

PRESSES  
UNIVERSITAIRES  
DE FRANCE

Didier Fassin

# L'Espace politique de la santé

*Essai de généalogie*

« SOCIOLOGIE D'AUJOURD'HUI »

- Aebischer V. *La femme et le langage*  
Affergan F. *Exotisme et altérité*  
Akoun A. *La communication démocratique et son destin*  
Akoun A. *L'illusion sociale*  
Bajoit G., Franssen A. *Les jeunes dans la compétition culturelle*  
Barrau A. *Mort à jouer, mort à déjouer*  
Beauchard J. *La puissance des foules*  
Berque J. *Les structures sociales du Haut-Atlas* (2<sup>e</sup> éd.)  
Berthelot J.-M. *L'intelligence du social*  
Berthelot J.-M. *Les vertus de l'incertitude. Le travail de l'analyse dans les sciences sociales*  
Boserup E. *La femme face au développement économique*  
Bouvier P. *Le travail au quotidien*  
Bruant G. *Anthropologie du geste sportif*  
Chebel M. *Le corps dans la tradition au Maghreb*  
Chebel M. *L'imaginaire arabo-musulman*  
Cicourel A. V. *La sociologie cognitive*  
Couchard F. *Le fantasme de séduction dans la culture musulmane*  
Descolonges M. *Qu'est-ce qu'un métier ?*  
Drulhe M. *Santé et société*  
Duclos D. *Nature et démocratie des passions*  
Dumont F. *L'anthropologie en l'absence de l'homme*  
Duvignaud J. *La genèse des passions dans la vie sociale*  
Duvignaud J. *Les ombres collectives. Sociologie du théâtre* (2<sup>e</sup> éd.)  
Enriquez E. *L'organisation en analyse*  
Evans-Pritchard E. E. *Les anthropologues face à l'histoire et à la religion*  
Fassin D. *L'espace politique de la santé*  
Forsé M. *L'ordre improbable. Entropie et processus sociaux*  
Forsé M., Langlois S. *Tendances comparées des sociétés post-industrielles*  
Fresnault-Deruelle P. *L'éloquence des images*  
Gautier A. *Du visible au visuel*  
Geertz C. *Savoir local, savoir global*  
Girod R. *Inégalité, inégalités*  
Goldwater R. *Le primitivisme dans l'art moderne*  
Gras A. *Grandeur et dépendance*  
Guédez A. *Compagnonnage et apprentissage*  
Jodelet D. (sous la direction de). *Les représentations sociales* (5<sup>e</sup> éd.)  
Jodelet D. *Folies et représentations sociales* (2<sup>e</sup> éd.)

0 222 074 X

~~30~~  
30

L'ESPACE POLITIQUE  
DE LA SANTÉ

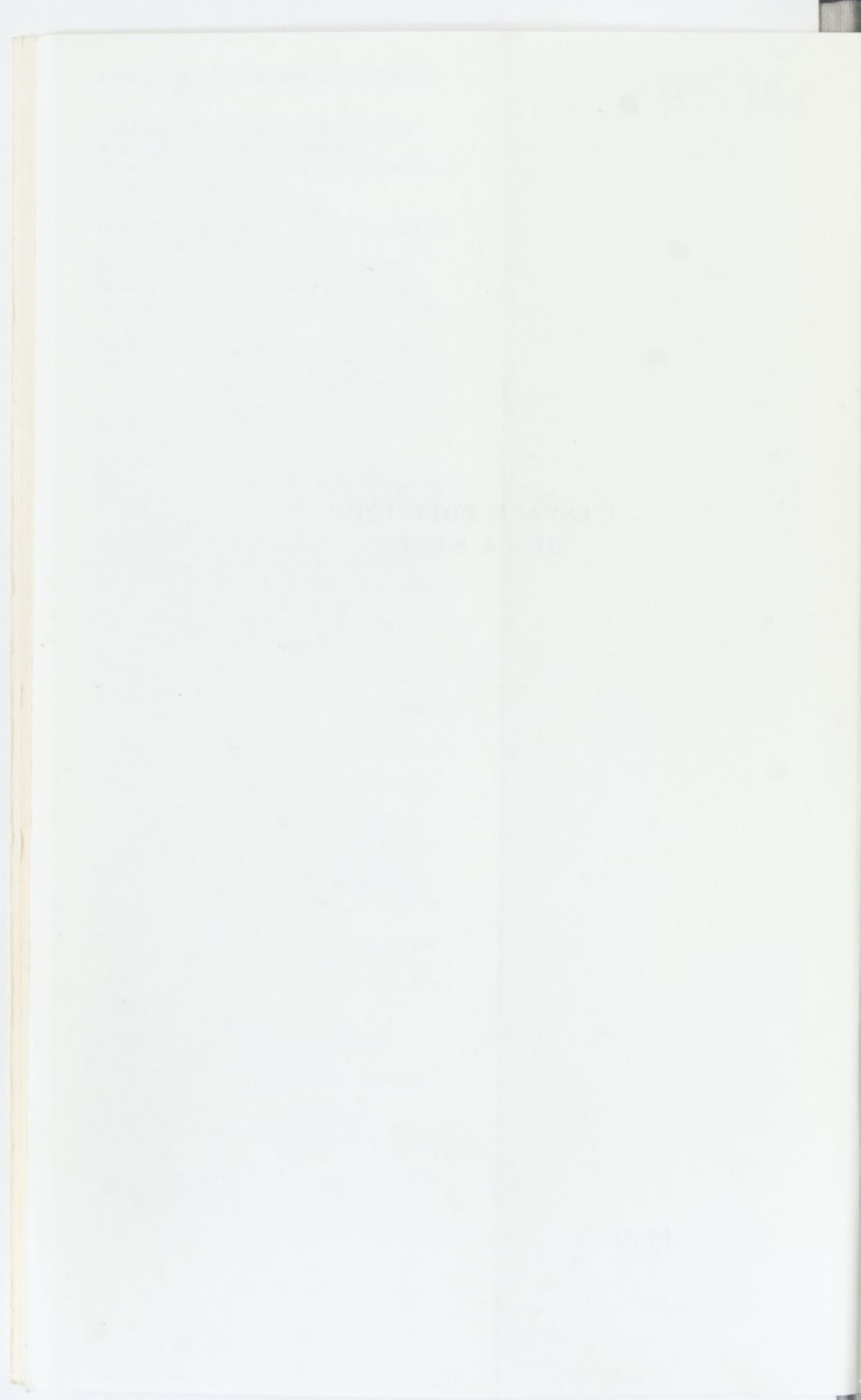
L'ESPACE POLITIQUE  
DE LA SANTÉ

RIDIER PASSIN

8

DA MON

1382





SOCIOLOGIE D'AUJOURD'HUI  
COLLECTION DIRIGÉE PAR GEORGES BALANDIER

# L'ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ

Essai de généalogie

DIDIER FASSIN



PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

DL - 6 JAN. 97 00185

Cet ouvrage bénéficie d'un soutien financier dans le cadre d'un contrat de recherche de l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale.



ISBN 2 13 048261 9  
ISSN 0768-0503

Dépôt légal — 1<sup>re</sup> édition : 1996, décembre  
© Presses Universitaires de France, 1996  
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

Pour Thomas, Baptiste et Camille

Année Première

PROLOGUE — Le maître et l'élève 1

Plaisance et solitude	1
Le songe du professeur	2
Le commencement d'un cours	3
Le commencement d'un jour	4

PREMIÈRE PARTIE — L'enseignement de l'arithmétique 5

L'arithmétique	5
Les tables de multiplication	6
Les divisions successives de deux nombres	7
La détermination des quotients	8
La détermination des restes	9

DEUXIÈME PARTIE — Le passage de la pratique 10

Le calcul de l'argent	10
Le calcul des intérêts de banque	11
Méthodes des opérations	12
Les questions de pratique	13
Les problèmes de pratique	14

TROISIÈME PARTIE — L'enseignement de la géométrie 15

Les principes fondamentaux de la géométrie	15
Les démonstrations de géométrie	16
Le temps des applications	17
Les applications de la géométrie	18
Les questions de la géométrie	19

QUATRIÈME PARTIE — L'enseignement de l'algèbre 20

Principes de l'algèbre	20
Les questions de l'algèbre	21

CINQUIÈME PARTIE — L'enseignement de l'histoire 22

Principes de l'histoire	22
Les questions de l'histoire	23

61-6 JAN 67 00383

1967 JAN 67 00383

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 01-06-07 BY 60322 UCBAW/STP/STP

1967 JAN 67 00383  
1967 JAN 67 00383  
1967 JAN 67 00383  
1967 JAN 67 00383

## Sommaire

<b>Avant-Propos</b>	1
<b>PRÉAMBULE. — La santé et le politique</b>	3
Pouvoir et maladie	5
Le sens du politique	16
La signification de la santé	26
Fondations et génèses	41
<b>PREMIÈRE PARTIE. — L'incorporation de l'inégalité</b>	51
L'égalité des vies	60
Les lois du genre	64
La différenciation devant la mort	73
La pacification des corps	86
La civilisation des inégalités	105
<b>DEUXIÈME PARTIE. — Le pouvoir de guérir</b>	123
Le secret du pouvoir	129
La différenciation du monde	145
L'origine des médecines	155
La quête de légitimité	171
Les pouvoirs en question	185
<b>TROISIÈME PARTIE. — Le gouvernement de la vie</b>	199
La gestion collective de la maladie	207
La politisation de la santé	217
Le temps des épidémies	231
La naissance d'une discipline	243
L'expansion de la santé publique	256
<b>CONCLUSION. — L'espace politique de la santé</b>	283
Penser le changement	284
De la généalogie à la topographie	295
Bibliographie	305
Index	321

1	
2	Introduction
3	I. The world as a whole
4	The world as a whole
5	The world as a whole
6	The world as a whole
7	The world as a whole
8	The world as a whole
9	The world as a whole
10	The world as a whole
11	The world as a whole
12	The world as a whole
13	The world as a whole
14	The world as a whole
15	The world as a whole
16	The world as a whole
17	The world as a whole
18	The world as a whole
19	The world as a whole
20	The world as a whole
21	The world as a whole
22	The world as a whole
23	The world as a whole
24	The world as a whole
25	The world as a whole
26	The world as a whole
27	The world as a whole
28	The world as a whole
29	The world as a whole
30	The world as a whole
31	The world as a whole
32	The world as a whole
33	The world as a whole
34	The world as a whole
35	The world as a whole
36	The world as a whole
37	The world as a whole
38	The world as a whole
39	The world as a whole
40	The world as a whole
41	The world as a whole
42	The world as a whole
43	The world as a whole
44	The world as a whole
45	The world as a whole
46	The world as a whole
47	The world as a whole
48	The world as a whole
49	The world as a whole
50	The world as a whole
51	The world as a whole
52	The world as a whole
53	The world as a whole
54	The world as a whole
55	The world as a whole
56	The world as a whole
57	The world as a whole
58	The world as a whole
59	The world as a whole
60	The world as a whole
61	The world as a whole
62	The world as a whole
63	The world as a whole
64	The world as a whole
65	The world as a whole
66	The world as a whole
67	The world as a whole
68	The world as a whole
69	The world as a whole
70	The world as a whole
71	The world as a whole
72	The world as a whole
73	The world as a whole
74	The world as a whole
75	The world as a whole
76	The world as a whole
77	The world as a whole
78	The world as a whole
79	The world as a whole
80	The world as a whole
81	The world as a whole
82	The world as a whole
83	The world as a whole
84	The world as a whole
85	The world as a whole
86	The world as a whole
87	The world as a whole
88	The world as a whole
89	The world as a whole
90	The world as a whole
91	The world as a whole
92	The world as a whole
93	The world as a whole
94	The world as a whole
95	The world as a whole
96	The world as a whole
97	The world as a whole
98	The world as a whole
99	The world as a whole
100	The world as a whole

## AVANT-PROPOS

*Cet essai prolonge une série de travaux réalisés depuis une douzaine d'années au Sénégal, principalement à Dakar et dans sa banlieue, sur les processus d'urbanisation tels qu'ils se donnent à lire à travers les représentations et les pratiques mises en œuvre autour de la maladie; en Équateur, dans des quartiers périphériques de Quito et dans des zones rurales des Andes, sur les conditions de vie et de santé dans les milieux populaires; en France, et plus précisément dans la région parisienne, sur les inégalités sociales face à la maladie et sur les nouveaux territoires de la santé publique. Rappel liminaire qui a pour double fonction, d'une part, de signifier que l'analyse présentée ici, quelque théorique qu'elle puisse paraître, trouve son origine dans des recherches empiriques dont il m'a paru nécessaire de situer les résultats à un niveau plus global de compréhension, et d'autre part, d'évoquer les institutions auxquelles je suis reconnaissant d'avoir soutenu ces différentes investigations, en particulier l'INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'ORSTOM, Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération et l'IFEA, Institut français d'études andines.*

*Les analyses présentées ici ont été exposées au long de deux années de conférences à l'École des hautes études en sciences sociales. Les commentaires et les critiques de ceux qui les ont suivies m'ont permis de réviser ou de clarifier certaines thèses et je leur en suis reconnaissant. Je remercie Pierre Aiach, lecteur attentif et auditeur fidèle, pour s'être amicalement associé à cette*

entreprise et l'avoir enrichie de ses annotations sur les premières versions du manuscrit, et Jean-Pierre Dozon, dont la discussion serrée des propositions développées dans cet ouvrage m'a incité à des formulations plus justes. Compagnon de longue date de mes travaux, Éric Fassin m'a fait partager sa rigueur et son exigence. Au près d'Anne-Claire Defosse, enfin, j'ai trouvé ce sens de l'humain sans lequel l'analyse du social n'est rien.



## PRÉAMBULE

---

### La santé et le politique

Dans toutes les sociétés, la maladie met en jeu des rapports de pouvoir. Elle les exprime dans les corps à travers les différences entre les individus face aux risques de l'existence ou aux possibilités de se soigner, qui sont autant de façons d'inscrire physiquement l'ordre social. Elle les révèle dans l'intervention de ceux que l'on crédite de la capacité de guérir, qu'ils soient chamanes, marabouts ou médecins, mais aussi dans les relations qui s'instaurent entre les professions de santé et les pouvoirs publics. Elle les dévoile enfin dans la recherche de réponses collectives, rituels de purification ou programmes de prévention, dont l'efficacité représente toujours un test pour l'autorité, traditionnelle aussi bien qu'étatique. Inscription de l'ordre social dans les corps, légitimation de l'action des thérapeutes, gestion collective de la maladie, trois figures par lesquelles le pouvoir se manifeste. Mais si elles sont universelles, ces figures ne sont pas immuables. C'est l'histoire de leur transformation qui fait l'objet de ce livre.

Elle se caractérise par une triple rupture. L'inscription de l'ordre social passe d'un marquage des corps par la violence à une incorporation de l'inégalité sous forme de disparités devant la maladie et devant la mort. Le pouvoir de guérir se sépare des autres formes d'intervention sur le monde et donne naissance à un champ médical différencié. La gestion collective de la maladie devient gouvernement de la vie et ouvre le domaine de la santé publique. Cette évolution est

doublement politique, au sens où, d'une part, elle constitue le rapport entre le corps physique et le corps social en enjeu politique, et où, d'autre part, elle fait intervenir les institutions politiques, à commencer par l'État. Incorporation de l'inégalité, pouvoir de guérir et gouvernement de la vie constituent donc les trois dimensions de ce que l'on propose d'appeler *l'espace politique de la santé*. Il s'agit ici de montrer comment il s'est construit. D'en faire, en somme, la généalogie.

Mettre ainsi la question de la transformation des rapports de pouvoirs autour de la maladie et de la construction de l'espace politique de la santé au centre d'un programme de recherche, c'est ouvrir un champ d'investigation à la fois vaste et complexe. Vaste, puisque, renonçant à des découpages classiques que semblent accréditer les spécialisations institutionnelles (anthropologie de la maladie, sociologie médicale, histoire de la médecine), entre sociétés lointaines et proches, entre pratiques du passé et du présent, il s'agit d'aborder systématiquement, dans des contextes historiques et culturels différents, les relations entre le politique et le corps. Mais également complexe, puisque, pour mener à bien cette entreprise, il est nécessaire d'examiner ensemble des problématiques habituellement étudiées de façon séparée et relevant cette fois de délimitations thématiques (pouvoir médical, inégalités sociales, politiques sanitaires).

Un tel projet ne suppose évidemment pas l'effacement des repères historiques et des référents culturels dans une sorte d'universalisme intemporel qui aboutirait à d'indémontrables généralisations. Pas plus qu'il n'implique la confusion des niveaux d'interprétation amalgamant toutes les formes du pouvoir dont on ferait le principe unique de l'action sociale. La double difficulté de ce travail réside précisément dans la nécessité, d'une part, de prendre en compte les dimensions historique et culturelle du pouvoir et de la maladie, sans tomber dans les pièges de l'évolutionnisme et du culturalisme, et d'autre part, d'articuler des ordres de réalité différents, comme peuvent l'être l'inscription des rapports sociaux dans les corps, les processus de légitimation des thérapeutes, ou le gouvernement des conduites humaines en matière de santé. Il s'agit autrement dit de dépasser les habitudes intellectuelles qui empêchent de penser ensemble des

sociétés éloignées dans le temps et dans l'espace et de franchir les frontières institutionnelles qui séparent l'anthropologie de l'historien et du sociologue. Dépassement déjà entrepris depuis longtemps dans certains domaines, mais encore bien peu mis en œuvre dans celui de la maladie et moins encore de la santé. Probablement l'étude du pouvoir et du politique permet-elle d'accéder à des catégories conceptuelles plus générales à travers lesquelles ce dépassement devient non seulement possible mais justifié.

#### POUVOIR ET MALADIE

Cette démarche s'inscrit dans le prolongement du projet qu'avait Georges Balandier (1978, 2) de constituer une anthropologie politique autour de l'idée « que les sociétés humaines produisent toutes du politique et qu'elles sont toutes ouvertes aux vicissitudes de l'histoire ». Il n'y a donc pas à chercher le lieu ou le moment de la « naissance du politique », pour reprendre une expression fréquemment employée à propos de la Grèce antique, mais les configurations du politique et les changements qu'elles subissent. Si le territoire ainsi délimité a été largement exploré, notamment par les anthropologues britanniques, dans ce que l'on peut en considérer comme la région centrale, à savoir les systèmes et les institutions politiques, en revanche d'autres parties relevant moins évidemment de cette analyse ont été laissées en friche. Ainsi en est-il de la maladie et du malheur, qui ont été beaucoup plus souvent étudiés par les anthropologues dans leurs dimensions culturelle et cognitive que sous l'angle du politique, c'est-à-dire en s'intéressant davantage aux formes symboliques et aux modes de connaissance qu'au langage du pouvoir. Pourtant, ne pourrait-on pas se demander, comme le fait Marc Augé (1978, 151) à propos de l'interprétation que donne Victor Turner des rituels d'affliction, « si toute anthropologie, quels que soient les types de réalités qui sont au point de départ de son observation – faits religieux, familiaux, économiques – ne doit pas aboutir à la manifestation

des rapports de pouvoir, des modalités de leur mise en œuvre et du mécanisme de ces modalités » ? En fait, ce constat d'un relatif désintérêt des anthropologues qui ont travaillé sur la maladie et le malheur pour la question politique mérite d'être affiné dans la mesure où les médecines – considérées dans un sens large – sont abordées en anthropologie selon deux perspectives correspondant à deux traditions dont les présupposés diffèrent profondément.

D'un côté, on trouve des travaux qui ont été peu à peu rassemblés sous la dénomination d'anthropologie médicale et qui traitent essentiellement des représentations de la maladie et des pratiques des thérapeutes. On fait en général remonter cette tradition à W. H. R. Rivers (1924), dont la tentative de classification des systèmes médicaux en trois groupes – magique, religieux, empirique – demeure tributaire des schémas évolutionnistes en cours à son époque, et à F. E. Clements (1932), qui propose d'analyser la répartition socio-spatiale des interprétations étiologiques des maladies – de la perte de l'âme à la violation de tabous – à partir d'un modèle diffusionniste. On leur associe également deux historiens, Erwin Ackerknecht (1971) et Henry Sigerist (1951), qui, dans les années quarante et cinquante, s'attachent avec une grande érudition à l'étude des médecines anciennes et lointaines. C'est en Amérique du Nord que cette démarche connaît son développement le plus rapide, tant pour des raisons de culture scientifique que de logiques institutionnelles : l'expression *medical anthropology* apparaît pour la première fois sous la plume de Nicolas Scotch (1963) et des équipes se réunissent autour notamment d'Horacio Fabrega (1978), Arthur Kleinman (1980) ou Gilles Bibeau (1981). A ce courant peuvent être rattachées la plupart des recherches menées en France dans la même période, en particulier autour d'Anne Retel-Laurentin ou de Jean Benoist, sous les intitulés d'anthropologie médicale et d'ethnomédecine.

D'un autre côté, on peut regrouper des travaux qui portent sur d'autres objets que la maladie, en particulier la magie, la sorcellerie, la divination, les rituels de possession et d'affliction, mais dont les auteurs sont inévitablement confrontés au mal dans ses multiples manifestations et amenés à rencontrer ceux qui ont pouvoir de le donner ou de le



guérir. Même si les études de Marcel Mauss (1980) sur la magie fournissent une première théorisation du pouvoir d'agir sur les corps que Claude Lévi-Strauss prolongera dans ses écrits sur le chamanisme (1974), c'est surtout chez E. E. Evans-Pritchard (1985) que les filiations intellectuelles sont généralement invoquées, notamment pour son ouvrage de 1937 dans lequel il montre que la presque totalité des maladies du monde zandé met en jeu des forces maléfiques : pour lui, la sorcellerie, qu'elle soit *witchcraft* ou *sorcery*, est d'abord une affaire de pouvoir. Une série de recherches, principalement réalisée par des anthropologues britanniques à partir de la fin des années quarante, notamment autour de Max Gluckman (1944), prolonge l'étude de ces phénomènes de sorcellerie, avec John Middleton et E. H. Winter (1963), Clyde Mitchell (1965), Max Marwick (1967) et Mary Douglas (1981). C'est dans cette ligne qu'il faut situer les travaux de Marc Augé ou de Jean-Pierre Dozon, et plus généralement de cette école qui a voulu se différencier de la précédente en parlant d'anthropologie de la maladie pour garder à la discipline l'indivisibilité de son approche.

Cette distinction, sommairement décrite, entre une anthropologie médicale, qui suppose l'existence des maladies et des médecines comme faits sociaux qu'il s'agit d'objectiver en les décrivant, et une anthropologie sociale, qui ne préjuge pas de tels découpages de la réalité, mais découvre la maladie et la médecine dans des univers locaux de signification, ne recouvre pas exactement le découpage habituellement opéré dans les bilans de ce domaine d'investigation, notamment ceux réalisés en France au début des années quatre-vingt (Epelboin et Retel-Laurentin, 1980 ; Walter, 1981 ; Sindzinge et Zempléni, 1982 ; Mitrani, 1982), qui opposent une conception holiste – consistant « à situer la médecine dans la totalité socioculturelle du groupe étudié en essayant de découvrir les liaisons qui existent à l'échelle des faits entre tous les aspects de la vie du groupe » – et une approche ethnomédicale – qui « tente au contraire de circonscrire un domaine médical parmi les activités de la vie sociale et propose de l'aborder comme les autres systèmes que cette dernière est censée comporter » – pour reprendre les termes de Philippe Mitrani (1982, 98). Cette opposition présente en

effet l'inconvénient de ne retenir que les travaux qui font explicitement référence au domaine médical au sens large et par conséquent d'ignorer, comme le montrent les bibliographies de ces bilans, la plupart des recherches menées par ailleurs sur la sorcellerie ou la divination, la possession ou l'affliction, les techniques du corps ou les pratiques liées à la sexualité et à la reproduction – sauf lorsque la relation à la médecine et à la maladie s'y trouve clairement explicitée. Outre qu'elle se prive de travaux d'un grand intérêt pour l'étude de ce domaine, cette classification préjuge de limites – en ce qui concerne la médecine et la maladie – qu'il s'agirait au contraire de constituer en objet de recherche.

La distinction qui est proposée ici appelle cependant deux commentaires. En premier lieu, il ne s'agit pas de porter un jugement de valeur entre deux lectures qui relèvent avant tout de choix intellectuels, souvent sous-tendus d'ailleurs par des itinéraires professionnels différents, puisque nombre de spécialistes d'anthropologie médicale sont aussi des médecins, des psychiatres ou des psychologues, à commencer par W. H. R. Rivers dont Paul Mercier (1984, 109-110) rappelle, avec malice mais pas sans fondement, qu'« il était à l'origine médecin, et non anthropologue, ce qui explique sans doute certaines naïvetés dues à l'ignorance de découvertes déjà anciennes »... Nulle raison, donc, de se prononcer pour l'une ou l'autre des deux approches. Encore faut-il être sûr que soient respectés les principes élémentaires de l'épistémologie des sciences sociales, notamment dans la construction de l'objet et la définition des conditions d'investigation. En ce sens, on peut souscrire à la préférence que déclare Marc Augé (1986, 81) pour « une anthropologie qui se donne des objets empiriques distincts (la maladie, la religion, la parenté, etc.) sans se diviser pour autant en sous-disciplines », tout en se gardant de disqualifier des travaux ethnographiques plus spécifiquement consacrés à l'étude des représentations et des pratiques autour de la maladie. En second lieu, la séparation n'est ni totale, ni stable, entre les deux traditions. Certains travaux ne peuvent à l'évidence être classés dans aucune des deux catégories, dans la mesure où ils associent un propos construit autour de la maladie et une mise en perspective anthropologique globale. Tel est le cas notamment des

recherches d'András Zempléni au Sénégal (1966), de Nicole Sindzingre en pays senufo (1984) et de Sylvie Fainzang dans la société bisa (1986), pour s'en tenir au milieu français des sciences sociales. De plus, certains chercheurs ne font que des incursions transitoires dans l'étude des représentations et des pratiques médicales et franchissent ainsi provisoirement la frontière virtuelle entre les deux territoires décrits. C'est vrai aussi bien pour Jean Pouillon (1975) lorsqu'il s'est intéressé à la relation thérapeutique que pour Jean-Pierre Olivier de Sardan (1994) quand il traite des interprétations communes de la maladie.

Il n'y aurait toutefois pas grand sens à opérer une distinction entre ces deux traditions s'il s'agissait seulement de procéder à un exercice typologique. En fait, si l'on a retenu cette mise en perspective, c'est qu'elle aide à comprendre pourquoi la question du pouvoir est demeurée absente de la plupart des travaux anthropologiques portant sur le domaine médical. D'un côté, la maladie, en tant qu'objet de représentations surnaturelles et de pratiques magiques, a été essentiellement abordée sous l'angle culturel, ce qui était d'autant plus facile qu'aux États-Unis, lorsque y est née l'anthropologie médicale, le culturalisme constituait le référent théorique dominant chaque fois qu'il s'agissait de penser des sociétés autres ; il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux textes de George Foster (1974) dans lesquels il assigne à l'anthropologie et à la sociologie leurs places respectives, les faits culturels revenant à la première et les rapports sociaux à la seconde. De l'autre côté, les médecines ont avant tout été considérées comme des corpus de savoir, ce qui explique que les approches aient été principalement de type cognitif, en termes de systèmes de classification et d'interprétation, mais aussi plus largement du point de vue des systèmes de pensée, dans le cadre du débat repris par Robin Horton (1967) à la suite de Claude Lévi-Strauss (1962) sur la comparaison entre pensées traditionnelle et scientifique. Le regard porté sur la maladie et la médecine par l'anthropologie médicale apparaît ainsi comme le produit d'une histoire qui a privilégié les dimensions culturelles et cognitives au détriment des aspects sociaux et politiques.

C'est donc plutôt du côté de l'anthropologie sociale, et notamment des études sur la magie et la divination, et sur-



tout sur la sorcellerie, qu'il faut chercher les linéaments d'une théorie des pouvoirs que mettent en jeu les procédures de prise en charge du malheur et de la maladie. Encore ces travaux n'en offrent-ils souvent que des aperçus fragmentaires, relatifs à un système idéologique local, avec toutes les difficultés de comparaison qu'impliquent des approches monographiques. Comment en effet rapprocher des représentations et des pratiques isolées du contexte qui leur confère un sens ? Il ne suffit pas de constater que différentes sociétés africaines ont recours au même registre d'interprétation par la sorcellerie pour en déduire que celui-ci renvoie partout à la même réalité sociale. Il n'est que de lire les observations opposées de John Beattie (1963), Clyde Mitchell (1965) et Mary Douglas (1981) à propos de la signification de la sorcellerie, pour s'en convaincre. Les mots eux-mêmes font ici écran au comparatisme. Ainsi en est-il de la distinction classique établie par E. E. Evans-Pritchard dans son étude sur les Azandé et reprise par John Middleton et E. H. Winter (1963) entre *witchcraft* et *sorcery* que certains ethnologues ont eu du mal à faire cadrer avec leurs propres analyses. Max Marwick (1967) reconnaît avoir eu bien des difficultés et connu bien des hésitations pour leur faire correspondre le mot *nfiti* des Cewa de l'ancienne Rhodésie du Nord : « Bien que j'aie changé d'idée plus d'une fois sur la traduction de ce terme, j'en suis maintenant arrivé à la conclusion que l'on devrait parler de *sorcerer-witch*, mais que, pour abrégé, *sorcerer* convient mieux que *witch* »... On conçoit que, dans ces conditions, il soit difficile d'opérer des généralisations transculturelles.

Et ce, d'autant que chaque auteur propose une lecture différente, essayant d'intégrer les faits observés dans sa propre théorie de la société. D'où l'expression de Marc Augé (1975, 85) rendant compte de cette diversité : « La sorcellerie bonne à tout faire. » Ainsi, pour S. F. Nadel (1982, 286), qui puise dans le fonds culturaliste, elle est le mode d'expression, mais non de résolution, « de frustrations, d'anxiétés et de stress mentaux » survenus notamment dans l'enfance, comme il le montre pour les Nupe du Nigéria septentrional et les Mesakin du Soudan central. Bien loin de ces interprétations psychologiques, E. E. Evans-Pritchard (1967, 1) établit un lien fonctionnel entre les caractéristiques de la magie et



l'organisation sociale, les différences dans les pratiques magiques d'une culture à l'autre tenant essentiellement à « des différences dans la forme des sociétés » : par exemple, le fait que les chefs ne fassent pas usage de la magie pour gouverner chez les Azandé du sud Soudan, alors qu'ils y recourent chez les Trobriand de Mélanésie, est dû à l'existence d'autres moyens plus efficaces dans l'appareil répressif zandé. A l'inverse, E. H. Winter (1963, 299), qui récuse les thèses fonctionnalistes, car elles n'expliquent pas pourquoi persiste la sorcellerie alors qu'elle est source de conflits et de divisions, « il y a une congruence formelle entre le monde des idées et la structure sociale » : ainsi, chez les Amba d'Ouganda, cette relation est de type spéculaire inversé, les caractéristiques des sorciers s'opposant terme à terme à celles des hommes. Trois modèles – culturaliste, fonctionnaliste, structuraliste – qui sont autant de façon d'appréhender les rapports de pouvoir que met en jeu l'interprétation du mal.

La tentative la plus systématique pour élaborer un cadre global de compréhension des théories locales du pouvoir est celle que Marc Augé (1975, 82, 103 et 410) élabore autour du concept d'idéo-logique, « entendu comme logique des représentations ». Chez les groupes lagunaires de Côte-d'Ivoire qu'il étudie, cette idéo-logique « propose une théorie du monde comme champ de forces et une théorie de la personne comme concentration des pouvoirs ». C'est la manipulation de ces forces et de ces pouvoirs qui entraîne des désordres dans le corps social comme dans les corps physiques. Et c'est le travail du devin ou du contre-sorcier que de rendre compte de ces désordres et d'en résoudre les tensions par son diagnostic et ses remèdes. Le décryptage de cette conception du monde débouche sur une anthropologie globale dans la mesure où la théorie locale des pouvoirs elle-même « présuppose une théorie plus générale des forces en présence dans le monde, des rapports entre vie sociale et vie de la nature, des rapports entre réel et surnaturel, entre vie et mort, entre situation familiale et situation individuelle, événement signifiant et causalité signifiée ». Il s'agit en somme d'une théorie de la théorie des pouvoirs dont l'ambition est vaste puisque, d'une part, elle englobe l'ensemble des aspects du pouvoir pris dans son sens large de « possibilité effective d'action sur les

hommes et sur les choses», incluant en l'occurrence les capacités d'intervention dans les domaines technique, social et économique, et que, d'autre part, elle base toutes les pratiques sociales, économiques ou politiques sur la «référence concrète à cette logique (des représentations)», plaçant donc l'idéo-logique au fondement de la société.

Tout en soulignant la valeur heuristique de cette lecture, Emmanuel Terray (1978) s'interroge sur sa généralité et sa validité au-delà des sociétés lignagères. On peut préciser la question en se demandant ce qui se passe lorsque le malade, le possédé ou l'ensorcelé se rend au dispensaire, consulte un médecin, est hospitalisé dans la capitale. Dans quelle mesure, c'est-à-dire au prix de quels aménagements, la théorie des pouvoirs peut-elle prendre en compte des institutions et des pratiques modernes, les réinterpréter et les utiliser? Quels fondements idéologiques sous-tendent les nouveaux rapports des individus, et notamment des thérapeutes, à la médecine clinique et à l'État ivoirien? Cette modernité, Marc Augé tente de la penser, notamment à partir de la distinction entre «pouvoirs noirs» de la tradition et «pouvoir blanc» de la colonisation. Étudiant les mouvements messianiques, il montre que leur dimension thérapeutique de plus en plus prégnante est indissociable à la fois de la position adoptée par les prophètes-guérisseurs vis-à-vis de l'administration coloniale et de la fonction de médiation qu'ils occupent aujourd'hui entre les théories locales et les idéologies des colonisateurs. Évoquant la sorcellerie dans le monde urbain, il reprend l'idée d'une crise morale des sociétés africaines favorable à la multiplication des accusations, tout en affirmant que ce phénomène est concomitant de l'apparition de nouvelles formes d'interprétation du mal intégrant des paradigmes importés et prenant en considération les contraintes du monde contemporain. Mais il ne tente pas de rendre compte des relations entre les figures modernes du politique et les formes actuelles de prise en charge de la maladie, de cette configuration idéologique inédite qui résulte du pluralisme des référents médicaux et des recours thérapeutiques, de la coexistence de l'État et de la sorcellerie, voire de l'irruption de la sorcellerie au cœur de l'État. Cette lecture-là, qui marquerait en somme le passage d'une étude du pouvoir à une analyse du politique, est seulement ébauchée. Le

propos vaut plus largement pour la littérature anthropologique. Si les ethnologues ont traité des formes précoloniales de l'État (Adler, 1982 ; Izard, 1985 ; Terray, 1986) et si les politistes se sont intéressés à l'État non occidental (Bayart, 1989 ; Médard, 1991 ; Badie, 1992), autrement dit si les bases d'une anthropologie politique sont depuis longtemps jetées – en France (Balandier, 1978) et avant déjà en Grande-Bretagne (Gluckman, 1963) –, la maladie et la santé sont pour l'essentiel demeurées en dehors de son champ.

Au contraire, les sociologues ont, eux, souvent abordé le domaine médical sous l'angle du politique. Probablement faut-il y voir la marque d'un intérêt de la sociologie pour les questions de reproduction, de légitimité et d'action sociales qui sous-tendent les trois thèmes initialement définis : incorporation de l'inégalité, pouvoir de guérir, gouvernement de la vie. Ainsi, les rapports que les individus entretiennent avec leur corps, avec leurs symptômes et avec le système de soins sont-ils indissolublement liés à leur position et à leur histoire sociales, comme l'a montré en particulier Luc Boltanski (1971), « l'habitus corporel » socialement déterminé devenant ainsi un élément essentiel de l'explication des inégalités devant la maladie. De même, la reconnaissance par les sociétés modernes d'un corps de professionnels ayant le monopole de l'art de soigner représente-t-elle un acte politique, et c'est la contribution décisive des interactionnistes américains, notamment d'Eliot Freidson (1984), que d'avoir défini la profession médicale en dehors des dimensions intellectuelles et souvent morales que lui donnaient leurs prédécesseurs et d'avoir montré que la question du pouvoir était constitutive de cette définition. Enfin, avec sa présence croissante dans la vie sociale, la santé publique est apparue comme l'un des domaines privilégiés d'expression du politique, en même temps que l'on a commencé à s'interroger sur les implications de notions couramment utilisées par les spécialistes de la prévention, telles que le risque, dont Robert Castel (1983) analyse la signification dans le cadre des « stratégies de gestion de population propres aux sociétés dites néo-libérales ». Ainsi, les enjeux politiques de la maladie et de la santé sont-ils plus manifestement présents dans les travaux sociologiques qu'anthropologiques.



Les historiens ne sont d'ailleurs pas en reste, comme on peut le constater en suivant toujours cette triple grille de lecture qui a servi à décrire l'espace politique de la santé. Le problème des disparités devant la mort, qui préoccupait tant les hygiénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, fait l'objet de multiples recherches, notamment parmi les démographes, grâce aux méthodes mises au point par Louis Henry et Alain Blum (1988), et l'on dispose aujourd'hui d'un corpus important, quoique fragmentaire, de données sur l'histoire des inégalités sociales face à la maladie en Europe. L'étude de la constitution d'un pouvoir médical dans la France du XIX<sup>e</sup> siècle est centrale dans les travaux de Jacques Léonard (1981) qui montre comment, les questions sanitaires devenant des enjeux politiques, les médecins se trouvent de plus en plus placés « dans l'arène publique » ; cette position n'est pas sans ambiguïté et, ainsi que le rappelle François Delaporte (1990), lors de l'épidémie de choléra de 1832, les médecins ont été considérés par la population parisienne comme des « agents du pouvoir », directement responsables de la propagation de l'infection. Quant aux politiques de santé publique, dont Carlo Cipolla (1976) fait remonter la naissance en Europe à l'épidémie de peste de 1348, leur développement à partir du début du XIX<sup>e</sup> siècle a été particulièrement étudié en France, depuis Erwin Ackerknecht (1986) jusqu'à Lion Murard et Patrick Zylberman (1985) qui, reliant savoirs médicaux et pratiques politiques, discutent l'émergence et l'efficacité de l'État hygiéniste.

Il ne s'agit évidemment pas ici de se livrer à un recensement des très nombreux travaux de sociologues et d'historiens sur les aspects politiques de la santé, dont on a simplement voulu donner un aperçu de la diversité et de la richesse. Cette évocation vise plutôt à faire apparaître, par contraste, la relative discrétion de l'anthropologie sur ces questions, puisque, comme on l'a vu, lorsque les anthropologues se sont intéressés à la maladie ou à la médecine, ils les ont abordées essentiellement sous un angle culturel ou cognitif, et lorsqu'ils ont porté leur attention sur les pouvoirs que met en œuvre l'interprétation du mal, ils se sont généralement restreints au monde traditionnel de la sorcellerie et de la divination. L'examen des relations de pouvoir que révèlent la dis-

tribution inégale des maladies dans l'espace social, leur prise en charge par les thérapeutes, leur gestion collective par les sociétés, en somme, l'étude des rapports entre le politique et la santé restent en grande partie à faire.

Cette approche ne s'oppose pas à celles qui privilégient, comme l'ethnomédecine, le contenu des savoirs, comme l'anthropologie médicale, la forme des représentations, ou comme l'anthropologie de la maladie, la question du sens. Elle ouvre une autre voie de compréhension de ce qui se joue dans la relation entre le corps biologique et le corps social : elle propose une *anthropologie politique de la santé*. Mais emprunter cette voie n'est pas indifférent. C'est reconnaître qu'à travers les savoirs, les représentations, et même les recherches de sens, la maladie relève toujours du pouvoir – celui du sorcier, celui du médecin, celui de l'État. Et c'est aussi se demander dans quelle mesure ces agents et les relations de pouvoir qu'ils déploient pour ensorceler des ennemis, soigner des malades ou gérer la santé publique, appartiennent en propre au champ politique – ce qui conduit à s'interroger sur l'articulation et la hiérarchisation des différents champs.

Plus généralement, comment justifier la position de prééminence qui est accordée ici à la question du pouvoir et à l'influence du politique ? S'agit-il d'une entrée comme une autre dans le domaine de la maladie et de la santé, comme peuvent l'être les approches par les savoirs, les représentations ou le sens, pour reprendre les trois approches précédemment évoquées, ou bien faut-il lui donner un statut privilégié reflétant une réalité qui mériterait un traitement particulier ? Autrement dit, est-ce le choix du chercheur ou la nécessité des faits qui impose la construction d'une anthropologie politique de la santé ?

Discutant les théories de Michael Walzer (1983) et de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991) sur les principes qui fondent l'ordre des sociétés, Paul Ricœur (1992, 7-8) récusé l'idée que le pouvoir politique soit « une sphère de justice parmi les autres », pour parler comme le premier, et que la cité civique soit « une cité parmi d'autres », dans les termes des seconds. Pour lui au contraire, le politique est un référent supérieur qui englobe les autres en même temps qu'il les détermine. C'est, dit-il, « un des paradoxes du politique, à

savoir qu'il paraît aujourd'hui constituer à la fois une sphère de la justice, en tant que le pouvoir politique est lui aussi un bien à distribuer, et l'enveloppe de toutes les sphères, en tant qu'il est le gardien de l'espace public à l'intérieur duquel s'affrontent les biens sociaux constitutifs des sphères de justice ». Il en vient même à se demander « si le politique est correctement abordé en termes d'économie de la grandeur », si son statut particulier dans l'espace social ne justifie pas de lui donner une place à part, différente de celle que l'on peut accorder aux autres mondes – domestique, marchand ou industriel, pour s'en tenir aux catégories proposées par les auteurs auxquels il se réfère. En somme, le politique n'est-il pas une grandeur d'un ordre supérieur ?

On affirme ici de même que, lorsqu'il est question de maladie et de santé, ce que Marc Augé (1986, 84) appelle « le rapport à l'ordre social et au pouvoir » est irréductible aux autres dimensions anthropologiques. Tel est en effet l'argument qui sous-tend ce travail : *non seulement le pouvoir est constitutif de toute théorie anthropologique de la maladie, mais plus encore la construction de l'espace de la santé prend son sens par rapport à la manière dont s'y inscrit le politique*. Toutefois, avant de s'engager plus avant dans l'argumentation de cette thèse et dans la justification de la nécessité d'une étude par les sciences sociales, et notamment par l'anthropologie, de l'espace politique de la santé, il importe de préciser le sens et la portée que l'on donne à chacun des termes qui composent cette expression programmatique, en abordant successivement le politique, la santé et même, tant il est de façons de s'y référer, l'anthropologie.

#### LE SENS DU POLITIQUE

Qu'il y ait, autour de la maladie et des médecines, dévoilement de rapports de pouvoir n'implique pas nécessairement que ces rapports soient de nature politique. Si l'on retient comme définition du pouvoir ce qui permet aux individus et aux groupes d'agir sur les hommes, sur les choses, et donc sur



le cours des événements, le geste par lequel une personne en menace une autre en lui jetant un sort, l'acte par lequel un thérapeute, guérisseur ou médecin, délivre le malade de sa souffrance, ou encore la décision par laquelle un ministère de la Santé rend obligatoire le dépistage du virus du sida dans les centres de transfusion sanguine relèvent tous de manifestations de pouvoir. Peut-on pour autant en inférer que ces trois situations s'inscrivent dans le politique ?

Le fait de jeter un sort n'est pas en soi de nature politique, mais il peut le devenir lorsqu'il intervient à la veille d'élections et qu'un marabout est sollicité par l'un des candidats pour éliminer un rival. Les soins que prodiguent un guérisseur ou un médecin appartiennent à la sphère privée, pourtant l'intervention de l'Organisation mondiale de la santé pour réglementer les médecines traditionnelles ou le contrôle exercé sur les prescriptions médicales par les pouvoirs publics font entrer le colloque singulier entre soignant et soigné dans le domaine politique. Une mesure sanitaire ordonnée par un ministère, qu'à l'inverse on situe immédiatement du côté du politique, implique des enjeux de pouvoir, notamment économiques, qui peuvent être en dehors de ce champ. C'est un problème de délimitation similaire que pose Edmund Leach (1954, 183) à propos de la distinction entre les domaines séculier et religieux du pouvoir chez les Kachin de Birmanie : « Dans la littérature, il est entendu que les "personnages officiels" sont toujours les détenteurs d'offices séculiers ou religieux. Du côté séculier, sont rangés le chef et les anciens ; du côté religieux, il y a les prêtres, les devins et les medium. Mais en fait les choses ne sont pas si simples. Le chef, il est vrai, n'a pas de fonction sacrée ; pourtant son pouvoir dérive d'un rôle religieux. Le devin n'a certes pas de pouvoir politique formel ; cependant il est dans une position d'influence politique considérable. » Pouvoir et politique ne sont ainsi pas superposables. Mais si on ne considère pas comme équivalents les deux termes, à partir de quel moment, et selon quels critères, peut-on attribuer à des relations de *pouvoir* une signification *politique* ?

Les premiers anthropologues qui, dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, abordent la question du politique, Henry Maine et Lewis Morgan, s'intéressent en fait plutôt au lien

social et à l'origine de l'État, préoccupation génétique qui renoue avec toute une tradition de philosophie politique, de Hobbes à Rousseau, dont Marc Abélès (1990, 10) constate qu'ils en sont moins éloignés qu'ils ne le prétendent. Les travaux anthropologiques ultérieurs, essentiellement britanniques, se fondent beaucoup plus sur des données empiriques de première main et portent principalement sur le problème de la nature politique des sociétés traditionnelles. Autour de cette question, l'affrontement, dont parle Georges Balandier (1978, 29), entre « maximalistes » pour lesquels toutes les sociétés reposent sur une forme d'organisation politique et « minimalistes » selon lesquels seuls les appareils de gouvernement des sociétés à État peuvent revendiquer cette qualité, aura sans aucun doute tourné à l'avantage des premiers. Il est en particulier à porter au crédit d'E. E. Evans-Pritchard (1980, 4-6) d'avoir montré qu'une société segmentaire, les Nuer, qu'il décrit comme n'ayant « pas de gouvernement » et organisée selon des principes d'« anarchie ordonnée », possédait pourtant une « structure politique », c'est-à-dire un ensemble de « relations, à l'intérieur d'un système territorial, entre des groupes de personnes qui vivent dans des aires spatialement bien définies et ont conscience de leur identité et de leur exclusivité ».

A la question de savoir si une société est, ou non, politique, se substitue ainsi celle de comprendre ce qui, dans toute société, relève du politique. Au-delà de l'intérêt dont ce déplacement est porteur pour l'anthropologie, il y a là un renouvellement de tout le domaine que l'on pourrait appeler la science du politique au sens où Marcel Mauss parle de science du social. Avec les études sur les sociétés traditionnelles en effet – et il faut ici ajouter au nom d'E. E. Evans-Pritchard ceux de Meyer Fortes, Edmund Leach, Max Gluckman, John Beattie, entre autres –, la définition du politique est clairement dissociée du rapport à l'État, qui n'est plus qu'une forme historique, particulière en ce qu'elle s'est universalisée, de l'organisation des rapports de pouvoir sur un territoire. Reprenant une expression de Marc Abélès (1990, 9), on pourrait dire que cette définition met un terme à « l'obsession de l'État ». Certains politistes ne s'y sont d'ailleurs pas trompés, tels Vincent Lemieux (1967, 25-26) qui



propose le détour anthropologique comme démarche heuristique pour leur discipline : « Une science véritable des systèmes politiques ne peut faire l'économie des systèmes dits "primitifs", qui représentent un ensemble beaucoup plus vaste et bien plus varié de possibilités humaines que les quelques dizaines de systèmes "modernes" auxquels s'attachent les théoriciens actuels. Bien plus, il nous semble de bonne méthode de commencer l'élaboration d'une théorie des systèmes politiques par la réflexion sur les faits établis par les anthropologues, non pas tellement parce que les sociétés politiques qu'ils ont observées sont généralement plus simples que les nôtres, mais plutôt parce qu'elles sont plus "dépay-santes", pour le politiste tout au moins, et que, à condition de ne pas les interpréter dans une perspective ethnocentriste, elles permettent d'assurer des bases plus objectives, ou mieux, plus universelles à l'élaboration théorique. » Si l'on accepte ce point de vue, quelle nouvelle délimitation, de caractère plus général, donnera-t-on au champ politique ?

Cette question est omniprésente dans l'œuvre de Max Weber (1978, 902) qui, dans le chapitre IX de la seconde partie d'*Économie et société*, tente d'y apporter une réponse globale, c'est-à-dire en dehors du contexte spécifique de l'État qui a surtout retenu son attention. Trois critères sont avancés : « Une communauté "politique" séparée est constituée là où l'on trouve réunis : 1/ un "territoire", 2/ la disponibilité d'une force physique pour sa domination et 3/ une action sociale qui ne se réduit pas exclusivement à la satisfaction de besoins économiques communs dans le cadre de l'économie de la communauté, mais qui régule de manière plus générale les interrelations des habitants de ce territoire. » L'idée centrale, qui sera ultérieurement reprise par la plupart des sociologues, des anthropologues et des politistes, est celle du territoire. C'est par rapport à lui que sont définies les fonctions à la fois de maintien de l'ordre social interne et de défense contre les ennemis extérieurs qui légitiment l'exercice du pouvoir par ceux qui le détiennent. C'est le lieu concurrentiel où se manifestent ces rapports de domination qui forment en quelque sorte la trame de la vie sociale et où se développe ce type particulier d'activité qui règle les relations entre les agents sociaux, pour reprendre les deux autres termes de la défini-

tion. Ce que Max Weber tente par conséquent de caractériser, c'est la nature du lien politique, c'est-à-dire ce qui fait qu'un groupement d'individus constitue une entité politique – clan, cité ou État.

Pour autant, cette définition permet-elle de saisir tous les aspects du politique, et par exemple de comprendre en quoi une cérémonie funéraire peut être qualifiée de « rituel politique » (Bonnafé, 1973, 97) ou d'appréhender dans quelle mesure des comportements de consommation peuvent être décrits comme relevant d'un phénomène de « politisation » (de Certeau, 1980, 19) ? Autrement dit, n'est-elle pas marquée « par une vision institutionnaliste du champ politique » (Abélès, 1986, 199) qui, finalement, reviendrait à ne considérer comme politique que ce qui relève des dispositifs de pouvoir les plus institués, en négligeant les processus à l'œuvre de manière moins ostensible, mais non moins efficace, dans des pratiques quotidiennes ? Sans récuser la perspective wébérienne – qui a l'intérêt considérable, en introduisant simultanément la dimension territoriale, les relations de domination et les déterminants distinctifs du politique, d'ébaucher une conception universelle de cette notion complexe –, on peut toutefois se demander, paraphrasant Michel Foucault (1975), si une telle définition ne tend pas à privilégier la macrophysique du pouvoir aux dépens de sa microphysique.

Il y a là un risque. Celui de ne pas être en mesure de rendre compte des manifestations multiples et multiformes de l'action politique, et plus particulièrement lorsqu'elle se situe sur des terrains peu institutionnalisés, dans la banalité des relations sociales de la vie de tous les jours. Dans ses travaux d'anthropologie politique de la France (1989), qui relèvent aussi d'une « anthropologie de la modernité » (1992), Marc Abélès traite en fait de *la* politique, c'est-à-dire de questions d'élection et de représentation, de pouvoir local et de légitimité nationale. On y voit vivre, faire campagne, se combattre des « politiciens », et l'anthropologue se donne pour objectif d'essayer de comprendre ce qui se joue sur la scène du pouvoir, les symboles qui y sont manipulés, les rituels qui s'y déroulent. En le faisant, il remplit pleinement son projet d'une « anthropologie de l'État » (1990). Mais celle-ci n'est qu'un aspect de ce qu'est « *le* politique des anthropologues »,

pour reprendre le mot de Georges Balandier (1985). Cette distinction est fondamentale pour le propos tenu ici, puisqu'elle permettra notamment de voir en quoi l'espace politique de la santé ne peut se réduire aux seules politiques de santé.

Il y a toutefois un autre risque à définir le politique en privilégiant par trop la dimension institutionnelle. C'est celui de ne parler que du point de vue des dominants. Michel de Certeau (1980, 14) l'avait bien vu et il en faisait la critique à Michel Foucault, trop focalisé selon lui sur les mécanismes de la domination pour analyser ce qui se jouait, du côté des dominés, dans les nombreuses stratégies qui visent à déjouer le pouvoir et sont autant de « procédés muets qui organisent la mise en ordre sociopolitique ». Les travaux menés depuis vingt ans sur les femmes et les relations entre les sexes ont d'ailleurs montré que, dès lors que l'on définit le champ politique dans le langage dominant, c'est-à-dire comme le lieu où l'on fait de la politique, on est condamné à constater que les femmes n'y jouent qu'un rôle très accessoire. Les sciences sociales doivent au contraire poser ce champ comme une construction qui exprime précisément des rapports de pouvoir autour de sa définition même. Ainsi que le rappelait un collectif d'historiennes (Dauphin et coll., 1986, 288) en conclusion d'une recherche sur la présence des femmes dans l'histoire, « au lieu d'entériner le fait que la vie politique soit un espace d'absence féminine, au lieu de suivre les récits qui minimisent systématiquement les moments où les femmes interviennent, on peut proposer de réévaluer à l'aune du politique différents événements où les femmes participent à l'histoire. Réévaluer, c'est-à-dire penser comme une intervention politique ce qui en général s'interprète comme un fait social, percevoir les femmes dans un temps historique où la singularité de l'événement est aussi importante que la répétition des faits culturels. On peut dans ce mode reformuler le rôle des femmes dans une émeute au XVIII<sup>e</sup> siècle, dans les luttes sociales au XIX<sup>e</sup> siècle ou dans les pratiques féministes de l'ère contemporaine ». De manière plus générale, l'appréhension du politique doit dépasser le cadre des institutions politiques pour tenter d'inclure d'autres formes d'expression, moins immédiatement lisibles comme politiques, y compris lorsqu'elles sont mises en œuvre par ceux qui subissent



– mais en même temps contestent ou contournent – le pouvoir et la domination.

C'est ce parti pris que choisissent Marc Swartz, Victor Turner et Arthur Tuden (1966, 4 et 7) dans l'introduction d'un ouvrage consacré à l'anthropologie politique, qui se veut dans le prolongement critique de celui édité un quart de siècle plus tôt par Meyer Fortes et E. E. Evans-Pritchard sur les systèmes politiques africains. Ils n'en dissimulent toutefois pas la complexité : « Il est presque aussi difficile de définir le "politique" qu'il est aisé de l'utiliser pour décrire ses apparitions dans les sociétés et leurs parties constitutives. » Les trois critères qu'ils commencent par retenir sont le caractère public des pratiques, l'orientation vers des buts concernant le groupe dans son ensemble et un différentiel de pouvoir entre les membres du groupe. Le problème toutefois est que certains faits, comme une cérémonie religieuse, peuvent correspondre à ces trois critères, alors même qu'intuitivement on sent bien qu'ils n'appartiennent pas au champ politique. La solution qu'ils avancent consiste à prendre en compte le regard que l'on porte sur l'activité en cause : « Si l'on s'intéresse à la cérémonie religieuse du point de vue des processus par lesquels les buts collectifs sont déterminés et mis en œuvre (comment on a décidé de réaliser cette cérémonie, comment on en a choisi l'heure et le lieu, comment on s'est procuré les objets rituels, etc.) et à travers lesquels le pouvoir a été acquis de manière différentielle (quels experts sont consultés pour dire au profane ce qu'il faut faire, comment ces experts obtiennent des soutiens et affaiblissent leurs rivaux, etc.), alors on étudie le politique. Si en revanche, on se penche sur le rituel dans la perspective, par exemple, de la manière dont il relie le groupe au monde surnaturel et de la façon dont cette relation affecte les liens au sein des diverses parties du groupe, alors on étudie le religieux – ou tout au moins autre chose que le politique. » L'activité n'est pas politique en soi : c'est la mobilisation de rapports de forces dans la décision et la conduite des actions qui l'inscrit dans le domaine politique.

Leur définition (1966, 4) devient donc : « L'étude du politique est l'étude des *processus* impliqués dans la détermination et la mise en œuvre de buts publics et dans l'obtention et l'utilisation du pouvoir par les membres du groupe concernés par

raliste», se fonde sur la possibilité d'appliquer au monde social des lois semblables à celles en vigueur dans le monde physique. Le second, qu'il nomme « anti-naturaliste », récuse au contraire l'assimilation des deux univers et affirme que les lois sociologiques sont spécifiques, car historiquement déterminées, donc non généralisables à des contextes différents. Mais quelles que soient les différences entre ces deux modes de pensée, il s'agit bien d'établir des lois régissant les sociétés. C'est avec ce postulat, et ses présupposés, que Karl Popper veut en finir. Si, dans une première version de son analyse, il tente de montrer combien est « pauvre » la méthode historiciste, dans des travaux ultérieurs, il s'attache à en établir l'incohérence logique en lui apportant une « réfutation », au sens où il définit ce concept dans sa théorie de la science : « 1/ Le cours de l'histoire humaine est fortement influencé par la croissance de la connaissance humaine. 2/ On ne peut pas prédire, par des méthodes rationnelles ou scientifiques, la croissance future de notre connaissance scientifique. 3/ On ne peut donc pas prédire le cours futur de l'histoire humaine. 4/ Ce qui signifie que nous devons rejeter la possibilité d'une histoire théorique, c'est-à-dire d'une science sociale historique qui corresponde à la physique théorique. 5/ L'objectif fondamental de la méthode historiciste est par conséquent mal fondé » (1991, VI-VII). Si la découverte de lois sociologiques est impossible, c'est qu'elles impliqueraient de pouvoir prédire, et donc de se soumettre à l'épreuve suprême de la science, à savoir la falsification.

Cette discussion, et plus généralement le paradigme poppérien, ont jusqu'à la période actuelle dominé la réflexion épistémologique en sciences sociales. Après avoir été mesurées à l'aune des sciences naturelles dans l'ère positiviste, voilà qu'elles se sont trouvées jugées selon les critères les plus exigeants des sciences physiques. Deux catégories d'arguments ont été opposées à la pensée poppérienne. D'une part, on a montré que l'activité des physiciens n'obéissaient pas, pour l'essentiel, aux principes supérieurs de « la logique de la découverte scientifique ». D'autre part, on a contesté que le travail des sociologues, ethnologues ou historiens puisse faire l'objet d'une démonstration en termes de « réfutabilité ». On trouve la première critique chez Thomas Kuhn. Pour lui, l'es-

sentiel de l'activité effective des étudiants puis des chercheurs consiste en l'apprentissage et l'application des règles et des normes de ce qu'il appelle la « science normale ». Il s'agit donc avant tout d'assurer la perpétuation « d'une tradition particulière de recherche ». En témoigne notamment « l'absence ou tout au moins la rareté relative des écoles concurrentes dans les sciences développées » (1983, 30 et 283). On lit la seconde critique sous la plume de Jean-Claude Passeron. Selon lui, les sciences sociales ne relèvent pas de l'épistémologie poppérienne, mais doivent se construire en référence à la spécificité de leur démarche qui est celle du « raisonnement naturel ». Elles ne sont donc pas vouées au flou ou à l'errance épistémologique pour autant que l'on reconnaisse, d'une part, qu'« il n'existe pas et ne peut exister de "langage protocolaire" unifié de la description empirique du monde historique » et que « la mise à l'épreuve empirique d'une proposition théorique ne peut jamais revêtir en sociologie la forme logique de la réfutation au sens poppérien » (1992, 359-360). Deux propositions négatives qui montrent la force de référence de la pensée de Popper que l'auteur rejoint d'ailleurs sur un point essentiel, à savoir que les sciences sociales ne sont pas destinées à produire des lois de l'évolution des sociétés.

En décrivant et en interprétant les transformations qu'a subies l'espace où sont à l'œuvre les relations entre le corps physique et le corps social, il ne s'est pas agi de découvrir des lois historiques, mais d'essayer de comprendre des processus de changement qui font l'histoire des sociétés. Que des régularités sociologiques existent, c'est ce que les enquêtes réalisées dans des lieux et à des moments différents révèlent. Que les tentatives d'en rendre compte soient discutables, c'est ce que la démarche scientifique exige. Même si les analyses ne sont pas réfutables au sens strict, elles peuvent faire l'objet d'une contestation, être mises en concurrence avec des modèles alternatifs, manifestant ainsi cette « ouverture » qui, pour Robin Horton (1967), caractérise la science moderne. On peut d'ailleurs penser que c'est là l'une des exigences qui distingue l'anthropologie de la littérature et permet de ne pas la réduire à une herméneutique. Il est une autre exigence, plus banale, mais non moins essentielle à la démarche des



sciences sociales. C'est de confronter sans cesse l'élaboration théorique aux données empiriques, comme le rappelle Clifford Geertz (1973) dans sa description du métier d'anthropologue. Ainsi, les interprétations avancées sur la constitution de l'espace politique de la santé ont-elles été soumises à l'épreuve des faits. Faits ethnographiques recueillis en divers lieux du monde, faits historiques relevés à des époques différentes, faits sociologiques rassemblés dans des études sur le monde contemporain et proche.

Le présent travail, on l'a vu, est né de la nécessité de réunir dans une même réflexion des expériences et des analyses provenant d'enquêtes réalisées à la fois dans des sociétés lointaines et considérées comme plus ou moins traditionnelles, et dans des sociétés proches et souvent désignées comme modernes, voir post- ou sur-modernes. Ce type d'interrogation apparaît comme une constante dans l'histoire des sciences sociales. On peut, avec Ernest Gellner, considérer qu'il existe deux grandes manières de l'aborder. D'un côté, on trouve des interprétations en termes de développement : « Les théories de l'évolution sont les descriptions d'une progression continue, présentant des histoires de croissance de la richesse, de la liberté, de la diversification ou de la connaissance. Au lieu de tracer un tel schéma, elles peuvent préciser des mécanismes, comme la sélection naturelle, ou le conflit interne et sa résolution, ou encore l'accumulation perpétuelle. Bien sûr, elles peuvent faire les deux choses, caractérisant un modèle tout en indiquant la force sous-jacente qui le détermine. » D'un autre côté, on reconnaît les interprétations en termes de rupture : « Les théories de la grande transition, du saut crucial s'opposent aux histoires de continuité. Elles sont d'une certaine façon les plus caractéristiques de notre époque, et l'identification ou le diagnostic du lieu de la rupture nous en dit beaucoup sur les préoccupations d'un penseur et de son temps » (1974, 168-169). C'est à ce deuxième ensemble de théories que se rattache Ernest Gellner.

Malgré l'inconfort qu'il peut y avoir à prétendre défendre une position intermédiaire, il semble que l'analyse développée ici est partie de la seconde approche pour y adjoindre ensuite des éléments de la première. Au départ, il y a la volonté de penser ensemble, et donc dans la différence, des

mondes traditionnels et modernes. Intellectuellement, c'est de l'opposition entre deux types de sociétés que sont nées les interrogations initiales. Ce qu'il s'est d'abord agi de comprendre, c'est ce qui rapproche et distingue l'imposition de l'ordre social dans les corps chez les Baruya et en France, le pouvoir du guérisseur et celui du médecin, les pratiques de prévention au cours de cérémonies rituelles en Afrique et dans le cadre de programmes d'éducation pour la santé en Europe. On est ici confronté à un ailleurs radicalement différent d'un ici, à ce que l'anthropologie a baptisé le grand partage. Mais pour ne pas se limiter à cette opposition statique et dévoiler les dynamiques à l'œuvre, pour analyser les modalités de constitution de l'espace politique de la santé, il a fallu prendre en considération les éléments de continuité qui caractérisent les processus historiques. Ce dont il s'est alors agi de rendre compte, c'est l'apparition de l'inégalité face à la maladie parallèlement à la pacification des corps, la naissance d'un champ médical résultant d'une différenciation des registres du pouvoir, enfin l'émergence d'un gouvernement de la vie lié aux transformations de l'organisation politique. En ne choisissant pas entre les deux approches, ou plutôt en essayant d'inscrire la rupture dans une continuité, on s'expose évidemment aux critiques que l'on adresse habituellement à l'un et à l'autre des deux positions.

Les faiblesses de la théorie du grand partage sont bien connues. Jack Goody (1978) et Bruno Latour (1988) les ont, parmi d'autres, établies avec justesse. Cette théorie est à la fois réductrice, parce que binaire, et biaisée, puisque ethnocentrique. Elle s'accompagne de plus souvent d'une dépréciation de l'Autre, que révèle l'usage de qualificatifs comme primitif, sauvage, prélogique ou prérationnel. Elle ramène enfin la diversité de ce qui n'est pas Soi à un ensemble homogène, généralement défini sur le mode négatif de l'absence des éléments par quoi l'on caractérise la modernité. Pour Gérard Lenclud (1992, 30-33), l'affaire est donc entendue : « Que le grand partage, tout en continuant de hanter l'esprit des ethnologues, ne soit plus au fondement d'un programme de vérité, voici qui me paraît découler de trois ordres de constatations. On observera d'abord que les entreprises menées pour comparer entre "eux" et "nous" excluent, généralement



du moins, l'hypothèse d'une solution globale de continuité. Ce n'est pas tout ou rien... On relève ensuite qu'une part importante du débat anthropologique est consacrée à la discussion des concepts communément admis pour séparer entre types de sociétés : sociétés à État ou sans État, à transmission orale ou sans écriture. Qu'est-ce à dire sinon que plus aucun ethnologue ne s'avise de croire que des concepts comme ceux d'État ou d'écriture renvoient à des référentiels univoques ? Il en est de l'État comme de l'âge : chacun voit bien qu'il y a des jeunes et des vieux, mais personne ne songerait à déterminer quand exactement finit la jeunesse ou commence la vieillesse. La possession de l'écriture n'est pas davantage une propriété discrète au sens où les linguistes emploient ce mot... Enfin, les partages dichotomiques, opérés de nos jours entre eux et nous ont une fonction essentiellement heuristique ou idéal-typique. Ils servent à faire penser, non à répertorier. » Faut-il pour autant définitivement renoncer à penser le monde sur la base d'une différence dans laquelle on est soi-même l'un des deux termes ? Peut-être pas, si l'on considère que « la forme explicite que prend aujourd'hui le grand partage – cette tentation inévitable du métier anthropologique – est celle d'un essai d'instrumentation conceptuelle bien davantage que celle, issue du passé, d'une tentative pour classer des sociétés réelles ». La distinction eux/nous présente d'ailleurs un double intérêt : le premier de nature théorique, le second de type épistémologique.

Tout d'abord, elle se confronte directement avec la question des différences de grandeurs dans l'échelle du changement. Ce qu'Ernest Gellner (1974, 177 et 182) reproche notamment aux thèses poppériennes sur la pensée scientifique, c'est de ne s'intéresser qu'aux « transformations qui se produisent à l'intérieur du monde rationnel » et de « sous-estimer le caractère unique du grand partage » : or, « l'accès à un monde rationnel, non magique, non enchanté est une réalisation plus fondamentale que le saut d'une vision scientifique à une autre ». Il s'agit en somme de refuser la banalisation de ruptures historiques fondamentales qui viennent scander le rythme du changement social. Ensuite, l'opposition entre eux et nous a le mérite de réintroduire le sujet dans l'analyse, en rappelant qu'il n'est d'anthropologie que

parce qu'il y a des anthropologues pour en formuler les énoncés. Comme le dit Louis Dumont (1985, 13) : « Parmi les différences, il y en a une qui domine toutes les autres. C'est celle qui sépare l'observateur en tant que porteur des idées et des valeurs de la société moderne de ceux qu'il observe. Cette différence entre nous et eux s'impose à tout anthropologue, et elle est en tout cas omniprésente dans sa pratique... Nos rubriques les plus générales, comme la morale, la politique, l'économie, s'appliquent mal aux autres sociétés, on ne peut y avoir recours qu'avec circonspection et provisoirement. En fin de compte, pour vraiment comprendre, il faut, négligeant au besoin ces cloisonnements, rechercher dans le champ tout entier ce qui correspond chez eux à ce que nous connaissons, et chez nous à ce qu'ils connaissent, autrement dit il faut s'efforcer de construire ici et là des faits comparables. » En s'interrogeant sur l'Autre, l'anthropologue ne fait ainsi que dire l'impossibilité de penser en dehors de ses propres catégories. L'oublier en prétendant opérer un décentrement ou une inversion serait probablement faire preuve d'aveuglement épistémologique et certainement rendre plus opaques les échanges intellectuels. Pour autant, il ne s'agit pas ici de défendre la théorie du grand partage, dans laquelle entrent mal les analyses qui ont été présentées, puisque précisément les trois grandes ruptures dont il est question vont au-delà de l'opposition nous/eux qui a simplement servi à les suggérer : c'est tout autant dans les sociétés africaines contemporaines que dans le monde occidental qu'elles peuvent être observées, dans des configurations diverses et changeantes.

Quant à la seconde position, qui tente d'aborder le changement social dans la longue durée, elle a également fait l'objet de nombreuses critiques. Ont été en particulier incriminés la validité des généralisations à partir de phénomènes localement observés, la justesse de l'interprétation du changement social à travers un nombre fini de processus, le présupposé de cohérence et de hiérarchie des déterminations. Enfin, le caractère abstrait de ces analyses les situeraient au-dessus, ou en dehors, de toute vérification empirique. Avec humour, Paul Veyne (1978, 91) résume le contentieux qui l'oppose à ces théories globalisantes, fondées sur des « mots qui suscitent dans notre esprit de

fausses essences et qui peuplent l'histoire d'universaux qui n'existent pas», conduisant souvent à des contresens ou à des banalités: «L'évergétisme antique, la charité chrétienne, l'assistance des modernes et la Sécurité sociale n'ont pratiquement rien de commun, ne vont pas au bénéfice des mêmes catégories de gens, ne secourent pas les mêmes besoins, n'ont pas les mêmes institutions, ne s'expliquent pas par les mêmes motifs et ne se couvrent pas des mêmes justifications; on n'en étudiera pas moins l'assistance et la charité à travers les âges, de l'Égypte pharaonique aux démocraties scandinaves; il ne restera plus qu'à conclure que l'assistance est une catégorie permanente, qu'elle remplit une fonction nécessaire à toute société humaine et que dans cette permanence doit être cachée quelque mystérieuse finalité d'intégration de tout le corps social; on aura ainsi apporté sa pierre à l'édifice d'une sociologie fonctionnaliste.» Ces risques réels n'en condamnent pas pour autant l'histoire longue, qu'elle se donne pour objet les transformations de l'économie chez Max Weber, le procès de civilisation chez Norbert Elias, ou les modes de subjectivation chez Michel Foucault. Et Paul Veyne (1978, 81) lui-même n'en disconvient pas, lorsqu'il s'interroge sur «ce qu'ont à première vue d'attirant, de puissant, d'intelligent les grandes théories qui visent à expliquer tout un mouvement historique». Le problème de pertinence que pose cette approche ne réside pas dans le choix de la méthode, mais dans la sélection des objets. Comme l'écrit Michel de Certeau (1974, 59): «Le vieux slogan des "leçons de l'histoire" reprend lui-même une signification dans cette perspective si, laissant de côté une idéologie d'héritiers, on identifie la "morale de l'histoire" à cet interstice créé dans l'actualité par la représentation de différences.» A ce point, l'histoire rejoint l'ethnologie en ce que, se fondant comme elle sur l'établissement de différences – dans le passé ou dans l'ailleurs –, elle procède aussi par comparaison avec l'ici et le maintenant – dont parle la sociologie.

Avec l'analyse comparée, les apories d'une histoire longue, qui risque toujours de verser dans l'historicisme, semblent pouvoir être dépassés. Plutôt qu'un enchaînement de faits emprisonné dans une vision déterministe, ce sont des



processus de changement qu'il s'agit d'appréhender sur la base d'une série de comparaisons, multipliant les focales dans le temps et dans l'espace. A cette histoire comparée, si proche dans son projet de l'ethnologie et même de la sociologie, Paul Veyne assigne ainsi une triple fonction : « le recours à l'analogie pour suppléer aux lacunes d'une documentation » (il cite comme exemple l'utilisation de la démographie des sociétés préindustrielles modernes pour combler le manque de données sur la population de l'empire romain), « le rapprochement à des fins heuristiques de faits empruntés à des nations ou à des périodes diverses » (il évoque les millénarismes révolutionnaires du Moyen Age ou du Tiers Monde que l'on peut aborder en même temps que les révoltes d'esclaves dans la période hellénistique), enfin « l'étude d'une catégorie historique ou d'un type d'événement à travers l'histoire, sans tenir compte des unités de temps ou de lieu » (il illustre par le travail de Weber sur la cité). En réalité, dans la situation effective de recherche, les choses sont moins nettement tranchées et le comparatisme utilise souvent les trois registres de compréhension à la fois : le travail engagé ici en offre une illustration.

Contrairement à ce que peuvent en effet laisser penser certaines formulations où semblent opposées la tradition et la modernité, c'est plutôt aux enseignements à tirer d'une entreprise de comparaison systématique de situations temporellement ou culturellement éloignées que je me suis intéressé. Forçant les catégories de l'analyse, il s'agissait d'établir des liens conceptuels entre des situations que l'on ne pense habituellement pas ensemble. C'est dans cette mesure que sont apparus féconds les rapprochements entre l'inscription rituelle de l'ordre social et la traduction biologique de l'inégalité sociale, entre les positions des médecines africaines et des médecines naturelles dans leurs espaces respectifs, entre les pratiques de protection traditionnelles et les programmes de santé publique. Mais cet exercice de comparatisme généralisé, qui caractérise la pensée anthropologique, j'ai voulu le situer dans un temps sociologique, pour tenter d'appréhender le processus par lequel s'est construit l'espace politique de la santé.

## DE LA GÉNÉALOGIE A LA TOPOGRAPHIE

Qu'on l'aborde d'un point de vue pratique (celui du malade ou de l'épidémiologiste) ou théorique (celui du philosophe ou du sociologue), la santé est avant tout considérée comme une affaire qui concerne le corps de l'individu : c'est l'absence de maladie, le silence des organes, voire un état de bien-être qui définissent ce que l'on nomme santé. Certes les sciences sociales ont montré que les représentations que suscite l'évocation de ce mot varie en fonction des moments historiques, des catégories sociales, des histoires singulières. Mais elles en sont restées finalement à une description qui n'est guère éloignée de celle du sens commun – la bonne ou la mauvaise santé – et qui revient à parler de caractéristiques physiques, voire psychiques – mais toujours individuelles. La perspective qui a été développée dans le présent travail s'éloigne de cette définition implicite pour forger un concept opératoire apte à saisir des processus inédits de politisation de la santé. En proposant au départ d'analyser la santé comme un espace défini par le rapport entre le corps physique et le corps social, autrement dit de relier l'expérience qu'ont de la santé les individus et l'usage qu'en font les sociétés, il s'agissait donc d'abord de recourir à un cadre suffisamment large pour intégrer à la fois l'être-sain du sens commun, le système de valeurs qui s'y rattache et le dispositif institutionnel auquel il a donné lieu. Mais il s'agissait plus encore de se doter d'un instrument analytique permettant de décrire et d'interpréter l'agencement particulier des relations entre la santé et le politique dans les sociétés contemporaines.

L'espace politique de la santé ainsi constitué a été exploré dans trois dimensions : l'incorporation de l'inégalité, le pouvoir de guérir et le gouvernement de la vie, dont on a vu que chacune d'elles avait une histoire à travers laquelle se définissaient les relations entre la santé et le politique. On a d'abord cherché à identifier les marques par lesquelles l'ordre social s'inscrit dans les corps et on a montré comment l'imposition de la violence cède peu à peu la place à l'incorporation de

l'inégalité, dans un monde social qui tend certes à se pacifier, mais qui apparaît de plus en plus différencié en termes de conditions et de modes de vie. On a ensuite essayé de caractériser le pouvoir traditionnel pour mieux saisir les transformations qui ont rendu possible l'émergence d'un champ médical autonome et toujours plus segmenté. On a enfin tenté de cerner les représentations et les pratiques à travers lesquelles les sociétés prennent en charge la part collective de la maladie et du malheur pour établir le lien entre l'évolution des formes politiques et le développement de dispositifs de santé publique. Plutôt que l'établissement de lois historiques, il s'agissait en fait de comprendre dans un même cadre de référence des faits observés dans des sociétés différentes et de dégager les processus par lesquels le rapport entre le corps physique et le corps social devenait politique. A partir de l'analyse comparée, une *généalogie* devenait donc possible.

Cette démarche amène au moins deux interrogations auxquelles il a déjà été en partie répondu. La première concerne l'universalité des phénomènes décrits. La seconde la temporalité dans laquelle ils s'inscrivent. Sur le premier point, la question est en fait mal posée, car, plutôt que leur universalité, c'est la généralité des processus que j'ai voulu appréhender. Le propos n'est pas de suggérer que la même histoire se reproduit partout, bien au contraire de *rendre compte à la fois de l'unité de phénomènes généraux qui sous-tendent la genèse et le développement de l'espace politique de la santé et de la pluralité des formes historiques dans lesquelles ils se réalisent*. La division du pouvoir des thérapeutes que l'on observe aujourd'hui dans les sociétés africaines ne suit pas les mêmes voies que celles que l'on a pu décrire pour le monde grec antique, tout comme la naissance de politiques de santé publique dans l'empire romain et dans les villes italiennes à plus de mille ans de distance temporelle ne s'inscrit pas dans les mêmes réalités et dans les mêmes contraintes. Pourtant des mécanismes similaires sont au principe de ces transformations. Sur le second point, c'est une autre temporalité que j'ai tenté de dévoiler. Ni temps historique d'un Emmanuel Le Roy Ladurie, ni temps géographique cher à Fernand Braudel, mais plutôt ce que l'on pourrait appeler un *temps sociologique*. Temps du changement, des modifications des configu-



rations sociales. Temps long comme celui dans lequel s'inscrivent les processus de pacification des corps et de différenciation des sociétés qui rendent en même temps possible l'incorporation de l'inégalité dans le temps court d'une vie humaine. Temps sans linéarité dont il est facile de montrer que rien n'y est irréversible ni définitif, qu'un régime totalitaire peut restaurer l'arbitraire de la violence physique et le stigmate de la marque corporelle tout comme des politiques publiques peuvent réduire les disparités entre les conditions sociales et les espérances de vie. Temps dont la forme même est variable, tantôt dilaté comme le mouvement lent des sociétés agraires, tantôt resserré dans les évolutions rapides des mondes citadins. Il revient ainsi à l'anthropologue de restituer l'unité de l'espace politique de la santé au-delà de la diversité des formes et des temporalités dans lesquelles il se déploie.

Au terme de l'analyse de ces processus, la santé apparaît maintenant comme un objet nouveau. Construit non plus par rapport à la maladie, au bien-être, à une expérience individuelle du corps – ce qui revient pour une large part à la définir dans le langage de la médecine et de l'hygiène, même s'il emprunte aussi au savoir profane – mais par rapport aux disparités face à la mort, au pouvoir des thérapeutes, aux pratiques de gouvernement des hommes – autrement dit dans la manière changeante et différenciée dont elle pose des questions aux sociétés. Cette construction ne se justifie pas du seul point de vue théorique. Elle correspond à une transformation de la relation entre le corps physique et le corps social, au développement d'une préoccupation politique, tant du côté des pouvoirs publics que du côté des individus, pour ce qui touche à la santé, à ce qui la menace et à ce qui la préserve. Cette relation et cette préoccupation ne sont certes pas nouvelles, mais j'ai voulu rappeler qu'elles avaient une histoire.

Il s'est donc agi jusqu'à présent d'établir la généalogie de l'espace politique de la santé. La phase ultérieure de ce programme de recherche est d'en représenter la *topographie* actuelle, c'est-à-dire d'en repérer les lieux, d'en tracer les frontières, d'en indiquer les enjeux. Cette suite, déjà engagée depuis plusieurs années sur des terrains africains, latino-américains et français, reste pour l'essentiel à concevoir et à

écrire. Il est néanmoins déjà possible de préciser les deux conditions de possibilité de cette analyse et d'indiquer la double orientation dans laquelle on peut la mener.

La première condition de possibilité de cette topographie est de procéder à une *redéfinition* incessante de l'espace politique de la santé. L'objet de la recherche n'est assurément pas donné une fois pour toutes. Puisque la santé et le politique correspondent à des notions et des réalités socialement construites, ils se transforment avec la société. Non seulement les prérogatives d'un ministère de la santé ou d'un bureau municipal d'hygiène étaient différentes il y a un demi-siècle, mais le contenu même de ce que l'on conçoit comme relevant du domaine de la santé et de l'hygiène publiques a changé. La reconnaissance des enfants battus ou maltraités comme problème relevant de la santé publique, qui s'est accompagnée de la création d'une catégorie nosologique, le syndrome de Silverman, et de la mise en place de services spécialisés, dans le cadre de la Protection maternelle et infantile, est à cet égard révélatrice. Elle constitue en problème pour la société ce qui jusqu'alors n'était considéré que comme une série de drames individuels, et elle le fait passer dans le domaine de la santé publique, en lui conférant un statut médical, d'un côté, et en le faisant prendre en charge par une structure sanitaire, de l'autre. Mais elle fait peut-être plus encore en déplaçant à la fois les limites du normal et du pathologique (battre son enfant n'a pas toujours été considéré comme une affaire intéressant les médecins) et les rapports entre la sphère publique et la sphère privée (les services sanitaires et sociaux sont autorisés à enquêter au domicile, à faire irruption dans le cercle familial, à juger des méthodes éducatives des parents), autrement dit en participant de cette redéfinition à la fois de la santé et du politique.

Le fait est général. Les contours de ce qui relève dans les conduites humaines du pathologique et les frontières de ce qui est socialement constitué comme espace public sont sans cesse repoussées, dans les domaines de la sexualité, des pratiques alimentaires, des comportements déviants. Plus d'ailleurs qu'une simple extension de domaines ou de prérogatives, il faut y voir de nouvelles manières de poser les problèmes qui concernent le rapport entre le corps physique



et le corps social, une reformulation de questions médicales en interrogations politiques. L'intervention sur la scène publique d'une association de malades du sida change une mesure sanitaire comme la mise en vente d'un médicament reconnaissable par un signe distinctif et par conséquent possiblement stigmatisant ou le retrait de tests de dépistage sérologique considérés comme peu fiables, en questions politiques posées aux pouvoirs publics et amenant l'État à justifier ou à modifier sa position. On pourrait d'ailleurs montrer que la politisation de la santé est aussi une conquête sur le monde technique et professionnel de la médecine, contre laquelle les professionnels défendent leur expertise et leurs prérogatives, mais à laquelle ils participent également par leur engagement social ou politique.

La seconde condition de possibilité de cette topographie est une *reterritorialisation* de l'espace politique de la santé. Sitôt que l'on se réfère à un espace politique, c'est le territoire national, sur lequel s'exerce le pouvoir d'État, qui vient d'abord à l'esprit. Plus encore s'il s'agit de santé, tant chaque dispositif de soins, de prévention et de protection sociale semble spécifique à chaque pays. L'évolution récente de la santé – dont on trouve toutefois des signes annonciateurs plus anciens – suggère pourtant de penser à la fois au-delà du territoire national et même en dehors du cadre conceptuel territorial. Les politiques dites nationales de lutte contre le sida en Afrique se décident non pas dans les capitales africaines, mais à Genève, au siège de l'Organisation mondiale de la santé, où s'élaborent les plans et les stratégies que des experts de cette institution viennent ensuite proposer, mettre en place et plus tard évaluer. Les normes sanitaires en matière d'environnement sont souvent établies au niveau supra-étatique, par exemple à Bruxelles pour les pays de l'Union européenne, ce qui n'est d'ailleurs pas sans provoquer des problèmes de délimitation de compétence. Nombre de ligues contre les maladies, d'associations de malades ou d'organismes humanitaires fonctionnent en relation avec des structures équivalentes étrangères avec lesquelles elles ont souvent d'ailleurs des liens de filiation. Dans ses derniers travaux, Norbert Elias ouvrait d'ailleurs la voie en appelant à une sociologie des relations internationales.

Mais tout autant que cette nécessaire internationalisation de l'analyse, c'est plus globalement la définition de nouvelles configurations de l'espace social qu'il s'agit d'appréhender. Ici micro-dispositifs locaux nés d'initiatives d'habitants d'un quartier, là réseaux de professionnels de santé créant des liens entre l'hôpital et la cité, ailleurs programmes de coopération sanitaire entre villes ou régions. A ces glissements d'échelles et ces modifications de structures, s'ajoutent des franchissements de frontières, comme celle qui délimite traditionnellement l'action publique et l'action privée et que remet en cause la multiplication d'opérations dites de partenariat entre l'État ou les collectivités territoriales et des organismes non gouvernementaux. Au-delà même de ces formes institutionnalisées, ce sont les multiples positionnements moins perceptibles et pourtant tout aussi signifiants, toutes ces tactiques quotidiennes non reconnues dont parle Michel de Certeau et par lesquelles les malades ou leur entourage mettent précisément en cause l'espace des dispositifs institutionnels.

Cette double conditionnalité étant supposée acquise, que peut-on dire de l'espace politique de la santé aujourd'hui ? Les observations qui vont suivre sont largement descriptives et en partie spéculatives. Elles demandent à être étayées par une élaboration théorique et par plus de données empiriques. Elles doivent donc être lues comme le premier repérage topographique d'un domaine encore en friche. Deux orientations se dessinent. Dans la première, il s'agit de montrer comment la santé fait l'objet de politiques, quelle place elle occupe dans les pratiques de gouvernement et dans les rapports de pouvoir. Dans la seconde, il s'agit de comprendre comment la santé devient un objet politique, de saisir les enjeux de société qu'elle suscite ou au contraire que l'on occulte.

En tant qu'elle fait l'*objet de politiques*, la santé représente un espace qui n'est pas seulement en perpétuelle redéfinition, mais qui est également en constante expansion. Celle-ci peut d'ailleurs se mesurer, en termes d'incidence budgétaire, de nombre de structures, d'effectifs de professionnels, de quantité de revues destinées au grand public. Ainsi, en France, depuis 1950, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut a triplé, depuis 1975, le nombre de médecins et d'infirmiers a doublé, et en deux décennies, on est passé de

deux à une quinzaine de magazines traitant de thèmes médicaux. De même, la décentralisation dans les années quatre-vingt n'a-t-elle pas eu simplement comme effet de modifier des compétences, elle a également permis de créer des emplois et de développer des programmes, notamment dans le domaine sanitaire, ce qui a entraîné un accroissement des acteurs et une multiplication des actions.

Mais cette expansion relève également de changements qualitatifs. On le constate à propos de l'éthique : jusqu'alors confinées aux cercles professionnels auxquels on adjoignait parfois quelques représentants de la société civile, les questions touchant aux produits humains et à la procréation artificielle ont récemment donné lieu à une importante législation qui les a déplacées du domaine privé de la conscience morale du médecin au domaine public de la responsabilité politique de l'État. On l'observe également dans le cadre de la politique de la ville : mise en place au début de la décennie quatre-vingt pour tenter d'enrayer les processus urbains de relégation, elle a accordé une attention croissante aux questions de santé, qui étaient initialement presque absentes des programmations et qui représentent aujourd'hui dans certains contrats de ville signés par l'État une part importante, manifestant par là même l'enjeu que peuvent constituer les disparités face à la maladie et l'accès aux soins dans les politiques dites de lutte contre l'exclusion, ou tout au moins manifestant la volonté de les faire apparaître comme un enjeu.

Pour comprendre les logiques de cette expansion, on ne doit d'ailleurs pas perdre de vue le fait que la santé n'est pas seulement inscrite dans le monde matériel des hôpitaux, des professions, des laboratoires pharmaceutiques, des comptes de la nation, des programmes de prévention et des mesures de santé publique. Elle relève aussi d'un ordre symbolique, de systèmes de valeurs et de normes à la fois culturellement partagés et socialement différenciés, autrement dit du monde idéal où se dessine le rapport à soi, au corps, à la maladie, à la médecine. Certes, ces valeurs et ces normes ne sont pas en elles-mêmes de nature politique. Elles le deviennent pourtant lorsqu'elles sont débattues dans l'espace public, donnent lieu à des affrontements entre professionnels de santé et associa-



tions de malades, déterminent des choix dans la planification de l'action de l'État. On le voit bien aux manières très diversifiées dont sont traitées, dans des pays différents, des questions cruciales, telles que la réduction de l'inégalité, la dépénalisation de l'avortement ou le dépistage du sida.

Car la santé s'affirme aussi de manière croissante comme un *objet politique*. Les questions qu'elle pose à la société sont de plus en plus traitées dans le champ politique. Que, dans les dictatures qui ont sévi dans les années soixante-dix et quatre-vingt en Amérique latine, tant d'inspiration libérale que marxiste, les indicateurs sanitaires aient pu être mis en avant comme signes de réussite et gages de légitimité de l'État, alors qu'à l'inverse, en Union soviétique, les données épidémiologiques devenaient, en raison de leur évolution défavorable, des secrets d'État, montre à quel point la santé fait partie intégrante de tout dispositif matériel et symbolique de gouvernement. Elle n'en représente pas moins un enjeu politique dans les régimes démocratiques. En Grande-Bretagne, depuis la publication du rapport Beveridge en 1942 et l'instauration du Service national de santé en 1948, le dispositif sanitaire n'a pratiquement jamais quitté l'espace public où il n'a cessé d'être discuté, critiqué, amendé, jusqu'à l'importante réorganisation de 1982 qui avait pour objectif de le rendre à la fois plus opérationnel, plus égalitaire et plus démocratique, notamment par le renforcement des pouvoirs locaux. Aux États-Unis, où la santé est pourtant avant tout l'affaire de la profession médicale et où elle a été largement soustraite à l'intervention des pouvoirs publics depuis l'échec de la tentative de création d'une assurance nationale de santé vers 1920, la réforme du système sanitaire et de la protection sociale, proposée pour remédier à l'accroissement parallèle des dépenses de santé et des disparités d'accès aux soins, ne s'est pas moins trouvée au cœur de la campagne électorale américaine de 1992, devenant ensuite un enjeu majeur de la confrontation partisane autour des orientations des politiques publiques. En France enfin, la mise en cause de deux ministres et d'un chef de gouvernement, au début des années quatre-vingt-dix, dans le cadre de l'affaire dite du sang contaminé, a montré que la mauvaise gestion d'un problème de santé pouvait ébranler les plus hautes autorités de l'État,



la référence à cet épisode conditionnant aujourd'hui les décisions politiques sur des dossiers de santé publique, tels que les risques de l'amiante ou des prions.

Mais, pour prendre la mesure de la place qu'occupe la santé dans le monde contemporain, il ne suffit pas de s'en tenir aux questions publiquement débattues. Nombre d'enjeux ne sont pas apparents, soit qu'on les occulte, soit qu'on les ignore. Ces enjeux invisibles n'en sont pas moins réels, signifiants en tant qu'ils ne sont pas donnés à voir et contribuent, par leur présence en creux, à la constitution de l'espace politique de la santé. Que, dans la plupart des pays occidentaux, les disparités face à la maladie et à la mort soient à la fois si marquées et si méconnues, ou, ce qui revient au même, fassent si peu l'objet de discussions ou de luttes, tient probablement en grande partie à ce que cette inégalité n'est pas réellement considérée comme sociale, que l'image du corps demeure encore profondément enracinée dans la nature, qu'enfin les désordres qui l'affectent semblent plus relever de l'ordre biologique que de l'ordre politique. De même, le silence et la paralysie des gouvernements africains face à l'épidémie de sida renseignent-ils, d'une part, sur les mécanismes complexes de pouvoir que la maladie met en jeu, aussi bien dans les rapports sociaux qu'autour des institutions étatiques, et d'autre part, sur les contraintes internationales qui pèsent sur la santé publique dans les pays pauvres, sous forme de modèles aussi bien que de financements.

Cependant, un enjeu invisible ne l'est pas toujours et partout. Sujet interdit par excellence, l'avortement a connu en Amérique latine des sorts différents selon les pays. Si la dépenalisation de l'acte n'a été acquise nulle part, à l'exception de Cuba, elle a été inscrite sur les agendas politiques en Colombie, où trois projets de lois ont successivement été enterrés, et au Mexique, où la législation votée par l'État du Chiapas a été bloquée par le gouvernement fédéral; en revanche, elle a fait l'objet, au Pérou, d'une importante mobilisation de groupes de femmes, sans jamais entrer véritablement dans l'arène politique; enfin, en Équateur, elle n'a jamais été publiquement discutée, alors que l'interruption volontaire de grossesse y est pratiquée, comme ailleurs, de manière officieuse et lucrative. Une étude comparée permet de rapporter

ces différences à la manière dont s'est construit, dans chacun de ces pays, l'espace politique et, plus particulièrement, à la façon dont l'engagement des femmes autour des relations de genre y a inscrit la place du corps comme objet de politiques. Il est d'ailleurs remarquable que, si les obstacles moraux opposés à la dépénalisation, notamment par les Églises, demeurent jusqu'à présent infranchissables, des brèches se sont ouvertes avec la mise en avant, dans le débat, des chiffres élevés de mortalité maternelle rapportés à cette cause. Autrement dit c'est en faisant de l'avortement un enjeu de santé publique et non plus seulement une question morale qu'on peut aujourd'hui la faire entrer dans l'espace politique.

Un espace social largement investi par le politique s'est ainsi constitué autour de la santé. Il est vaste, inédit, peu visité encore. Ce texte tente d'en établir la genèse, d'en retracer l'histoire, d'en évoquer l'agencement actuel. L'exploration ne fait pourtant que commencer. Il est nécessaire de la poursuivre. C'est en effet dans l'espace politique de la santé que se cristallisent quelques-uns des enjeux essentiels de ce temps et que doivent se débattre certaines des questions cruciales posées aux sociétés. Comme l'historien et le sociologue, l'anthropologue y a son mot à dire. L'ouvrage se clôt donc, mais l'œuvre reste ouverte.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abélès M. (1986), L'anthropologue et le politique, *L'Homme*, XXVI, 1-2, 191-212.
- Abélès M. (1989), *Jours tranquilles en 89. Ethnologie politique d'un département français*, Paris, Odile Jacob, 368 p.
- Abélès M. (1992), Anthropologie politique de la modernité, *L'Homme*, XXXIII, 1, 15-30.
- Abélès M. (1990), *Anthropologie de l'État*, Paris, Armand Colin, 184 p.
- Ackerknecht E. H. (1971), Naturalistic and supernaturalistic diagnoses and treatments, in *Medicine and ethnology. Selected essays*, H. H. Walsler et H. M. Koelbing (éds), Baltimore, The Johns Hopkins Press, 135-161.
- Ackerknecht E. H. (1982), *A short history of medicine*, Baltimore/Londres, The Johns Hopkins University Press, 277 p. (1<sup>re</sup> éd. allemande, 1959).
- Ackerknecht E. H. (1986), *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 296 p. (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1963).
- Adams R. N. (1977), Power in human societies: A synthesis, in *The anthropology of power. Ethnographic studies from Asia, Oceania and the New World*, R. D. Fogelson et R. N. Adams (éds), New York, Academic Press, p. 387-410.
- Adler A. (1982), *La mort est le masque du roi. La royauté sacrée des Moundang du Tchad*, Paris, Payot.
- Adler A. et Zempléni A. (1972), *Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*, Paris, Hermann, 223 p.
- Althabe G. (1992), Vers une ethnologie du présent, in *Vers une ethnologie du présent*, G. Althabe, D. Fabre et G. Lenclud (éds), Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 247-257.
- Aïach P. (1981), Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes, in *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, Colloques de l'INSERM, vol. 104, p. 357-376.
- Aïach P. (1994), Une profession conflictuelle. La pharmacie d'officine, in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aïach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, p. 309-338.

- Aïach P. et Cèbe D. (1991), *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation*, Paris, Doin/INSERM, 117 p.
- Aïach P., Fassin D. et Saliba J. (1994), Crise, pouvoir et légitimité, in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aïach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, p. 9-42.
- Aïach P. et Illsley R. (1987), France et Grande-Bretagne. Approches comparative et synthétique, in *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, P. Aïach, R. Carr-Hill, S. Curtis et R. Illsley (éds), Paris, Documentation française/INSERM, p. 65-85.
- Arendt H. (1967), *Essai sur la révolution*, Paris, Gallimard, 475 p. (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1963).
- Arendt H. (1995), *Qu'est-ce que la politique?*, Paris, Seuil, 217 p. (1<sup>re</sup> éd. allemande, 1993).
- Arens W. et Karp I. (1989), Introduction, in *Creativity of power. Cosmology and action in African societies*, W. Arens et I. Karp (éds), Washington-Londres, Smithsonian Institution Press, p. XI-XXIX.
- Ariès Ph. (1973), *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Seuil, 318 p.
- Ariès Ph. (1975), *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*, Paris, Seuil, 237 p.
- Augé M. (1975), *Théorie des pouvoirs et idéologie. Étude de cas en Côte-d'Ivoire*, Paris, Hermann, 440 p.
- Augé M. (1978), Vers un refus de l'alternative sens-fonction, *L'Homme*, XVIII, 3-4, 139-154.
- Augé M. (1982), *Génie du paganisme*, Paris, Gallimard, 336 p.
- Augé M. (1984), Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement, in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé et C. Herzlich, Paris, Éditions des Archives contemporaines, p. 35-91.
- Augé M. (1986), L'anthropologie de la maladie, in *Anthropologie. État des lieux*, Paris, Livre de Poche (rééd. du n° 97-98 de *L'Homme*), p. 77-88.
- Badie B. (1992), *L'État importé. L'occidentalisation de l'ordre politique*, Paris, Fayard, 334 p.
- Balandier G. (1978), *Anthropologie politique*, Paris, PUF, 240 p. (1<sup>re</sup> éd., 1967).
- Balandier G. (1982), *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris, PUF, 530 p. (1<sup>re</sup> éd., 1955).
- Balandier G. (1985), Le politique des anthropologues, in *Traité de science politique*, M. Grawitz et J. Leca (éds), t. 1, Paris, PUF, p. 309-334.
- Balibar E. (1992), Inégalités, fractionnement social, exclusion. Nouvelles formes de l'antagonisme de classe?, in *Justice sociale et inégalités*, J. Affichard et J. B. de Foucauld (éds), Éd. Esprit, p. 149-161.
- Bannerman R. H., Burton J, Ch'en Wen-Chieh (1983), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Genève, OMS, 335 p.
- Bayart J. F. (1989), *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 439 p.



- Beattie J. (1963), Sorcery in Bunyoro, in *Witchcraft and sorcery in East Africa*, John Middleton et E. H. Winter (éds), New York, Frederick A. Praeger Publisher, p. 27-55.
- Becker H. S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 248 p. (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1963).
- Benveniste E. (1967), *Le vocabulaire des institutions indo-européennes*, Paris, Éditions de Minuit, 2 vol., 376 et 340 p.
- Bernard C. (1985), *La solitude des Renaissants. Malheurs et sorcellerie dans les Andes*, Paris, Presses de la Renaissance, 237 p.
- Berthelot J. M. (1983), Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps), *Cahiers internationaux de sociologie*, LXXIV, 119-131.
- Berthod-Wurmser M. (1992), Protection sociale et santé des pays développés, in *L'homme et la santé*, La Villette/Cité des Sciences, Paris, Seuil, p. 255-261.
- Bibeau G. (1981), The circular semantic network in Ngandi disease nosology, *Social Science et Medicine*, 15B, 295-307.
- Bibeau G. (1985), From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and Western medicine, *Social Science et Medicine*, 21, 937-943.
- Bideau A. (1988), La mort quantifiée. La mortalité des enfants, in *Histoire de la population française. 2. De la Renaissance à 1789*, J. Dupâquier (éd.), Paris, PUF, p. 222-234.
- Black D., Morris J. N., Smith C., Townsend P. (1988), *The Black Report*, Penguin Books, Londres, 213 p. (1<sup>re</sup> éd., 1980).
- Blayo Y. (1975), La mortalité en France de 1740 à 1829, *Population*, 30, novembre, 123-142.
- Blum A. et Houdaille J. (1989), Les inégalités devant la mort dans le passé, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXIX (1), 5-20.
- Boltanski L. (1971), Les usages sociaux du corps, *Annales. Économies-Sociétés-Civilisations*, 1, 205-239.
- Boltanski L. (1993), *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 288 p.
- Boltanski L. et Thévenot L. (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 485 p.
- Bonnafé P. (1973), Une grande fête de la vie et de la mort. Le miyali, cérémonie funéraire d'un seigneur kukuya (Congo-Brazzaville), *L'Homme*, XIII, 1-2, 97-166.
- Bon-Saliba B. (1993), Le temps de la reconnaissance, in *Les infirmières. Ni bonnes, ni nonnes*, J. Saliba, B. Bon-Saliba et B. Ouvry-Vial, Paris, Syros, p. 87-130.
- Bourdieu P. (1971), Genèse et structure du champ religieux, *Revue française de sociologie*, XII, 295-334.
- Bourdieu P. (1987), *Choses dites*, Paris, Éditions de Minuit, 230 p.
- Bourdieu P. (avec L. Wacquant) (1992), *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, 268 p.
- Breilh J., Granda E., Campaña A. et Betancourt O. (1987), *Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capita-*

- lismo atrasado : un método, Quito, CEAS, 187 p. (1<sup>re</sup> éd. équatorienne, 1983).
- Briot A. (1994), Panorama de la médecine japonaise des origines à Meiji, in *Médecine et société au Japon*, Paris, L'Harmattan, p. 11-43.
- Buckley A. D. (1976), The secret. An idea in Yoruba medicinal thought, in *Social anthropology and medicine*, J. B. Loudun (éd.), Londres-New York-San Francisco, Academic Press, p. 396-421.
- Bungener M. (1993), Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle : la longue peur de la profession médicale, *Sciences sociales et santé*, X (1), 145-149.
- Canguilhem G. (1984), Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 224 p. (1<sup>re</sup> éd., 1966).
- Canguilhem G. (1992), La santé, vérité du corps, in *L'homme et la santé*, La Villette/Cité des Sciences, Paris, Seuil, p. 9-15.
- Carricaburu D. (1994), Les sages-femmes face à l'innovation technique, in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aïach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, p. 281-308.
- Caudill W. (1953), Applied anthropology in medicine, in *Anthropology today*, A. I. Kroeber (éd.), Chicago, University of Chicago Press, p. 771-805.
- Castel R. (1983), De la dangerosité au risque, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47-48, 119-127.
- Castel R. (1994), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 490 p.
- Certeau M. de (1974), L'opération historique, in *Faire de l'histoire. I. Nouveaux problèmes*, J. Le Goff et P. Nora (éds), Paris, Gallimard, p. 19-68.
- Certeau M. de (1980), *L'invention du quotidien. I. Arts de faire*, UGE, Paris, « 10/18 », 375 p.
- Charbonneau H. (1970), *Tourouvre-au-Perche au XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècle. Étude de démographie historique*, INED, Paris, PUF, Travaux et documents, Cahiers n° 55, 423 p.
- Chaunu P. (1978), *La mort à Paris, XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup>, XVIII<sup>e</sup> siècles*, Paris, Fayard, 543 p.
- Chiva I. (1987), Entre livre et musée. Émergence d'une ethnologie de la France, *Ethnologies en miroir*, I. Chiva et U. Jeggle (éds), Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, p. 9-33.
- Cipolla C. M. (1976), *Public health and the medical profession in the Renaissance*, Cambridge, Cambridge University Press, 136 p.
- Clastres P. (1974), *La société contre l'État*, Paris, Éditions de Minuit, 187 p.
- Clements F. E. (1932), Primitive concepts of disease, *Publications in American Archeology and Ethnology (Berkeley)*, 32 (2), 185-252.
- Cruise O'Brien D. (1971), *The mourides of Senegal. The political and economic organization of an islamic brotherhood*, Oxford, Clarendon Press, 321 p.
- Curtin P. D. (1992), Medical knowledge and urban planning in colonial tropical Africa, in *The social basis of health and healing in Africa*, S. Feierman et J. Janzen (éds), Berkeley, University of California Press, p. 235-255.
- Darnton R. (1985), *The great cat massacre, and other episodes in French cultural history*, New York, Vintage Books, 298 p.

- Dauphin C., Farge A., Fraisse G., Klapisch-Zuber C., Lagrave R. M., Perrot M., Pézerat P., Ripa Y., Schmitt-Pantel P. et Voldman D. (1986), Culture et pouvoir des femmes : essai d'historiographie, *Annales. Économies-Sociétés-Civilisations*, 2, 271-293.
- Defossez A. C., Fassin D. et Godard H. (1991), Des logiques de l'enfermement aux lois du marché. Évolution des pratiques médicales, des institutions de soins et des modes de vie à Quito au XX<sup>e</sup> siècle, *Mappemonde*, 3, 19-22.
- Delaporte F. (1990), *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, 190 p.
- Despeux C. (1992), Médecine et philosophie dans la Chine ancienne, in *L'homme et la santé*, La Villette/Cité des Sciences, Paris, Seuil, p. 29-37.
- Desplanques G. (1993), L'inégalité devant la mort, in *La société française. Données sociales*, Paris, INSEE, p. 251-258.
- Desrosières A. (1993), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 438 p.
- Diop A. B. (1981), *La société wolof. Tradition et changement. Les systèmes d'inégalité et de domination*, Paris, Karthala, 356 p.
- Douglas M. (1963), Techniques of sorcery control in Central Africa, in *Witchcraft and sorcery in East Africa*, John Middleton et E. H. Winter (éds), New York, Frederick A. Praeger Publisher, p. 123-141.
- Douglas M. (1981), *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, François Maspero, 193 p. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1967).
- Dozon J.-P. (1985), Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil, *Sciences sociales et santé*, III (3-4), 27-56.
- Dozon J.-P. (1987), Ce que revaloriser la médecine traditionnelle veut dire, *Politique africaine*, 28, 9-20.
- Dozon J.-P. (1993), Les médecines traditionnelles et le sida : les modalités de sa prise en charge par un tradithérapeute ivoirien, in *Les sciences sociales face au sida*, J.-P. Dozon et L. Vidal (éds), Abidjan, GIDIS-CI-ORSTOM, p. 239-248.
- Dozon J.-P. et Fassin D. (1989), Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique, *Sciences sociales et santé*, 7, 21-36.
- Drulhe M. (1994), *La division sociale de la santé. Santé publique, médecine et société*, thèse pour l'habilitation à diriger les recherches, Toulouse, 469 p.
- Duffy J. (1968), *A history of public health in New York City*, New York, Russell Sage Foundation, 619 p.
- Duffy J. (1992), *The sanitarians. A history of American public health*, Urbana/Chicago, University of Illinois Press, 330 p.
- Dumont L. (1966), *Homo hierarchicus. Le système des castes et ses implications*, Paris, Gallimard, 449 p.
- Dumont L. (1985), *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Paris, Seuil, 310 p.
- Dupâquier J. (1988), La mort quantifiée. La mortalité des adultes, in *Histoire de la population française. 2. De la Renaissance à 1789*, J. Dupâquier (éd.), Paris, PUF, 235-239.
- Dupire M. (1970), *Organisation sociale des Peul*, Paris, Plon, 624 p.



- Durkheim E. (1978), *De la division du travail social*, Paris, PUF, 416 p. (1<sup>re</sup> éd., 1893).
- Durkheim E. (1981), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 149 p. (1<sup>re</sup> éd., 1937).
- Ebin V. (1989), Transfers of power: The king and the secret society in a time of crisis, in *Creativity of power. Cosmology and action in African societies*, W. Arens et I. Karp (éds), Washington-Londres, Smithsonian Institution Press, p. 273-288.
- Elias N. (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, Agora, 345 p. (1<sup>re</sup> éd. allemande, 1939).
- Elias N. (1975), *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, Agora, 320 p. (1<sup>re</sup> éd. allemande, 1939).
- Elias N. (1991), *La société des individus*, Paris, Fayard, 301 p. (1<sup>re</sup> éd. allemande, 1987).
- Elzière P. (1986), A propos des médecines naturelles, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64, 79-80.
- Epelboin A. et Retel-Laurentin A. (1980), *La recherche en sciences humaines*, Sciences sociales, 1979/1980, Paris, CNRS, p. 127-132.
- Evans-Pritchard E. E. (1967), The morphology and function of magic: a comparative study of Trobriand and Zande ritual and spells, in *Magic, witchcraft and curing*, J. Middleton (éd.), New York, The Natural History Press, Garden City, p. 1-22.
- Evans-Pritchard E. E. (1985), *The Nuer. A description of the modes of livelihood and political institutions of a Nilotic people*, New York et Oxford, Oxford University Press (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1940), 271 p.
- Evans-Pritchard E. E. (1985), *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Londres, Clarendon Press (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1937), 265 p.
- Fabrega H. (1978), *Disease and social behavior. An interdisciplinary perspective*, Cambridge, Ms., The MIT Press (1<sup>re</sup> éd., 1974), 341 p.
- Fainzang S. (1986), *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, L'Harmattan, 204 p.
- Fainzang S. (1992), Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention, in *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, P. Aïach, N. Bon et J. P. Deschamps, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, p. 18-27.
- Farge A. (1986), *La vie fragile. Violence, pouvoirs et solidarités à Paris au XVIII<sup>e</sup> siècle*, Paris, Seuil, 355 p.
- Fassin D. (1985), Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal, *Cahiers d'études africaines*, 98, XXV-2, 161-177.
- Fassin D. (1986), Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar, *Psychopathologie africaine*, 21, 2, 155-176.
- Fassin D. (1987), Rituels villageois, rituels urbains. La reproduction sociale chez les femmes joola du Sénégal, *L'Homme*, XXVII, 4, 54-75.
- Fassin D. (1989), Les écarts de langage des guérisseurs. Systèmes de classification et modes de communication, in *La santé mentale comme observable*, P. Beuf (éd.), Paris, INSERM, p. 65-74.



- Fassin D. (1990), Influence of social perceptions of leprosy and leprosy patients on public health programmes, *International Journal of Leprosy*, 58, 1, 111-114.
- Fassin D. (1992a), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 359 p.
- Fassin D. (1992b), *Antropología y salud. Manual de capacitación para los promotores en salud*, Quito, Abya Yala-IFEA, 190 p.
- Fassin D. (1994), Inégalités sociales et politiques de santé en Équateur. 1/ Le système de soins en débat. 2/ L'État malade, *Santé publique*, 1993, 1, 43-51 et 52-57.
- Fassin D. (1994a), Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champ thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines, in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aïach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, p. 339-364.
- Fassin D. (1994b), Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo, *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 4, 745-775.
- Fassin D. (1996a), Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine, *Revue française de sociologie*, 37 (1), 37-75.
- Fassin D. (1996b), Aux marges de la santé publique. Les réseaux de prise en charge du sida dans le système sanitaire français, *Santé publique*, 8 (1), 5-15.
- Fassin D. et Defossez A. C. (1992), Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur, *Cahiers de sciences humaines (ORSTOM)*, 1, 28, 23-36.
- Fassin D. et Fassin E. (1989), La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal, *Revue Tiers Monde*, 30, 881-891.
- Fassin E. et Fassin D. (1988), De la quête de légitimation à la question de la légitimité. Les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal, *Cahiers d'études africaines*, 28, 207-231.
- Faure O. (1993), *Les Français et leur médecine au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Belin, 319 p.
- Faure O. (1994), *Histoire sociale de la médecine (XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, Paris, Anthropos, 272 p.
- Favret-Saada J. (1977), *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard, 332 p.
- Fee E. (1989), Henry E. Sigerist : From the social production of disease to medical management and scientific socialism, *The Milbank Quarterly*, 67 (suppl. 1), 127-150.
- Feierman S. (1979), Change in African therapeutic systems, *Social Science and Medicine*, 13B, 277-284.
- Firth R. (1959), *Social change in Tikopia. A re-study of a Polynesian community after a generation*, Londres, George Allen et Unwin, Ltd., 360 p.
- Firth R. (1961), *We, the Tikopia. A sociological study of kinship in primitive Polynesia*, Londres, George Allen et Unwin Ltd., 605 p. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1936).

- Fisiy C. P. et Geschiere P. (1990), Judges and witches, or How is the State to deal with witchcraft? Examples from Southeast Cameroon, *Cahiers d'études africaines*, XXX, 118, 135-177.
- Fortes M. et Evans-Pritchard E. E. (1967), *African political systems*, Londres, International African Institute/Oxford University Press, 302 p. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1940).
- Foster G. M. (1974), Anthropology and sociology of medicine, *Medical Anthropology Newsletter*, 6 (1), 1-6.
- Foster G. M. (1976), Disease etiologies in non-Western medical systems, *American Anthropologist*, 78, 773-782.
- Foucault (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 215 p.
- Foucault M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 318 p.
- Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 213 p.
- Foucault M. (1984), Deux essais sur le sujet et le pouvoir, in *Michel Foucault, un parcours philosophique. Au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*, H. Dreyfus et P. Rabinow, Paris, Gallimard, p. 297-321 (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1982).
- Foucault M. (1989), *Résumé des cours 1970-1982*, Conférences, essais et leçons du Collège de France, Paris, Julliard, 172 p.
- Foucault M. (1994), *Dits et écrits 1954-1988. IV. 1980-1988*, éd. établie par D. Defert et F. Ewald, Paris, Gallimard, 896 p.
- Freidson E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot, 369 p. (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1970).
- Freund J. (1986), *L'essence du politique*, Paris, Sirey, 745 p. (1<sup>re</sup> éd., 1965).
- Gaffiot F. (1934), *Dictionnaire illustré Latin Français*, Paris, Hachette, 1720 p.
- Ganiage J. (1988), *Le Beauvaisis au XVIII<sup>e</sup> siècle: la campagne*, INED-CNRS, Paris, PUF, Travaux et documents, *Cahiers n° 121*, 277 p.
- Gauchet M. (1985), *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard, 306 p.
- Geertz C. (1973), *The interprétation of cultures. Selected essays*, New York, Basic Books, Inc., 470 p.
- Gélis J. (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 560 p.
- Gellner E. (1974), *Legitimation of belief*, Londres, Cambridge University Press, 210 p.
- Geremek B. (1987), *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jours*, Paris, Gallimard, 330 p. (1<sup>re</sup> éd. polonaise, 1978).
- Gillies E. (1976), Causal criteria in African classifications of disease, in *Social Anthropology and Medicine*, Londres, J. B. Loudun (éd.), Academic Press, p. 358-395.
- Glick L. B. (1967), Medicine as an ethnographic category: the Gimi of the New Guinea Highlands, *Ethnology*, VI, 1, 31-56.
- Gluckman M. (1944), The logic of African science and witchcraft: an appreciation of Evans Pritchard's *Witchcraft, Oracles and Magic of the*

- Azande of the Sudan, *Human Problems in British Central Africa*, 1, p. 61-71.
- Gluckman M. (1963), Rituals of rebellion in south-east Africa, in *Order and rebellion in tribal Africa*, Londres, M. Gluckman, Cohen and West, p. 110-136.
- Godelier M. (1977), *Horizon, trajets marxistes en anthropologie*, t. 1, Paris, Maspero, 240 p.
- Godelier M. (1982), *La production des Grands hommes. Pouvoir et domination chez les Baruya de Nouvelle-Guinée*, Paris, Fayard, 382 p.
- Godin G. (1991), L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs, *Sciences sociales et santé*, IX (1), 67-94.
- Gollaher D. L. (1994), From ritual to science : The medical transformation of circumcision in America, *Journal of Social History*, automne, 5-36.
- Goody J. (1978), *The domestication of the savage mind*, Cambridge, Cambridge University Press, 179 p.
- Gottlieb A. (1989), Witches, kings and the sacrifice of identity, or The power of paradox and the paradox of power among the Beng of Ivory Coast, in *Creativity of power. Cosmology and action in African societies*, W. Arens et I. Karp (éds), Washington-Londres, Smithsonian Institution Press, p. 245-272.
- Goubert J.-P. (1986), *La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel*, Paris, Robert Laffont, 302 p.
- Goudsblom J. (1994), The theory of the civilizing process and its discontents, communication au XIII<sup>e</sup> Congrès mondial de Sociologie, Bielefeld, 20 p.
- Gruénaïs M. E. et Mayala D. (1988), Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle, *Politique africaine*, 31, 51-61.
- Guaman Poma de Ayala F. (1988), *El primer nueva corónica y buen gobierno*, éd. critique établie par John Murra, Mexico, Siglo Veintiuno, t. I, 339 p.
- Guerrero A. (1985), Stratégies de reproduction des paysans indiens, *Annales ESC*, 41 (3), 683-701.
- Habermas J. (1988), *Legitimation crisis*, Cambridge, Polity Press (1<sup>re</sup> éd. allemande, 1973), 166 p.
- Henry L. et Blum A. (1988), *Techniques d'analyse en démographie historique*, Paris, Éditions de l'INED, 180 p.
- Héritier F. (1978), Fécondité et stérilité : La traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique, in *Le fait féminin*, E. Sullerot (éd.), Paris, Fayard, p. 383-396.
- Héritier F. (1989), Older women, stout-hearted women, women of substance, in *Fragments for a history of the human body*, M. Feher, R. Naddaff et N. Tazi (éds), New York, Zone, t. 3, p. 281-299.
- Herzlich C. (1984), Médecine moderne et quête de sens. La maladie comme signifiant social, in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé et C. Herzlich (éds), Paris, Éditions des Archives contemporaines, p. 189-215.



- Herzlich C., Bungener M et Paicheler G. (1993), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Les carrières et les pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, Doin-INSERM.
- Heusch L. de (1981), Préface, in *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, M. Douglas, François Maspero (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1967), p. 7-20.
- Hobsbawm E. et Ranger T. (1983), *The invention of tradition*, Cambridge, Cambridge University Press, 320 p.
- Hoggart R. (1970), *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, Éditions de Minuit, 422 p. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1957).
- Horton R. (1967), African traditional thought and western science, *Africa*, XXXVII, 1, 50-71 et 2, 155-187.
- Houdaille J. (1963), Trois paroisses de Saint-Domingue au XVIII<sup>e</sup> siècle. Étude démographique, *Population*, 1, 93-110.
- Illsley R. et Baker D. (1991), Contextual variations in the meaning of health inequality, *Social Science and Medicine*, 32 (4), 359-365.
- Imhof A. E. (1981), La surmortalité des femmes mariées en âge de procréation : un indice de la condition féminine au XIX<sup>e</sup> siècle, *Annales de démographie historique*, 81-87.
- Izard M. (1985), *Gens du pouvoir, gens de la terre. Les institutions politiques de l'Ancien royaume du Yatenga*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Jaeger M. (1992), L'infirmier en santé mentale. Un professionnel ?, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aïach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, p. 261-280.
- Jamin J. (1977), *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*, Paris, François Maspero, 131 p.
- Kantorowicz E. (1989), *Les deux corps du Roi*, Paris, Gallimard, 634 p. (1<sup>re</sup> éd., 1957).
- Kleinman A. (1980), *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press, 427 p.
- Knibielher Y. (1991), Corps et cœurs, in *Histoire des femmes. Le XIX<sup>e</sup> siècle*, G. Duby et M. Perrot (éds), Paris, Plon, p. 351-387.
- Krause E. A. (1977), *Power and illness. The political sociology of health and medical care*, New York, Elsevier, 383 p.
- Kroeger A. et Barbira-Freedmann F. (1992), *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes*, Quito, Abya Yala, 404 p.
- Kuhn T. (1983), *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1962, augmentée en 1970), 284 p.
- La Berge (1992), *Mission and method. The early nineteenth century French public health movement*, Cambridge, Cambridge University Press, 376 p.
- Leach E. (1954), *Political system of Highland Burma. A study of Kachin social structure*, Londres, University of London, The Athlone Press, Humanities Press Inc., 324 p.
- Leach E. (1977), *Rethinking anthropology*, Londres, University of London, The Athlone Press, Humanities Press Inc. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1961), 143 p.



- Leach E. (1982), *Social anthropology*, Glasgow, Fontana Paperbacks, 254 p.
- Le Breton D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 263 p.
- Lebrun F. (1980), Les crises démographiques en France aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, *Annales ESC*, mars-avril, 205-234.
- Lemieux V. (1967), L'anthropologie politique et l'étude des relations de pouvoir, *L'Homme*, VII, 4, 25-49.
- Lenclud G. (1986), En être ou ne pas en être. L'anthropologie sociale et les sociétés complexes, *Anthropologie. État des lieux*, Paris, Livre de Poche (rééd. du n° 97-98 de *L'Homme*), p. 151-161.
- Lenclud G. (1992), Le grand partage ou la tentation ethnologique, in *Vers une ethnologie du présent*, G. Althabe, D. Fabre et G. Lenclud (éds), Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, p. 9-37.
- Léonard J. (1981), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Aubier-Montaigne, 386 p.
- Letourmy A. (1994), Les systèmes de santé des pays d'Europe, in *La santé en Europe*, M. Berthod-Wurmser (éd.), Paris, La Documentation française, p. 61-124.
- Lévi-Strauss C. (1962), *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 389 p.
- Lévi-Strauss C. (1974), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 452 p. (1<sup>re</sup> éd., 1958).
- Lévi-Strauss C. (1980), Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, in *Sociologie et anthropologie*, M. Mauss, Paris, PUF, p. IX-LII.
- Lorax N. (1986), Repolitiser la cité, *Anthropologie. État des lieux*, Paris, Livre de Poche (rééd. du n° 97-98 de *L'Homme*), p. 263-283.
- Loux F. (1979), *Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 180 p.
- Marwick M. G. (1967), The sociology of sorcery in a Central African tribe, in *Magic, witchcraft and curing*, J. Middleton (éd.), New York, The natural History Press, Garden City, p. 101-126.
- Mauss M. (1980), Esquisse d'une théorie générale de la magie, in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, p. 1-141 (1<sup>re</sup> éd. dans l'*Année sociologique*, 1902-1903).
- M'Bokolo E. (1984), Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique, in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé et C. Herzlich, Paris, Éditions des Archives contemporaines, p. 155-186.
- McCauley A. P. (1984), Healing as a sign of power and status in Bali, *Social Science and Medicine*, 18 (2), 167-172.
- McCord C. et Freeman H. P. (1990), Excess mortality in Harlem, *New England Journal of Medicine*, 322 (3), 173-177.
- McCormack C. (1992), Health care and the concept of legitimacy in Sierra Leone, in *The social basis of health and healing in Africa*, S. Feierman et J. Janzen (éds), Berkeley, University of California Press, p. 426-436.
- McKeown T. (1986), *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*, Oxford, Basil Blackwell, 207 p.

- Médard J. F. (1991), L'État néo-patrimonial en Afrique noire, in *États d'Afrique noire. Formations, mécanismes et crise*, J. F. Médard (éd.), Paris, Karthala, p. 323-353.
- Meillassoux C. (1982), *Femmes, greniers et capitaux*, Paris, François Maspero (1<sup>re</sup> éd., 1975).
- Meillassoux C. (1994), Du bon usage des sciences sociales, document ronéotypé, 50 p.
- Mennell S. (1992), *Norbert Elias. An introduction*, Oxford/Cambridge, Blackwell, 339 p. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1989).
- Mercier P. (1984), *Histoire de l'anthropologie*, Paris, PUF, 233 p. (1<sup>re</sup> éd., 1966).
- Meyer F. (1983), Pratiques actuelles et approche philologique d'une médecine traditionnelle savante : la médecine tibétaine, *Bulletin d'ethnomédecine*, 25, 5-20.
- Middleton J. et Winter E. H. (1963), Introduction, in *Witchcraft and sorcery in East Africa*, J. Middleton et E. H. Winter (éds), New York, Frederick A. Praeger Publisher, p. 1-26.
- Mitchell J. C. (1965), The meaning in misfortune for urban Africans, in *African systems of thought*, M. Fortes et G. Dieterlen (éds), Londres, Oxford University Press, p. 192-203.
- Mitrani P. (1982), Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine, *L'Homme*, XII, 2, 93-104.
- Mizrahi A. et Mizrahi A. (1994), *État de santé, vieillissement relatif et variables sociodémographiques*, Paris, CREDES, 93 p.
- Moatti J. P. (1992), Médecine et économie de la santé : de la confrontation au rapprochement, in *L'homme et la santé*, La Villette/Cité des Sciences, Paris, Seuil, p. 262-269.
- Monnier J., Deschamps J.-P., Fabry J., Manciaux M., Raimbault A.-M. (1980), *Santé publique, santé de la communauté*, Villeurbanne, SIMEP, 444 p.
- Mormiche P. (1993), Les disparités de recours aux soins en 1991, *Économie et statistique*, 265 (5), 45-52.
- Murard L. et Zylberman P. (1985), La raison de l'expert, ou l'hygiène comme science sociale appliquée, *Archives européennes de sociologie*, XXVI, 58-89.
- Murra J. (1989), *La organización económica del Estado inca*, Mexico, Siglo Veintiuno (1<sup>re</sup> éd., 1978), 270 p.
- Nadel S. F. (1982), Witchcraft in four African societies, in *Witchcraft and sorcery*, M. Marwick (éd.), Harmondsworth, Penguin Books, p. 286-299 (1<sup>re</sup> publication, 1952).
- Neveu G. (1989), Les services administratifs sanitaires et sociaux, in *Santé publique*, G. Brückner et D. Fassin (éds), Paris, Ellipses, p. 127-149.
- Ogien R. (1983), *Théories ordinaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 176 p.
- Olivier de Sardan (1994), La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences sociales et santé*, XII (3), 15-45.
- Ouvry-Vial B. (1993), Les unes et les autres, in *Les infirmières. Ni bonnes, ni nonnes*, J. Saliba, B. Bon-Saliba et B. Ouvry-Vial, Paris, Syros, p. 147-242.

- Oyebola D. D. O. (1981), Professional associations, ethics and discipline among Yoruba traditional healers of Nigeria, *Social Science and Medicine*, 15B, 87-92.
- Passeron J.-C. (1991), *Le raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, 408 p.
- Patlagean E. (1977), *Pauvreté économique et pauvreté sociale à Byzance IV<sup>e</sup>-VII<sup>e</sup> siècles*, École des hautes études en sciences sociales, Paris-La Haye, Mouton, 432 p.
- Paugan S. (1996), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 583 p.
- Peiser L. et Bégin C. (1993), La réforme des services de santé au Québec : Quel avenir pour la profession médicale ?, *Sciences sociales et santé*, X (1), 113-143.
- Perrenoud A. (1975), L'inégalité sociale devant la mort à Genève au XVII<sup>e</sup> siècle, *Population*, 30, novembre, 221-243.
- Perrenoud A. (1981), Surmortalité féminine et condition de la femme (XVII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles). Une vérification empirique, *Annales de démographie historique*, 89-104.
- Petonnet C. (1985), *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*, Paris, Galilée, 331 p.
- Picard J. F. (1992), Poussée scientifique ou demande de médecins ? La recherche médicale en France de l'Institut national d'hygiène à l'INSERM, *Sciences sociales et santé*, X (4), 47-106.
- Pierret J. (1984), Les significations sociales de la santé. Paris, l'Essonne, l'Hérault, in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé et C. Herzlich (éds), Paris, Éditions des Archives contemporaines, p. 217-256.
- Pinell P. (1992), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié, 366 p.
- Popper K. (1991), *The poverty of historicism*, Londres-New York, Routledge, 166 p.
- Pouchelle M. C. (1983), *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, Paris, Flammarion, 386 p.
- Pouillon J. (1973), Introduction au dossier Études d'anthropologie politique, *L'Homme*, XIII, 1-2, 5-9.
- Pouillon J. (1975), Malade et médecin : le même et/ou l'autre ? (Remarques ethnologiques), in *Fétiches sans fétichisme*, Paris, Maspero, p. 77-103.
- Price-Williams D. R. (1962), A case study of ideas concerning disease among the Tiv, *Africa*, XXXII, 2, 123-131.
- Prost A. (1987), Frontières et espaces du privé, in *Histoire de la vie privée. 5. De la Première Guerre mondiale à nos jours*, Ph. Ariès et G. Duby (éds), Paris, Seuil, p. 13-153.
- Radcliffe-Brown A. R. (1968), *Structure et fonction dans la société primitive*, Paris, Minuit, 317 p. (1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1952).
- Raynaud C. (1990), Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples haoussa au Niger, in *Sociétés, développement et santé*, D. Fassin et Y. Jaffré (éds), Paris, Ellipses-AUPELF, p. 136-154.



- Rawls J. (1973), *A theory of justice*, New York, Oxford University Press, 607 p. (1<sup>re</sup> éd., 1972).
- Revel J. et Peter J.-P. (1974), Le corps. L'homme malade et son histoire, in *Faire de l'histoire. III. Nouveaux objets*, Paris, Gallimard, p. 226-256.
- Riché P. et Alexandre-Bidon D. (1994), *L'enfance au Moyen Age*, Paris, Seuil/Bibliothèque nationale, 219 p.
- Ricœur P. (1992), La place du politique dans une conception pluraliste des principes de justice, communication au Colloque *Justice sociale et inégalités*, Paris, Commissariat général du Plan, 12-13 novembre, 8 p.
- Rivers W. H. R. (1924), *Medicine, magic and religion*, Londres, Kegan Paul, 147 p.
- Rochard J. (1897), *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, Paris, A. Rousseau et Vigot Frères, t. VIII.
- Rochefort R. (1993), Les inégalités sociales de santé, in *Santé 2010. Équité et efficacité du système de santé*, Paris, Commissariat général du Plan, p. 116-233.
- Rollet-Echallier C. (1990), *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III<sup>e</sup> République*, Paris, INED-PUF, 593 p.
- Rosanvallon P. (1990), *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil, 370 p.
- Rosanvallon P. (1992), *Le sacre du citoyen. Histoire du suffrage universel en France*, Paris, Gallimard, 490 p.
- Rosanvallon P. (1994), *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris, Seuil, 223 p.
- Rosen G. (1958), *A history of public health*, New York, MD Publications, 551 p.
- Rousseau J.-J. (1992), *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris-Garnier, Flammarion, 283 p. (1<sup>re</sup> éd. française, 1754).
- Ruggie M. (1992), The paradox of liberal intervention. Health policy and the American Welfare State, *American Journal of Sociology*, 97 (4), 919-944.
- Sahlins M. (1976), *Age de pierre, âge d'abondance. L'économie des sociétés primitives*, Paris, Gallimard, 409 p. (1<sup>re</sup> éd. américaine, 1972).
- Saliba J. (1993), Histoire d'une vocation, in *Les infirmières. Ni bonnes, ni nonnes*, J. Saliba, B. Bon-Saliba et B. Ouvry-Vial, Paris, Syros, p. 9-86.
- Saliba J. (1994), Les paradigmes des professions de santé, in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, P. Aïach et D. Fassin (éds), Paris, Anthropos, p. 43-85.
- Sánchez-Parga J. et Pineda R. (1985), Los yachac de Ilumán, *Cultura. Revista del Banco Central del Ecuador*, VII, 21b, 511-581.
- Scotch N. (1963), A medical anthropology, in *Biennial Review of Anthropology*, J. B. Siegel (éd.), Stanford, Stanford University Press, 30-68.
- Setbon M. (1993), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil, 422 p.