed), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF.
- PASSERON J.-C., 2001, « Formalisation, rationalité et histoire » : 215-282, in GRENIER J., GRIGNON C. & MENDER P.-M. (eds), *Le modèle et le récit*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- PELCHAT Y., 1996, « Réviser les frontières et les partages. Repères pour une anthropologie du savoir scientifique sur la fécondité », *Anthropologie et Sociétés*, 1, 20 : 149-165.
- PERRIENS J., MUKADI Y. & NUNN P., 1991, « Tuberculosis and HIV infection : implications for Africa », *AIDS*, suppl n° 1, 5 : 127-133.
- PESTRE D., 1995, « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences. Nouvelles définitions, nouveaux objets, nouvelles pratiques », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 3 : 487-522.
- PIRIOU A. & SIBEUD E. (eds), 1997, *L'africanisme en questions*, Paris, Centre d'Études Africaines – EHESS.
- POUILLON J., 1993 *Le cru et le su*, Paris, Seuil.
- REDONDI P., 1997, « Le langage du regard. A propos de *Naissance de la clinique* » : 41-51, in COLLECTIF, *Au risque de Foucault*, Paris, Éditions du Centre Georges Pompidou.
- RIVIÈRE C., 1995, *Les rites profanes*, Paris, PUF.
- ROTHMAN D.-J., 2001, « Les nouveaux cobayes de la recherche médicale », *La Recherche*, 342 : 29-37.
- ROUCH J., 1960, *Religion et magie Songhay*, Paris, PUF.
- ROUGET G., 1979, *La musique et la transe*, Paris, Gallimard.
- SAHLINS M., 1989, *Des îles dans l'histoire*, Paris, Gallimard/Seuil.
- SAMB B., SOW P., KONY S. *et al.*, 1999, « Risk factors for negative sputum acid-fast bacilli smears in pulmonary tuberculosis : results from Dakar, Senegal, a city with low HIV seroprevalence », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4, 3 : 330-336.
- SÈVE L., 1997, « S'entendre en éthique : actes de langage et langage des actes » : 199-207, in CHANGEUX J.-P. (ed), *Une même éthique pour tous ?*, Paris, Odile Jacob – Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.
- SORO B., GERSHY-DAMET G.-M., COULIBALY A. *et al.*, 1990, « Seroprevalence of HIV infection in the general population of the Côte d'Ivoire, West Africa », *Journal of AIDS*, 2 : 1193-1196.
- SOUWARE M., DIOP B., NDOUR C. *et al.*, 1999, « Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du paludisme sévère des adultes au Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Central Universitaire de Dakar », *Dakar Médecine*, 1, 44 : 8-11.

- SOURNIA J.-C., 1996, « Éthique médicale » : 947-952, in CANTO-SPERBER M. (ed), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF.
- SYLLA-KOKO F., ANGLARET X., TRAORE-ANAKY M.-F. et al., 1997, « Séro-prévalence de l'infection par le VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995 », *Médecine et Maladies Infectieuses*, 27 : 1-2.
- TAVERNE B., 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14, 2 : 87-104.
- TAVERNE B., 1999, « Valeur morale et stratégie de prévention : la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso » : 509-525, in BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Codesria-IRD-Karthala.
- TERRÉ D., 1998, *Les dérives de l'argumentation scientifique*, Paris, PUF.
- TODOROV T., 1989, « Fictions et vérités », *L'Homme*, 29, 111-112 : 7-33.
- TOFFIN G., 1989, « Écriture romanesque et écriture de l'ethnologie », *L'Homme*, 29, 3-4 : 34-49.
- TRAPE J., PISON G., PREZIOZI M. et al., 1998, « Impact de la résistance à la chloroquine sur la mortalité palustre », *Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences*, III, 8, 321 : 689-697.
- UNICEF, 2000, *Analyse de l'enfant et de la femme au Sénégal*, Rapport multigr.
- VAN DE PERRE P., 2000, « Épidémiologie, questions de santé publique et dernières recommandations » : 47-79, in DESCLAUX A. & TAVERNE B., *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- VERGER P., 1954, « Rôle joué par l'état d'hébétéude au cours de l'initiation des novices aux cultes des orisha et vodun », *Bulletin IFAN*, 26, 3-4, série B : 322-340.
- VIDAL C., 1978, « Guerre des sexes à Abidjan, masculin, féminin, CFA », *Cahiers d'Études Africaines*, 17, 65 : 121-153.
- VIDAL C., 1979, « L'argent fini, l'amour est envolé », *L'Homme*, 19, 3-4, 141-148.
- VIDAL C. & LE PAPE M., 1986, « Espaces abidjanais : sociographies de la mobilité », *L'espace géographique*, 15, 3 : 187-194.
- VIDAL L., 1990-a, *Rituels de possession dans le Sahel. Exemples peul et zarma au Niger*, Paris, L'Harmattan.
- VIDAL L., 1990-b, « "L'ombre fragile" : maladie et rituel de possession au Niger (exemple peul) », *Sciences Sociales et Santé*, 8, 1 : 21-45.
- VIDAL L., 1992-a, « Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte d'Ivoire) », *Cahiers Santé*, 2, 5 : 312-321.
- VIDAL L., 1992-b, « La possession par les génies chez les Peuls (Niger) : de la parole à l'invention du rituel », *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 27, 79 : 69-85.

- VIDAL L., 1992-c, « Les génies et les hommes : les apports du Fonds Gilbert Vieillard à l'histoire et à l'anthropologie de la possession rituelle en milieu peul (Niger) », *Gradhiva*, 12 : 22-33.
- VIDAL L., 1992-d, « Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire) », *Cahiers des Sciences Humaines*, 28, 1 : 83-98.
- VIDAL L., 1994, « Le temps de l'annonce. Séropositivités vécues à Abidjan », *Psychopathologie Africaine*, 26, 2 : 265-82.
- VIDAL L., 1995-a, « Afrique, les risques du culturalisme », *Le Journal du Sida*, 75-76 : 32-34.
- VIDAL L., 1995-b, « Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida : expériences des séropositifs des Centres Anti-Tuberculeux d'Abidjan » : 177-186, in DOZON J.-P. & VIDAL L. (eds), *Les Sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, Éditions ORSTOM.
- VIDAL L., 1995-c, « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre », *Sciences Sociales et Santé*, 13, 2 : 5-27.
- VIDAL L., 1996-a, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Economica.
- VIDAL L., 1996-b, « Se représenter le sida. Enseignements anthropologiques d'expériences abidjanaises de la maladie » : 139-147, in BENOIST J. & DESCLAUX A. (eds), *Anthropologie et sida*, Paris, Karthala.
- VIDAL L., 1997, « Méthode et éthique : l'anthropologie et la recherche confrontées au sida » : 99-107, in AGIER M. (ed), *Anthropologues en danger. De l'engagement sur le terrain*, Paris, Jean-Michel Place.
- VIDAL L., 1999-a, « Anthropologie d'une distance. Le sida, de réalités multiples en discours uniformes », *Autrepart*, 1999, 12 : 19-36
- VIDAL L., 1999-b, « La transmission. Le sida et ses savoirs », *L'Homme*, 150 : 59-84.
- VIDAL L., 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF.
- VIDAL L., 2001, « Le lien. Du savant au profane, des connaissances aux pratiques (exemples autour du sida) » : 233-255, in DOZON J.-P. & FASSIN D., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- VIDAL L., 2003, « De l'universalisme au relativisme en éthique : échanges autour de l'exemple du sida en Afrique », *Autrepart*, 29 : 55-69.
- VIDAL L., 2004 (à paraître), « L'instant de vérité. Glissement de l'objet à son écriture en anthropologie », *L'Homme*.
- VIDAL L., BLIBOLO A.-D. & NGUESSAN B.-T., 1997, « Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire) » : 153-159, in COLLECTIF, *Le sida en Afrique, Recherches en sciences de l'homme et de la société*, Paris, ANRS – ORSTOM.
- VIDAL L. & DESGRÉES DU LOÛ A., 2001, « Sida et situations sociales des femmes en Afrique. Des notions aux méthodes de recherche », *Cahiers Santé*, 11 : 265-722.

- VIDAL L, GRUÉNAIS M.-E, DESCLAUX A. *et al.*, 1997, « Conditions et conséquences sociales de la mise en place des antirétroviraux en Afrique » : 56-73, in COULAUD J.P. (ed), *Initiative Internationale Place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique*, Paris, ANRS-IMEA.
- VIDAL L & MSELLATI P. (eds), 2000, *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*, Paris, ANRS, multigr.
- WEBER F., 2001, « De la modélisation à la description armée : le cas de l'ethnographie réflexive » : 355-364, in GRENIER J., GRIGNON C. & MENDER P.-M. (eds), *Le modèle et le récit*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- WEISS H., & LAGARDE E, 2000, « Circoncision et transmission du VIH », *ANRS Information – Transcriptase – Le Journal du sida et de la démocratie sanitaire*, n° spécial, automne : 54-55.
- WHO, 2000-a, *Global tuberculosis control. WHO Report 2000*, Geneva, WHO.
- WHO, 2000-b, *DOTS-Plus and the green light committee*, Department of Control, Prevention and Eradication. Communicable Disease Program, Geneva, WHO.
- WONG D.B., 1996, « Relativisme moral » : 1290-1296 in CANTO-SPERBER M. (ed) *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF.
- ZEMPLÉNI A., 1966, « La dimension thérapeutique du culte des rab : Ndöp, tuur et samp, rites de possession chez les Lébou et les Wolof », *Psychopathologie Africaine*, 3 : 295-439.
- ZEMPLÉNI A., 1996, « Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres », *Gradhiva*, 20 : 23-41.
- ZIMMERMANN F., 2000, « L'inhumanité de la bioéthique dans l'espace public français », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 24 : 57-72.

Table des matières

Introduction : L'ouverture anthropologique	9
---	----------

PEMIÈRE PARTIE

SINGULARITÉS

1. Ritualités	19
Le terrain	19
De la possession au sida : diversités rituelles	25
Le rituel, entre symbolisme et pragmatisme	30
2. Le sida : singularités d'un objet.....	39
Du sida à ses malades	39
Partir des centres anti-tuberculeux	42
Questions à la maladie, questions à l'anthropologie.....	44
3. Risques déclinés	49
Hiérarchiser, conjuguer, éviter	49
Les risques du <i>zima</i>	55
Risques et incertitudes	57
4. Savoirs dans l'expérience	59
Les implications du savoir du <i>zima</i>	59
Les voies singulières du savoir	64
La spécialisation d'un savoir non médical	66
De l'expérience dans le savoir	68
5. Prises en charge	73
Une approche englobante	73
Prises en charge et dettes dans la possession	74
Les antirétroviraux : constantes et inédits de la prise en charge	77

Le savoir médical en actes	83
La tuberculose, des spécificités du risque à la permanence de l'expérience.....	86
Le paludisme et la négociation de ses normes de prise en charge	93

DEUXIÈME PARTIE

CROISEMENTS : SCIENCE, CLINIQUE ET ANTHROPOLOGIE

6. Connaissance de la clinique.....	103
Science, médecine et sentiment religieux	104
De la moralisation à l'éthique dans le sida	107
Les contextes de l'activité scientifique	111
La clinique dans le regard de la science : rationalité, incertitude, erreur	117
7. Portée du regard réflexif	125
L'invitation à la réflexivité	126
Déontologies	127
Les concepts	129
8. L'éthique dans ses contextes.....	133
Définir la morale, l'éthique et la déontologie	134
Approcher conjointement l'éthique et la méthode	137
Objectifs et moyens de l'application	142
9. Entre universel et culturel.....	151
Travers culturalistes, pertinences du social	151
Accéder au social	155
L'éthique, entre universel et local	157
Les questions du relativisme	163
10. Le complexe méthodologique de l'anthropologie.....	167
Principes de méthode	168
Des entretiens à l'observation	170
Rencontre de deux démarches	172
L'objet, l'observation, l'interprétation	175

11. Pourquoi écrire	179
Écriture et ouverture	180
Diversités d'écritures et statut scientifique	181
Écrire un itinéraire : à propos de John, malade du sida	183
Conclusion : Vers une anthropologie du singulier	193
Références bibliographiques	197

ÉDITIONS KARTHALA

Collection *Méridiens*

Les Açores, *Christian Rudel*
L'Afrique du Sud, *Georges Lory*
L'Azerbaïdjan, *Antoine Constant*
Le Bénin, *Philippe David*
Le Botswana, *Marie Lory*
Le Burkina Faso, *Frédéric Lejeal*
Le Cambodge, *Soizick Crochet*
La Colombie, *Catherine Fougère*
Les Comores, *Pierre Vérin*
Le Congo-Kinshasa, *A. Malu-Malu*
Le Costa Rica, *Christian Rudel*
La Côte d'Ivoire, *Philippe David*
Cuba, *Maryse Roux*
Djibouti, *André Laudouze*
Les Émirats arabes unis, *Frauke Heard-Bey*
L'Équateur, *Christian Rudel*
L'Estonie, *S. Champonnois et F. de Labriolle*
Le Ghana, *Patrick Puy-Denis*
La Guinée, *Muriel Devey*
Hawaï, *Alain Ricard*
L'Indonésie, *Robert Aarsse*
L'Irak, *Pierre Pinta*
Le Laos, *Carine Hann*
La Lettonie, *S. Champonnois et F. de Labriolle*
La Lituanie, *Leonas Teiberis*
Madagascar, *Pierre Vérin*
Malte, *Marie Lory*
La Mauritanie, *Muriel Devey*
Mayotte, *Guy Fontaine*
Le Mexique, *Christian Rudel*
Le Mozambique, *Daniel Jouanneau*
Le Nigeria, *Marc-Antoine de Montclos*
La Nouvelle-Calédonie, *Antonio Ralluy*
Le Portugal, *Christian Rudel*
La Roumanie, *Mihai E. Serban*
São Tomé et Príncipe, *Dominique Gallet*
Le Sénégal, *Muriel Devey*
Les Seychelles, *Jean-Louis Guébourg*
Le Sultanat d'Oman, *Bruno Le Cour Grandmaison*
La Syrie, *Jean Chaudouet*
Le Togo, *Yvonne François*
La Tunisie, *Ezzedine Mestiri*
La Turquie, *Jane Hervé*
Le Vietnam, *Joël Luguern*

Collection *Les Afriques*

- Affaire Claustre (L'), Autopsie d'une prise d'otage, *Claustre P.*
Afrique des guérisons (L'), *Rosny (de) E.*
Afrique est-elle protectionniste ? (L'), *Hibou B.*
Afrique et le monde des esprits (L'), *Haar G. ter*
Ajustement structurel en Afrique (L'), *Duruflé G.*
Algérie par ses islamistes (L'), *Al-Ahnaf M., Botiveau B. et Fregosi F.*
Assassinat de Lumumba (L'), *De Witte L.*
Bataille des entreprises publiques en Côte-d'Ivoire (La), *Contamin B.*
Cause des armes au Mozambique (La), *Geffray C.*
Chemins de la guerre et de la paix (Les), *Marchal R. et Messiant C.*
Commerce frontalier en Afrique centrale (Le), *Benafla K.*
Côte d'Ivoire, l'année terrible, *Vidal C.*
Défi de l'ethnisme (Le). Rwanda et Burundi (1990-1996), *Chrétien J.-P.*
Démocraties ambiguës en Afrique centrale, *Bernault F.*
Ebrahim Hussein. Théâtre swahili et nationalisme tanzanien, *Ricard A.*
Économie camerounaise (L'), *Aerts J.J., Cogneau D.*
Économie sud-africaine au sortir de l'apartheid (L'), *Cling J.-P.*
Énergie sociale à Abidjan (L'), *Le Pape M.*
Entreprises et entrepreneurs du Burkina Faso, *Labazée P.*
Esprit d'entreprise au Cameroun (L'), *Warnier J.-P.*
Femmes dans la guerre d'Algérie (Des), *Amrane-Minne D. D.*
Frères et la mosquée (Les), *Rouadjia A.*
Ghana, une révolution de bon sens, *Chavagneux C.*
Grandeur et décadence de l'État algérien, *Rouadjia A.*
Impossible retour (L'), *Walker Clarence E.*
In Township Tonight !, *Coplan D. B.*
Juge en Côte d'Ivoire, *Zorro-Bi E.*
Longue marche de la modernité africaine (La), *Copans J.*
Mort de Diallo Telli (La), *Diallo A.*
Odyssée Kabila (L'). Trajectoire pour un Congo nouveau ?, *Willame J.-C.*
Patrice Lumumba. La crise congolaise revisitée, *Willame J.-C.*
Peuple du fleuve (Le), *Bureau R.*
Pouvoirs au village (Les), *Bierschenk Th. et Olivier de Sardan J.-P.*
Prophète de la lagune (Le). Les harristes de Côte-d'Ivoire, *Bureau R.*
Religion et modernité politique en Afrique noire, *Bayart J.-F. (dir.)*
Rwanda, le piège de l'histoire, *Bertrand J.*
Sahel au XXI^e siècle (Le), *Giri J.*
Sénégal peut-il sortir de la crise ? (Le), *Duruflé G.*
Sénégal sous Abdou Diouf (Le), *Diop M.-C. et Diouf M.*
Sociologie des passions (Côte-d'Ivoire et Rwanda), *Vidal C.*
Togo sous Eyadéma (Le), *Toulabor C. M.*

Collection *Dictionnaires et langues*

- Apprends l'arabe tchadien (J'), *Jullien de Pommerol P.*
Apprends le bambara (J'), (+ 8 cassettes), *Moralès J.*
Apprends le wolof (J'), (+ 4 cassettes), *Diouf J.-L. et Yaguello M.*
Arabe dans le bassin du Tchad : le parler des Ulâd Eli (L'), *Zeltner J.-C. et Tourneux H.*
Arabe tchadien : émergence d'une langue véhiculaire (L'), *Jullien de Pommerol P.*
Dictionnaire arabe tchadien-français, suivi d'un index français-arabe et d'un index des racines arabes, *Jullien de Pommerol P.*
Dictionnaire caraïbe-français (avec cédérom), *Breton R.P. R.*
Dictionnaire du malgache contemporain (malgache-français et français-malgache), *Rajaonarimanana N.*
Dictionnaire français-éwé, suivi d'un index éwé-français, *Rongier J.*
Dictionnaire français-foulfouldé et index foulfouldé, Dialecte peul de l'Extrême-Nord du Cameroun, *Parietti G.*
Dictionnaire français-haoussa, suivi d'un index haoussa-français, *Caron B. et Amfani A.H.*
Dictionnaire igbo-français, suivi d'un index français-igbo, *Ugochukwu F.*
Dictionnaire peul de l'agriculture et de la nature (Diamaré, Cameroun), *Tourneux H. et Yaya Daïrou*
Dictionnaire pluridialectal des racines verbales du peul (peul-français-anglais), *Seydou C. (dir.)*
Dictionnaire pratique du créole de Guadeloupe (Marie-Galante), *Tourneux H. et Barbotin M.*
Dictionnaire swahili-français, *Lenselaer A.*
Dictionnaire usuel yoruba-français, suivi d'un index français-yoruba, *Sachnine M.*
Dictionnaire wolof-français et français-wolof, *Diouf Jean-Léopold*
Grammaire fondamentale du bambara, *Dumestre G.*
Grammaire moderne du Kabyle, *Naït-Zerrad K.*
Grammaire pratique de l'arabe tchadien, *Jullien de Pommerol P.*
Langues africaines (Les), *Heine Bernd*
Nord-Cameroun à travers ses mots (Le), *Seignobos C. et Tourneux H.*
Syntaxe historique créole, *Alleyne M.*
Vocabulaire peul du monde rural, Maroua-Garoua (Cameroun), *Tourneux H. et Yaya Daïrou*

Collection *Recherches internationales*

A la recherche de la démocratie, *Javier Santiso (dir.)*
Après la crise... Les économies asiatiques face aux défis de la mondialisation, *J.M. Bouissou, D. Hochraich et Ch. Milelli (dir.)*
Architecture, pouvoir et dissidence au Cameroun, *D. Malaquais*
Démocratie à pas de caméléon (La), *Richard Banégas*
Démocraties d'ailleurs, *Christophe Jaffrelot (dir.)*
Guerre civile en Algérie (La), *Luis Martinez*
Guerres et sociétés. États et violence après la Guerre froide, *Pierre Hassner et Roland Marchal (éds)*
Indonésie : la démocratie invisible, *Romain Bertrand*
Matière à politique, *Jean-François Bayart*
Politique des favelas (La), *Camille Goirand*
Politique de Babel (La), *Denis Lacorne et Tony Judt (éds)*
Privatisation des États (La), *Béatrice Hibou*
Révolution afghane. Des communistes aux Taleban, *G. Dorronsoro*
Sur la piste des OPNI, *Denis-Constant Martin (dir.)*
Trajectoires chinoises. Taiwan, Hong Kong et Pékin, *F. Mengin*

Collection *Coopération internationale*

Biens publics mondiaux et coopération internationale, *HCCI*
Coopérer au début du XXI^e siècle, *HCCI*
Espoirs fragiles de la nouvelle coopération européenne, *HCCI*
Non-dits de la bonne gouvernance, *HCCI*
Nouvelle dynamique des crises humanitaires, *HCCI*
Très petite entreprise (La), *HCCI*

Achevé d'imprimer en novembre 2004
sur les presses de la Nouvelle Imprimerie Laballery
58500 Clamecy
Dépôt légal : novembre 2004
Numéro d'impression : 411072

Imprimé en France

L'anthropologie ne peut plus étudier le fonctionnement des sociétés et la construction de l'altérité sans se pencher sur ses démarches, ses positions éthiques et méthodologiques. Au cœur de ce livre, le principe d'une réflexivité comme condition d'une ouverture de l'anthropologie (à d'autres objets, vers d'autres disciplines) est décliné autour des figures du singulier. Entendu comme condition d'accès au social, le singulier est celui des représentations et des actions d'individus qui mettent en jeu leur savoir et leur santé, leur légitimité et leur avenir.

Des recherches menées en Afrique – au Niger, en Côte d'Ivoire et au Sénégal – dans les champs religieux et sanitaires, sur la possession rituelle, les prises en charge sociales du sida et les pratiques des soignants, servent de fil conducteur à une anthropologie du singulier qui explore, aussi, le singulier de la démarche anthropologique. Se met alors en place un va-et-vient permanent entre, d'une part, les réponses à la maladie, les rapports au risque et à l'autre – qu'il soit proche, souffrant ou savant... – et, d'autre part, l'attitude du chercheur et les arguments de la discipline rendant possible ce regard-là.

Au terme de ce parcours, c'est la dimension scientifique de l'anthropologie qui se trouve questionnée et mise en perspective – dans un ultime retournement du regard – avec la science médicale en général, et la clinique en particulier.

Laurent Vidal, anthropologue et directeur de recherche à l'IRD, mène depuis une vingtaine d'années des recherches, d'abord sur le religieux (au Niger) puis, plus longuement, sur le sanitaire (en Côte d'Ivoire et au Sénégal), et en particulier sur le sida. Membre de l'Unité de recherche « socio-anthropologie de la santé » de l'IRD, il est l'auteur de plusieurs ouvrages.

Collection dirigée par Jean Copans



ISBN (KARTHALA) : 2-84586-528-7
ISBN (IRD) : 2-7099-1551-0