HAL
open science

# La socio-anthropologie dans un projet d'intervention en santé. Les restitutions sont-elles nécessaires à l'application?

Fatoumata Ouattara, Sylvie Zongo

## To cite this version:

Fatoumata Ouattara, Sylvie Zongo. La socio-anthropologie dans un projet d'intervention en santé. Les restitutions sont-elles nécessaires à l'application?. Revue internationale des études du développement, 2018, 4 (236), pp.163-187. 10.3917/ried.236.0163 . hal-03162248

**HAL Id: hal-03162248**

**https://amu.hal.science/hal-03162248v1**

Submitted on 8 Mar 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

# LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE DANS UN PROJET D'INTERVENTION EN SANTÉ

## Les restitutions sont-elles nécessaires à l'application ?

Fatoumata Ouattara, Sylvie Zongo

Éditions de la Sorbonne | « Revue internationale des études du développement »

2018/4 N° 236 | pages 163 à 187

ISSN 2554-3415
ISBN 9791035100964

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-internationale-des-etudes-du-developpement-2018-4-page-163.htm

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions de la Sorbonne.
© Éditions de la Sorbonne. Tous droits réservés pour tous pays.

BY-NC-ND

© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

# La socio-anthropologie dans un projet d'intervention en santé

## Les restitutions sont-elles nécessaires à l'application ?[1]

**Fatoumata Ouattara**
**Sylvie Zongo**

**MOTS-CLÉS**

socio-anthropologie, implication, restitution, Burkina Faso

**RÉSUMÉ**

La demande sociale adressée à la socio-anthropologie a inscrit celle-ci dans des cadres d'application et de collaboration avec d'autres disciplines. Cette dimension de la recherche orientée sur l'action impose de restituer des résultats d'études. Dans le domaine de la santé publique, la restitution est un des lieux de contribution des socio-anthropologues dans le champ de l'action.

Cet article décline des moments de restitution dans le cadre d'un programme de recherche dédié *in fine* à la transformation des conduites des prestataires et des usagers de services de santé publics au Burkina Faso. Il s'agit moins d'une description linéaire des attentes de ces rencontres que des enjeux d'implication de l'anthropologie dans une recherche destinée à

1 Une première version de ce texte a fait l'objet d'une communication durant le colloque « Les sciences sociales et la diffusion des savoirs dans l'espace public » (Institut de recherche pour le développement – IRD – département Sociétés, Marseille, 31 janvier-1er février 2013, Maison de la Région) sous le titre « L'anthropologue dans des arènes de restitution : quand méthode, objet de recherche et engagement sont en jeu ». Nous remercions Jacky Bouju, Philippe Lavigne Delville et Valéry Ridde pour leurs commentaires critiques sur des versions précédentes de ce texte. Nous assumons les réflexions mises à jour dans ce texte.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

accompagner une recherche-action. Notre propos consiste à faire de ces temps de restitution des aspects constitutifs de la réflexivité nécessaire à la pratique anthropologique quels que soient les cadres de son exercice. La dynamique des échanges autour de l'apport anthropologique révèle des effets significatifs qui conduisent à nuancer le terme générique de restitution et des questions qu'il recouvre.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

## Introduction

La relation entre l'anthropologue et son terrain n'a jamais été simple. Elle s'inscrit fondamentalement dans le cadre nécessaire de la réflexivité (Chauvier, 2003 ; Fassin, 2008). Aux réflexions sur les rapports entre l'anthropologue, ses interlocuteurs et son objet de recherche se sont ajoutés l'évolution des conditions de la recherche, les configurations des terrains, des modalités et des contextes de réalisation de la recherche (Leservoisier et Vidal, 2007). Certaines configurations de la recherche ont progressivement inscrit de façon cruciale la prégnance des rapports entre les chercheurs et les populations auprès desquelles ils réalisent des enquêtes : qu'il s'agisse de terrains proches ou éloignés de l'Occident, les informateurs de l'anthropologue ont de plus en plus accès aux sources écrites et aux ressources d'Internet et peuvent faire entendre leurs voix sur les résultats d'enquêtes de terrain. En outre, les conditions de financement de la recherche et la demande sociale adressée à la socio-anthropologie[2] ont inscrit celle-ci dans des cadres d'application et de collaboration avec d'autres disciplines (Lefèvre et De Suremain, 2002 ; Leservoisier et Vidal, 2007 ; Lavigne Delville, 2011). Dans le domaine de la santé, les collaborateurs et les interlocuteurs du socio-anthropologue s'attendent à ce que les résultats (rapports et discours) de ce dernier soient probants pour des actions transformatrices (Gruénais, 2015).

Le travail d'explicitation de la démarche et de la recherche du socio-anthropologue fait partie de la diversité des dimensions de la relation que celui-ci entretient avec ses différents interlocuteurs. Se pencher sur ces modes d'explicitation permet de questionner nos savoirs et savoir-faire, et de réfléchir aux stratégies et aux modalités de diffusion des résultats de la

2 Nous utilisons le terme de socio-anthropologie dans l'acception que lui confère Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995, p. 10) : « J'entends par "socio-anthropologie" l'étude empirique multidimensionnelle de groupes sociaux contemporains et de leurs interactions, dans une perspective diachronique, et combinant l'analyse des pratiques et celle des représentations. […] La socio-anthropologie fusionne les traditions de la sociologie de terrain (École de Chicago) et de l'anthropologie de terrain (ethnographie) pour tenter une analyse intensive et *in situ* des dynamiques de reproduction/transformation d'ensembles sociaux de nature diverse, prenant en compte les comportements des acteurs, comme les significations qu'ils accordent à leurs comportements. »



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

recherche auprès de nos pairs, mais aussi pour des populations en dehors du cercle des spécialistes[3].

L'objectif de cet article porte sur des moments de restitution associés à un programme de recherche-action en santé maternelle dans lequel les auteures ont été impliquées[4] et qui a été développé de 2003 à 2006 au Burkina Faso. L'analyse porte sur des séquences orales du discours anthropologique et de sa réception par les acteurs de santé en contexte d'intervention. Trois temporalités sont ici retenues.

Comment appréhender les enjeux suscités par le discours ethnographique ? Comment analyser les jeux de la participation active des acteurs à une intervention destinée à changer des réalités sociales ?

## 1. Des anthropologues dans un projet de recherche-action pour l'amélioration des soins obstétricaux

Les projets de recherche-action orientés sur la santé sont en principe tenus de faire correspondre des paradigmes de la santé à des objectifs de développement, même si parfois ces deux dimensions ont des difficultés à s'accorder. Le projet d'intervention qui constitue la toile de fond des situations en question ici s'intitule « projet d'Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (Aquasou) ». Pour la compréhension du propos, retenons les éléments suivants : il s'agissait d'une initiative portée par des chercheurs en sciences sociales et des spécialistes de santé publique

3 Au fond, la restitution est aussi ancienne que l'anthropologie. Voir l'enquête conduite par Claude Levi-Strauss en Bourgogne (France) dans les années 1960 et qui a fait l'objet de restitution. Cependant, les pratiques de la restitution se sont multipliées avec l'élargissement des terrains d'enquête et des conditions de réalisation de la recherche (Zonabend, 1994 ; Flamant, 2005).

4 Cette expérience personnelle et professionnelle se situe dans un cadre de collaboration avec d'autres anthropologues : deux anthropologues de l'IRD ont travaillé en binôme. Marc-Éric Gruénais était le responsable de l'équipe au Burkina Faso et effectuait des missions ponctuelles, tandis que l'autre, Fatoumata Ouattara, était basée au Burkina Faso pendant toute la durée du programme pour effectuer le suivi régulier des activités et leur réalisation sur le terrain. De plus, deux étudiantes du département de sociologie de l'université de Ouagadougou faisaient partie de l'équipe dans le cadre de leur recherche en maîtrise. L'une d'entre elles, maintenant docteure en anthropologie, est la deuxième auteure de ce texte, Sylvie Zongo.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

soutenue par le ministère des Affaires étrangères français, dont l'un des objectifs principaux consistait à améliorer la qualité et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en mettant l'accent sur la dimension organisationnelle (et non la dimension matérielle et technique) de la délivrance de ces soins. Il s'agissait d'un projet expérimental visant à tester une méthodologie destinée à améliorer la prise en charge des parturientes et à réduire la mortalité maternelle à partir de la coordination et la synergie de trois approches complémentaires : santé publique, anthropologie et mobilisation politique et sociale. Dans une telle conception, la restitution devrait servir à un type de validation des actions par les participants conviés. De fait, la restitution s'associe à une fonction « utilitariste ».

Pour résumer, le projet Aquasou visait à « accompagner, renforcer, soutenir des initiatives venant des appareils d'État africains, en privilégiant la dimension organisationnelle, la démarche par objectifs et résolution de problèmes, soit une "démarche projet" avec évaluation » (Gruénais et De Brouwere, 2016, p. 19). En partant du constat de l'existence de difficultés dans les relations entre soignants et soignés dans des structures de soins publics dans des villes africaines (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), les anthropologues devaient notamment œuvrer à l'amélioration des relations entre soignants et soignés pour permettre l'émergence d'une offre de service ancrée sur une responsabilité professionnelle dans quatre pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Sénégal). Au Burkina Faso, un district sanitaire urbain avait été retenu comme site d'élaboration du projet selon les critères suivants : présence d'un gynécologue compétent, motivé, connu des partenaires du programme ; aire sanitaire disposant de structures de référence saisissables ; motivation et intérêt des responsables locaux de santé (Ouattara *et al.*, 2016). Les socio-anthropologues associés au projet devaient permettre l'initiation d'activités innovantes pour promouvoir une meilleure qualité des relations humaines. Or la qualité est un concept à plusieurs facettes, une construction sociale qui ne peut être réduite à une dimension quantifiable (Blaise, 2004). L'ambition était donc grande et les tâches devaient être circonscrites.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

## 2. Une diffusion du savoir anthropologique pour circonscrire le « terrain »

Les anthropologues ont fait leur entrée sur la scène du projet au moment de l'analyse situationnelle. Celle-ci consistait à décrire la perception des patients et des personnels de santé ainsi que des différents acteurs engagés dans l'offre de soins obstétricaux. L'analyse situationnelle, base d'un terrain ethnographique, avait entre autres permis de préciser les rôles effectifs et les fonctions de tous les types de personnels pratiquant les accouchements ainsi que d'identifier les contraintes auxquelles étaient soumis les patients (notamment les femmes) et prestataires de soins. La caractérisation des rapports entre les uns et les autres et l'identification des contraintes inhérentes à l'organisation des structures de soins étaient ainsi établies[5]. L'objectif principal de la réunion de restitution des résultats d'enquête fut rappelé : inciter les personnels de santé à la réflexion sur leurs pratiques et sur les difficultés qu'ils rencontrent.

La restitution des résultats de cette analyse situationnelle destinée aux « bénéficiaires » a été réalisée à l'intention des personnels de santé en 2004. En fait, ce choix de diffuser les résultats à ces acteurs était conçu comme le point de départ pour rendre possible un consensus entre les socio-anthropologues et les personnels de la santé sur les pistes d'actions à mener. Le choix de n'inviter que les personnels de santé à cette restitution consistait donc à éviter d'exposer les critiques relatives à leurs pratiques professionnelles à des « profanes », en particulier les usagers des structures de soins. La restitution auprès des soignants risquait de mettre en évidence des situations critiques sur les relations entre eux et les usagers. « Or l'autocritique, l'auto-évaluation et la réflexivité sur ses pratiques avec l'aide d'experts ne sont jamais des entreprises aisées, ni facilement acceptées » (Gruénais, 2015). De ce fait, un « effet de "miroir[6]" » » attendu de ce retour d'enquête de terrain auprès des soignants justifiait ainsi l'absence d'usagers à cette rencontre. Si l'on peut à juste raison s'interroger sur la crédibilité

5 L'analyse situationnelle à partir d'une approche anthropologique et les attentes dans le programme Aquasou a été développé dans des publications précédentes (Ouattara *et al.*, 2012 ; Ouattara *et al.*, 2016).

6 Voir Olivier de Sardan (2014, p. 41), qui note à propos de la restitution dans le cadre d'actions réformatrices un « effet de "miroir" » suscité par l'exposition de conduites de prestataires de services et d'« effet de "débat d'experts" » renvoyant à des preuves rendues par la rigueur scientifique.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

de l'objectif fixé par ce projet de développement, il faut aussi admettre que nous ne disposions pas d'outils pour atténuer les tensions éventuelles entre soignants et usagers lors d'une telle rencontre compte tenu des difficiles relations qu'ils entretiennent dans les espaces de soins publics d'Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Les réactions des personnels de santé concernaient les points suivants : a) l'importance et les raisons des accouchements à domicile ; b) les évacuations et les divers problèmes auxquels les soignants étaient confrontés.

Cette séance de restitution s'est terminée par l'identification de pistes de travail pour faire émerger à terme une « culture de service » et l'agenda des activités du volet socio-anthropologique. Ici, la « culture de service » signifiait, dans le délibéré du programme Aquasou, les conduites des soignants qui émergeraient des activités initiées au cours du projet destinées à améliorer la qualité de l'offre des soins. Il a été notamment retenu l'idée de documenter de manière plus approfondie le thème des accouchements à domicile, d'une part, et des évacuations, d'autre part. Ces thèmes feront consécutivement l'objet de mémoires de maîtrise en sociologie (Zongo, 2005 ; Ouédraogo, 2006). Parallèlement, des études de cas devraient être faites auprès de femmes ayant subi une césarienne au bloc sanitaire du district. Il a été convenu avec les participants que les personnels de santé qui le souhaitaient pouvaient prendre part à la réalisation de ces études de cas, tout au moins par leur présence aux entretiens aux domiciles des femmes et en compagnie des anthropologues.

Il convenait de passer de l'analyse situationnelle aux pistes d'actions susceptibles d'améliorer la qualité des soins en maternité et les rapports entre les personnels de santé et les usagers. Nous sommes dans une phase d'identification « des problèmes ciblés par l'intervention, l'identification des catégories sociales » (Bouju, 2011). La singularité du discours des anthropologues se confond ici avec les attentes du projet. À cette étape, l'activité discursive des socio-anthropologues dans ce projet ne pose fondamentalement pas problème, car elle s'inscrit dans des propos d'ordre général qui ne mettent pas en cause la pratique des soignants participant à la restitution. À ce stade de mise en œuvre du projet, le choix de la construction de la confiance entre les partenaires du projet et les soignants a prévalu et a justifié la non-association d'usagers à cette rencontre. Nos investigations consistaient à



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

questionner les soignants sur leurs pratiques quotidiennes, à assister à des situations de soins, à prendre connaissance du contenu des registres de consultations, et cela pouvait susciter de la méfiance chez certains soignants. Indépendamment des accords officiels mais formels d'acceptation de collaborer dans l'espace public, les anthropologues du programme Aquasou avaient la tâche ardue de tenter de convaincre et de mettre en confiance les personnels soignants et les usagers du bien-fondé des activités entreprises afin de créer de nouvelles conduites participant à une meilleure qualité de service. Mais dans des contextes socio-sanitaires où les patients se distinguent pour l'offre de soins en patients privilégiés et anonymes, la notion d'usager reste aléatoire et indélicate. En effet, le terme d'usager renvoie aussi et surtout à une autonomie des citoyens dans une quête de droits (Cresson et Schweyer, 2000). Or, dans le contexte d'élaboration de ce programme de recherche-action, ce n'était pas le cas.

## 3. Contextualiser les « revues de cas » médicales : une implication des anthropologues contestée[7]

Un des espaces dans lequel notre intervention a été contestée fut celui destiné aux revues des cas, encore appelées « audits cliniques » (Filippi, 2004 ; Richard *et al.*, 2008). Ces séances avaient été introduites dans la maternité de référence avec l'assistance technique de l'équipe de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. La séance consistait à exposer au sein d'un petit groupe de soignants de la maternité le contenu d'un dossier clinique d'une patiente et à discuter au sein de l'équipe des modalités techniques de la prise en charge de la femme. La séance de discussion était guidée par le principe de l'anonymat. L'objectif des revues de cas était de pouvoir susciter une autocritique sur la qualité de l'offre des soins de la part des soignants (Jaffré, 2003).

Après quelques séances, nos collègues de santé publique ont fait appel à nous pour le recueil de données d'entretiens, qui se déroulaient au domicile de chacune des femmes concernées. Pour que les soignants puissent, à terme, s'approprier cette démarche consistant à se mettre à l'écoute des usagers en se rendant à leurs domiciles pour *in fine* susciter de l'auto-critique, une

7 La description de cette partie a été largement développée dans d'autres publications (Ouattara *et al.*, 2012 ; Gruénais *et al.*, 2012 ; Ouattara *et al.*, 2016).



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

sage-femme fut associée aux socio-anthropologues pour réaliser les entretiens avec les patientes. Il s'agit là sans conteste d'une instrumentalisation de la socio-anthropologie pour promouvoir des changements de conduites chez les soignants. Le résumé de l'entretien avec la femme ou du récit fait par ses accompagnants sur le déroulement de l'accouchement venait donc compléter les informations cliniques de la patiente. Les comptes rendus d'entretiens faisaient certes l'objet d'une grande écoute, suscitaient parfois l'émotion, notamment pour les cas de mort-né, mais ces moments de restitution des discours des femmes et de leurs proches suscitaient ensuite de vives réactions vis-à-vis des femmes ou des anthropologues. Pour les soignants, ces propos reflétaient des mensonges, des excès de langage ou l'incompréhension des femmes ou de leurs proches à l'égard de l'offre de soins et des conduites des prestataires de soins. Les anthropologues étaient accusés de prendre systématiquement le parti des femmes aux dépens des soignants. Les soignants estimaient que les questions avaient été mal posées par les anthropologues : comment s'y était-on pris pour recueillir de telles confessions ? Ces synthèses ne mettaient-elles pas en évidence le parti des anthropologues pour les parturientes et leurs accompagnants ? (Gruénais *et al.*, 2012).

Il faut noter ici qu'un des biais produits par l'évocation de la singularité des cas est celui de l'anonymat. La réalité révélée par l'enquête peut être difficile à entendre par les soignants. Cette situation peut de surcroît être problématique parce qu'il s'agit d'un non-soignant (l'anthropologue), supposé agir par ses activités comme un médiateur en tenant une position d'interlocution entre deux parties (les soignants et les femmes) n'entretenant pas forcément de bonnes relations. L'exigence et le rappel de l'anonymat deviennent donc une condition fondamentale pour établir des relations apaisées et de confiance avec les acteurs de la santé. Or, malgré les précautions prises, « il n'est pas toujours possible d'éviter toute reconnaissance des personnes interrogées » (Zonabend, 1994, p. 9 ; Béliard et Eideliman, 2008). Nous sommes dans un contexte d'interconnaissance où les gages de l'anonymat s'amenuisent et où une mise en cause des pratiques – à tout le moins celles des soignants – est susceptible de s'instaurer.

Certains soignants ont marqué leurs désaccords face à notre démarche, pour les séances de revues de cas, en sortant certains de nos propos hors du contexte hospitalier. Cela rompait avec le principe de l'anonymat que nous avions requis et que nous avions clamé devant les personnes rencontrées pour



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

les entretiens. Dans des univers d'interconnaissance assez dense, l'anonymat des personnes est parfois difficile à maintenir. Ainsi, dans une maternité périphérique, une séance de revue de cas suscita un problème : il s'agissait d'une jeune femme qui avait manifestement été victime d'une décision tardive d'évacuation dans la mesure où elle était prise en charge dans une structure périphérique par une sage-femme à qui elle avait été confiée par une parente. Au cours de la séance, malgré les précautions d'anonymat, la sage-femme impliquée dans la situation s'était manifestement sentie mal à l'aise. Consécutivement à la séance, elle alla reprocher à la jeune femme son manque d'esprit familial pour avoir livré à des personnes étrangères des données familiales désormais connues sur la place publique. Voilà donc une valeur méthodologique compromise par l'avènement du discours de l'anthropologue, plaçant ce dernier dans le rôle d'un « décepteur » (Zonabend, 1994, p. 10). Comme le souligne Didier Fassin, au-delà de la complexité des effets sociaux des projets, il y a leur possible appropriation, détournement ou, pire, dérive de la part des bénéficiaires des actions. Face à ces réalités, il convient de reconnaître la complexité des situations appréhendées et la difficulté, voire « l'impossibilité d'imposer le changement » (Fassin, 1994, p. 10).

Le rôle initial accordé aux anthropologues ainsi que leur démarche semblaient maintenant contestés et il en allait de même de la légitimité de leur implication dans ce projet d'intervention pluridisciplinaire. La méfiance à l'égard de la démarche était d'autant plus grande que les anthropologues s'abstenaient à ce stade de faire des recommandations. Pouvait-on demeurer légitime dans un projet destiné à changer le cours des choses sans toutefois donner un point de vue sur ce qu'il y avait lieu de faire ? En outre, le discours des anthropologues portait principalement sur les aspects négatifs de l'offre de soins. L'idée selon laquelle nos interventions dans le projet témoignaient d'un parti pris systématique en faveur des patientes se répandait de plus en plus. C'est ainsi que les personnels de santé passaient d'une attitude accueillante à des comportements méfiants à l'égard des anthropologues dès que nous cherchions, par exemple, à solliciter un entretien ou à avoir des informations sur un accouchement qui venait de se passer. Pour réaliser une étude sur les situations de mort-né, une anthropologue de l'équipe fut directement confrontée aux conduites de méfiance et de réticence des soignants, et ce, en dépit du temps passé sur le terrain (Zongo, 2006).



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

## 4. Une médiation des anthropologues remise en question

Étant donné que, dans le projet Aquasou, l'entreprise d'amélioration de la qualité des relations entre usagers et prestataires de soins (la dimension sociale de la qualité) était inscrite au cœur des activités de l'intervention projet, la tentative de création d'un espace de dialogue entre les personnels soignants et les usagers était légitime. Une des stratégies adoptées pour favoriser ces relations fut l'organisation de rencontres entre les personnels de santé et des membres de la population qui avaient été reçus quelques semaines auparavant dans une maternité du district sanitaire. Ces rencontres avaient pour objectif d'explorer les points de satisfaction et de désaccord entre des acteurs de la santé maternelle, les incompréhensions, et de favoriser de façon consensuelle l'émergence d'idées et d'actions pour dépasser les blocages et améliorer le dialogue. Énoncées de cette manière, les choses paraissent claires et simples. En pratique, de tels espaces s'associent parfois à des stratégies de neutralisation ou à des échanges de critiques non constructives pour les objectifs fixés dans un tel projet. La mise en évidence de questions « organisationnelles » et la temporalité imposée par le projet pour changer les pratiques induisent par conséquent de fortes crispations entre les participants.

Selon les concepteurs du projet, ces réunions devaient à terme favoriser l'émergence d'espaces de discussion permettant aux acteurs de santé de débattre autour des questions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en dehors des structures de soins. En pratique, ces échanges de groupe visaient à modifier les conduites en favorisant l'empathie au cœur de la relation. Ce type de démarche rappelle comment, dans les contextes européens, les groupes de parole et les groupes Balint[8] ont amplement participé au marquage des relations entre soignants et soignés dans les services hospitaliers[9]. Cependant, les rencontres entre les usagers et les soignants telles qu'elles furent mises en place au Burkina Faso dans le contexte du projet

8 Il s'agit de groupes de parole initiés dans des contextes européens qui ont pour objectif de développer des aspects relationnels entre soignants et soignés par la prise en compte chez le soignant de dimensions techniques et de l'unicité pathologique chez les patients (Balint, 1975).

9 Sur l'opérationnalité des groupes Balint, on peut constater « à quel point cette posture inquiète et interrogative [la posture du médecin prêtant une attention aux interrogations des malades] serait utile en des pays où des sémiologies populaires fort éloignées des savoirs médicaux induisent des symptomatologies complexes et où les causalités englobent des univers étrangers au domaine biologique » (Jaffré, 2003).



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

Aquasou diffèrent fortement des groupes Balint et des groupes de parole classiques[10]. Ces rencontres furent des espaces de diffusion et de médiation de la démarche socio-anthropologique et ils s'apparentaient plutôt à des *focus groups*[11]. En outre, l'organisation de ces rencontres s'est faite de manière progressive : entretiens individuels aux domiciles de patientes, rencontres avec des groupes de patientes, rencontres patientes/prestataires.

Procédons maintenant à l'étude des rencontres de groupes mixtes qui avaient été entérinées en début de programme, à l'issue d'une restitution des résultats de l'analyse situationnelle aux soignants à laquelle les représentants des usagers n'avaient pas été conviés. L'équipe des anthropologues du programme Aquasou entreprit d'organiser, conjointement avec l'équipe de mobilisation sociale, les réunions de groupes composées de soignants et d'usagers sur le principe de l'approche participative promue dans le programme (2004-2005). L'animation fut confiée à une sage-femme[12] qui occupait une fonction administrative à l'École nationale de santé publique pendant l'élaboration du projet.

Au début de la rencontre, les objectifs attendus furent rappelés : « Sensibiliser les agents de santé et les femmes pour une meilleure qualité des soins, pour que les femmes soient satisfaites, pour que le personnel soignant soit satisfait. » L'animatrice a insisté sur la nécessité d'obtenir le regard distancié d'un tiers sur la conduite d'autrui par l'évocation d'un adage : « Le chien ne sent pas l'odeur de sa tête ». Cet adage bien connu par les locuteurs de la langue *moore* signifie combien il peut être difficile de percevoir ses propres imperfections et de tendre vers une autocritique. Mieux, par l'emploi de cet adage, c'est la généralisation de l'imperfection à l'espèce humaine qui était rappelée pour pouvoir engager des échanges apaisés entre les soignants et les usagers. Parfois, c'est l'imperfection comme caractéristique et ontologie de l'espèce humaine qui avait été évoquée pour

10 Parallèlement, les groupes de parole présentent l'intérêt d'initier des espaces et des temps de parole aux soignants pour oser dire des choses qu'ils n'évoqueraient pas ordinairement dans le cadre de leurs pratiques professionnelles.

11 Il s'agit de discussion de groupe entre des participants identifiés/sélectionnés pour mener une discussion ouverte sur un sujet (Krueger et Casey, 1988 ; Andrien *et al.*, 1993).

12 Les partenaires de santé publique d'Aquasou la connaissaient, car elle venait de passer dans leur pays un master en santé publique (Tiendrebeogo, 2003).



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

introduire les échanges entre les parties : « L'être humain est 9 et n'atteint pas 10 ». De plus, l'argumentaire introductif de l'animatrice (souvent complété par les anthropologues) insistait sur des éléments de mise en confiance des participants. Mise en confiance d'autant plus nécessaire que les points de tension dans les interactions entre les soignants et les usagers sont largement connus de tous et que des rencontres entre les parties ne sont pas courantes. En outre, tout se passait comme si la mise en confiance passait par un discours basé sur le recours à une logique discursive locale usant de proverbes locaux. Cette stratégie était un préalable à l'obtention de l'accord des participants pour l'enregistrement des débats.

Nonobstant ces précautions, la tension fut manifeste dès les deux premières rencontres. Lors de la première, qui avait été organisée pendant un court séjour de responsables d'équipe venus de France, les réticences des soignants étaient peu perceptibles. Cependant, dès le début de la deuxième rencontre (notons que les missionnaires étaient repartis), une responsable de maternité qui avait explicitement critiqué la tenue d'une discussion entre soignants et usagers fut alors traitée de « toxique » devant ses collègues par l'animatrice. L'attaque verbale produisit l'effet attendu puisque la responsable participa aux échanges pour le reste du temps. On pourrait supposer que la formation de sage-femme et le poste administratif de l'animatrice ont rendu possible le dénouement de la situation, mais c'est plutôt la respectabilité de son âge (plus de 45 ans) associée à sa compétence qui constitua l'avantage décisif. Contrairement aux socio-anthropologues femmes de l'équipe et aux femmes de la mobilisation sociale qui paraissaient plus jeunes et qui étaient surtout soupçonnées de soutenir les points de vue des patientes contre ceux des personnels de santé, l'animatrice jouissait d'une meilleure crédibilité. La reproduction des stéréotypes sur les rapports de sexe, les hiérarchies sociales, voire la nationalité des socio-anthropologues sont ici instrumentalisés dans le projet.

Pour atténuer les tensions chez les soignants, les thèmes des entretiens de groupe furent changés à la troisième rencontre. Les points positifs et les attentes (soignants/usagers) dans l'accès aux soins en maternité furent d'abord abordés, puis les points négatifs. Enfin, la dernière partie de l'entretien consistait à identifier les points d'amélioration souhaités. C'est à ce stade que les tensions commencèrent à s'atténuer et les nuances à poindre :



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

• La nuance des soignants sur les usagers : « Ils ne sont pas tous mauvais », « certains ne sont pas bien, mais d'autres sont bien. »
• Les nuances des usagers sur la violence des soignants : « Nous les femmes, nous ne sommes pas toujours faciles. »
• Des accompagnants trop nombreux pour les soignants, et des femmes des accompagnants imposés aux femmes pendant l'accouchement par des membres de la famille.

## 5. Quelques points de réflexion

La description des situations ci-dessus génère des défis et des enjeux associés aussi bien à la position du chercheur qu'à la recherche anthropologique.

### 5.1. L'anthropologue est un acteur dans une arène

De fait, qu'elle soit guidée par une éthique, une justification épistémologique, une rigueur méthodologique ou une volonté exprimée de citoyenneté ou de moralité à l'égard du terrain, la restitution en socio-anthropologie est un espace-temps pluriel marqué aussi bien par les étapes de la recherche que par la variété des acteurs qui y prennent part (Vidal, 2011). Si la restitution permet potentiellement d'ouvrir sur de nouvelles perspectives de recherche, elle est aussi un espace idéal de réflexion anthropologique sur les relations d'altérité (Vidal, 2011). Plus précisément, la trame de la restitution insère l'anthropologue dans une dynamique où il est davantage acteur d'un monde social. On voit bien comment les acteurs « ne sont ni passifs, ni impuissants et, s'ils se sentent méprisés ou simplement minimisés, ils peuvent s'opposer de manière subtile et efficace à l'intervention » (Bouju, 2011). Il y a là de fait un effet de violence (symbolique ou réelle) induite par la restitution.

### 5.2. Les incidences des non-dits sur la méthode

Si les attentes ont été clairement formulées dès le départ, il semble *a posteriori* que nous n'avions pas pris le soin de nous attarder suffisamment sur nos méthodes de travail. Des échanges sur notre méthodologie auraient permis aux soignants de mesurer l'ampleur de notre contribution dans ce projet, qui n'allait pas se jouer à distance, mais dans le quotidien. Très rapidement, notre présence s'est fait sentir comme une violence supplémentaire à leur quotidien professionnel. Le gynécologue était jeune,



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

il venait de terminer sa spécialisation en Europe et affichait une volonté de rompre avec les pratiques en cours. Il avait instauré les « staff » quotidiens et autorisé notre présence à ces séances que les sages-femmes redoutaient. Celles qui avaient mal fait leur travail étaient critiquées. Notre présence n'était pas vue d'un bon œil par les soignantes. Nous avons d'ailleurs très vite arrêté d'y participer.

### 5.3. Comment dire sans dénoncer ? Qui doit le dire ?

Il y a de façon indubitable des questions qui restent en suspens. L'anthropologue peut-il « tout » dire ? De même, il nous semble qu'une des questions qui demeure reste celle de savoir si l'anthropologie est compétente pour toutes les questions qualitatives pour lesquelles elle est interpellée par la santé publique, surtout dès lors qu'il s'agit d'un contexte d'intervention. On peut s'interroger sur la façon de dire les choses, la façon d'organiser et d'animer les séances (Gruénais *et al.*, 2012 ; Vidal 2011). En outre, il reste la question de la légitimité de la personne qui énonce publiquement le discours de restitution. Cet aspect nous semble crucial pour des séances de restitution dès lors que la socio-anthropologie élabore une recherche à des fins d'application.

### 5.4. L'implication et ses aléas dans une anthropologie chez soi

S'agissant du rapport entre connaissance et action, il y a moins un « chaînon manquant » (Olivier de Sardan, 2004) qu'une pluralité de « chaînons manquants » (Lavigne Delville, 2007) : traduire les résultats de recherche en actions, voilà une tâche bien complexe que la seule tenue d'une restitution ne peut résoudre. La restitution devrait être plutôt un cadre d'échanges entre le chercheur et les acteurs de terrain permettant non seulement d'élucider les résultats d'une recherche, mais aussi d'identifier les actions à mener. Au-delà des pistes d'actions, la collaboration avec les professionnels de santé requiert un principe de modestie, la nécessité d'un dialogue permanent et réflexif qui se traduit par « une attitude de prudence à l'égard de toute entreprise démiurgique de transformer la société. […] [Le chercheur] conçoit dès lors le rôle du développeur comme un accompagnement de ce mouvement. » (Fassin, 1994, p. 9).



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

Finalement, notre participation à cette action de développement a réduit la distance habituelle qui sépare développeurs et chercheurs. Mais l'anthropologue a dû construire sa position singulière dans cette intervention de développement qui se déroule, serait-on tenté de dire, « chez soi ». Pour ce faire, on peut s'interroger sur la question de son implication et sur les conditions d'applicabilité de l'anthropologie (Le Meur, 2007; Bouju, 2011) dans un terrain où le genre, le statut, l'institution du chercheur ont des incidences sur la nature des relations aux acteurs et, de fait, sur l'implication que sous-tend toute recherche de terrain et *a fortiori* toute intervention.

Si l'implication suppose un acte de réduction de la distance sociale dans le rapport à l'autre, cette démarche pose aussi de prendre le risque d'« être affecté » pour que soit possible cette « communication involontaire, verbale ou non, dépourvue de toute intentionnalité, où les protagonistes paraissent mettre entre parenthèses le projet de connaissance et, dirait-on, semblent se laisser aller à un jeu de rapports qu'on pourrait qualifier de naturels. Même si, entre les deux parties, se déroule tout un processus d'identification et de discussion, où la transparence va le disputer à l'opacité » (Zonabend, 1994, p. 7).

L'illégitimité de l'anthropologue n'émerge pas seulement d'un rapport d'altérité totale à son terrain. Le chercheur, pris dans un rapport de proximité – nationale, sociale ou culturelle – avec son terrain, peut être confronté à la suspicion sur la portée de son discours. La confiance et la méfiance s'instaurent à l'aune des expériences quotidiennes qui façonnent les relations entre le chercheur et les acteurs de terrain. Finalement, c'est la question de l'altérité et, à travers elle, celle de la juste distance dont il est question ici. Récemment, Bastien Bosa (2013) a souligné cette problématique et la difficulté de trouver « une juste distance » avec son terrain, et ce, quel que soit le niveau d'altérité ou de proximité entre le chercheur et son terrain. Selon lui, si l'on considère que le travail de la recherche en sciences sociales réside en un travail de conceptualisation qui alimente la recherche[13], alors la proximité et la distanciation – si tant est qu'il s'agit là de questions épistémologiques – deviennent les jalons d'un jeu dialectique entre le chercheur et son objet : « Nous souhaitons souligner le fait que

13 À ce titre, Bastien Bosa (2013, p. 75) écrit : « La conceptualisation doit servir de moteur ou d'incitation à la recherche : en aucun cas elle ne peut être un point d'arrivée. »



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

les chercheurs, quels que soient leurs objets d'étude, sont condamnés à pratiquer le va-et-vient entre l'expérience proche et l'expérience lointaine et que c'est toujours dans la tension entre *distance et proximité*[14] que se construit le découpage pertinent de l'objet. Il n'est jamais possible ni d'abolir totalement la différence dans l'opération interprétative de mondes éloignés, ni de mettre à distance totalement le monde familier que l'on se propose d'étudier. En ce sens, il n'y a pas de "juste distance" face aux objets » (Bosa, 2013, p. 81). Dans une telle perspective, l'implication dénote un rapport dynamique et incessant dans toute épreuve anthropologique.

### 5.5. La question de l'empathie et du niveau de lecture des données

On peut considérer qu'au cours de l'intervention des anthropologues dans le projet, dont quelques expériences de restitution ont été rendues ici, la mise en pratique de leur savoir-faire a, pour ainsi dire, suscité alternativement des points d'accord sur des constats et des questionnements sur la démarche. Au-delà, c'est l'empathie (Fassin, 1999 ; Vidal, 1995) qui a été interrogée. Pour qui l'anthropologue travaille-t-il ? Qui défend-il ? À quoi servent ces résultats empreints de subjectivité ? Quelles sont les modalités de son implication ? Il est vrai que notre lecture des données en termes d'inégalités sociales se trouve à l'opposé de celle que font la majorité des soignants à l'égard des usagers considérés comme ignorants et devant, par conséquent, être sensibilisés. En somme, l'implication de l'anthropologue dans cette intervention pose la question de l'engagement et celle de l'objectivité du praticien (Bouju, 2011).

On conviendra volontiers que, au-delà d'une complexité de la traduction des résultats de recherche en action, les cadres de diffusion auxquels peut prendre part l'anthropologue dans la cité sont moins des lieux de diffusion du savoir anthropologique que des espaces sociaux (de lecture de la légitimité de l'anthropologue) d'évaluation de l'utilité de l'anthropologie pour accompagner l'action. L'application de l'anthropologie ne peut définitivement être mesurée à l'aune de la recherche anthropologique, car, ainsi que l'écrivait Didier Fassin il y a vingt ans : « La connaissance sociologique et l'action sociale appartiennent à des domaines radicalement distincts, ou pour l'exprimer autrement : le savoir des anthropologues ne fait pas un meilleur médecin, développeur ou décideur » (Fassin, 1994, p. 11).

14 C'est l'auteur qui souligne.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

En ce qui nous concerne ici, la question reste de savoir comment considérer la restitution dès lors qu'elle se trouve au carrefour (ou de façon transversale) de la recherche et de l'action ? Il semble que, finalement, nous avons affaire à l'incontournable problématique de l'engagement et de la distanciation du chercheur par rapport à son objet. Engagement et distanciation sont deux exercices liés : l'un appelle l'autre et vice versa. Le rapport entre engagement et distanciation est plus régi par « une tension », « un gradient » et moins par une opposition (Fassin, 1999). Sur les risques de la distanciation, on sait combien les premières contributions des anthropologues sur l'infection à VIH/sida ont été nombreuses à avoir largement abusé de catégories chargées de présupposés induits en raison d'un manque de distanciation. Cette « décivilisation de la recherche », comme le souligne Fassin a été favorisée par l'abolition de toute distance épistémologique et politique. Des trois postures idéal-typiques présentées par Fassin à propos de la relation de la distance – et l'engagement – à l'action et à l'analyse, nous nous situons plutôt dans la troisième position, c'est-à-dire celle qui « se présente comme l'association d'une proximité de l'action et d'une distance dans l'analyse : on la désignera comme impliquée. Elle s'efforce d'intervenir directement dans la prise en charge des problèmes liés à la maladie, tant au niveau des soins que de la prévention, sans pour autant adhérer aux présupposés des professionnels et des responsables vis-à-vis desquels sont adoptées des attitudes plus ou moins distanciées » (Fassin, 1999, p. 54). Dans la mesure où l'implication sous-tend une lecture critique d'un univers de soins marqué par l'iniquité (économique, sociale), l'empathie se profile pour le socio-anthropologue vis-à-vis des usagers anonymes des services de santé. Or l'empathie ne va pas de soi, elle est suspendue à des valeurs (Fassin, 1999).

Chaque contexte de diffusion du discours anthropologique suscite un enjeu singulier. Dans les échanges avec des collègues d'autres disciplines engagées dans le même programme de recherche, il ressort que l'anthropologue a pour obligation de partager son savoir-faire. Mais il est alors confronté à l'évaluation par ses collègues de sa manière de communiquer son savoir. Sur ce dernier aspect, il oscille entre rester au même niveau de langage que celui de ses interlocuteurs ou être incompris en abusant de mots savants ou de propos trop théoriques… Savoir se mettre au niveau des acteurs participants à une séance de vulgarisation est un objectif difficile à atteindre. Adapter l'énoncé au niveau cognitif d'interlocuteurs non spécialistes est un exercice



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

complexe pour l'anthropologue. Car la question du niveau de langage ne renvoie pas uniquement à la connaissance (Darré, 1999, p. 44). Le ressenti concernant l'inaccessibilité au savoir est difficile à maîtriser en situation de communication discursive. « Le moment de la restitution n'est pas neutre […] dès lors qu'il oblige à tenir compte des statuts et positions de ses interlocuteurs, tant dans le champ de la santé publique (les responsables de programmes, les représentants du ministère de la Santé) que dans l'espace du projet » (Vidal, 2010, p. 152).

### 5.6. L'espace de la diffusion : un « art du possible[15] » ?

Le temps de la restitution est un moment au cours duquel la démarche méthodologique du praticien en tant qu'observation participative et réflexive prend place dans l'arène dynamique du projet (Raveneau, 2005). Mais plutôt que d'accompagner une action transformatrice, l'anthropologue est pris dans un exercice où son intervention dans le projet passe avant tout par « *faire de l'anthropologie*[16] ».

## Conclusion

Dans le cadre d'un programme ayant pour objectif l'incitation d'actions transformatrices, la restitution place le socio-anthropologue dans une posture liminale (Olivier de Sardan, 2014, p. 49). À l'instar d'autres univers de soins ouest-africains, nous touchions avec Aquasou aux difficiles relations entre soignants et usagers (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Même en soulignant des problématiques internes à l'organisation du système de santé, le discours des socio-anthropologues était reçu avec méfiance par les soignants. Cette méfiance ne rend guère facile et possible une perspective d'autocritique pour les prestataires de soins. Tout se passe comme si la restitution clivait l'objectif réformateur fixé dans le programme. La restitution semble être un lieu où l'engagement du chercheur est questionné en contexte d'application. Et cette interpellation paraît plus accrue pour des socio-anthropologues qui partagent des liens de proximité avec les interlocuteurs grâce auxquels la recherche s'élabore dans une perspective transformatrice du réel.

15 Lavigne Delville, 2012.

16 Cette expression fait nécessairement penser au titre d'un ouvrage de Laurent Vidal (Vidal, 2010) justement consacré à la relation entre anthropologie et développement.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

## LES AUTEURES

### Fatoumata Ouattara

Fatoumata Ouattara, originaire du Burkina Faso, est docteure en anthropologie sociale de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) de Marseille. Elle est chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) en France. Ses travaux portent sur la santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso et Togo). Elle porte également un regard sur les aspects méthodologiques et épistémologiques lorsque les enquêtes de terrain sont conduites auprès de populations dont le chercheur est proche.

**A récemment publié**

Ouattara F., 2018, « L'économie morale de la honte chez les Sénoufo du Burkina Faso », dans Baroin C., Cooper B. (dir.), *La honte au Sahel. Pudeur, respect, morale quotidienne*, Paris, Éditions Sépia, p. 29-49.

Ouattara F., Gruénais M.-É., Richard F. *et al.*, 2016, *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso. Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux*, Paris, L'Harmattan.

Ridde V., Ouattara F. (dir.), 2015, *Des idées reçues en santé mondiale*, Montréal, PUM.

Ouattara F., Storeng T., Katerini T., 2015, « L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social », *Autrepart*, n° 70, p. 109-124. DOI : 10.3917/autr.070.0109

Ouattara F., 2014, « À l'épreuve d'une proximité. Anthropologie "chez soi" appliquée en contexte de partenariat », dans Vidal L. (dir.), *Expériences du partenariat au Sud. Le regard des sciences sociales*, Marseille, IRD Éditions, p. 183-200, http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010063080 (consulté en juillet 2018).

### Sylvie Zongo

Sylvie Zongo est anthropologue et chercheure à l'Institut des sciences des sociétés/Centre national de la recherche scientifique et technologique (INSS/CNRST), à Ouagadougou (Burkina Faso). Ses domaines d'intérêt concernent la maladie et les institutions de santé. Ses travaux portent sur les interactions entre les soignants et les usagers des services de santé autour des soins de santé sexuelle et reproductive, de l'utilisation des nouvelles technologies de diagnostic et de prise en charge du paludisme et de la dengue. Ses travaux actuels concernent la mise en œuvre des politiques publiques de santé, notamment les politiques de financement du secteur de la santé.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

**A récemment publié**

Ridde V., Yaogo M., Zongo S. *et al.*, 2018, "Twelve Months of Implementation of Health Care Performance-Based Financing in Burkina Faso: A Qualitative Multiple Case Study", *International Journal of Health Planning Management*, vol. 33, nº 1, p. 153-167. DOI : 10.1002/hpm.2439

Zongo S., 2016, "Les accouchements à domicile : un choix ou une contrainte ?", dans Ouattara F., Gruénais M.-É., Richard F., Ouédraogo Ch. (dir.), *Accompagner les femmes à la maternité. Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, p. 93-112.

Zongo S., Richard F., 2016, « Erreurs et responsabilités en santé : personnels soignants et usagers face aux mort-nés », dans Ouattara F., Gruénais M.-É., Richard F., Ouédraogo Ch. (dir.), *Accompagner les femmes à la maternité. Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, p. 149-170.

Agier I., Zongo S., Kadio K. *et al.*, 2016, « Apport potentiel de l'Assurance maladie universelle face à l'exposition aux risques de santé au Burkina Faso : une étude en méthode mixte », *Cahiers Réalisme*, nº 7, http://www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/num-2/ (consulté en juillet 2018).

Zongo S., Farquet V., Ridde V., 2016, « A Qualitative Study of Health Professionals' Uptake and Perceptions of Malaria Rapid Diagnostic Tests in Burkina Faso », *Malaria Journal*, nº 15, p. 190. DOI : 10.1186/s12936-016-1241-6

Zongo S., 2015, « C'est parce que les femmes sont ignorantes qu'elles accouchent encore à domicile », dans Ridde V., Ouattara F. (dir.), *Des idées reçues en santé mondiale*, Montréal, PUM, p. 99-102.

Druetz T., Zongo S., Ridde V., 2015, « Le retour de la conception biomédicale du paludisme dans les institutions internationales », *Mondes en développement*, vol. 2, nº 170, p. 41-58.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

## BIBLIOGRAPHIE


Andrien M., Monoyer M., Phillipet C. *et al.*, 1993, « Le groupe focalisé », *Éducation Santé*, n° 77, p. 3-9.

Balint M., 1975 [1957], *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.

Béliard A., Eideliman J.-S., 2008, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », *Les poliques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, p. 123-141, https://hal.univ-lille3.fr/hal-01241977/document (consulté en juillet 2018).

Blaise P., 2004, *Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique*, thèse en sciences de la santé publique, Bruxelles, ESP/université libre de Bruxelles, https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/211123/16/ecb7ceeb-9dcd-4232-8030-87dd3c9f3632.txt (consulté en juillet 2018).

Bosa B., 2013, « La juste distance ? Comment les sciences sociales pensent la différence », *Social Science Information*, n° 52, p. 62-90.

Bouju J., 2011, « Une application de l'anthropologie au développement : le métier de praticien », *Cahiers d'études africaines*, n° 202-203, p. 563-589. DOI :10.4000/etudesafricaines.16788

Chauvier E., 2003, « Restitution et réception du texte anthropologique », *Éthnologie française*, vol. 33, n° 3, p. 503-512. DOI : 10.3917/ethn.033.0503

Cresson G., Schweyer F.-X., *Les usagers du système de soins*, 2000, Rennes, Éditions de l'ENSP.

Darré J.-P., 1999, *La production de connaissance pour l'action : arguments contre le racisme de l'intelligence*, Paris, Éditions de la MSH.

Fassin D., 2008, « Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses "autres" », dans Fassin D, Bensa A., *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, p. 300-320.

Fassin D., 1999, « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », *Vivre et penser le sida en Afrique*, p. 41-66, https://www.codesria.org/IMG/pdf/02LFASSIN_.pdf (consulté en juillet 2018).

Fassin D., 1994, « L'anthropologue et la santé publique. Extrait de *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas* », séminaire *Bilan d'une anthropologie de la santé. Autour d'études de cas*, Centre Thomas More, La Tourette, 21-22 novembre, https://f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/11/files/2008/09/fassin.pdf (consulté en juillet 2018).

Filippi V., 2004, « Obstetric Audit in Resource-Poor Settings: Lessons from a Multi-Country Project Auditing "Near Miss" Obstetrical Emergencies », *Health Policy and Planning*, vol. 19, n° 1, p. 57-66. DOI : 10.1093/heapol/czh007




© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

Flamant N., 2005, « Observer, analyser, restituer. Conditions et contradictions de l'enquête ethnologique en entreprise », *Terrain*, n° 44, p. 137-152. DOI : 10.4000/terrain.2505

Gruénais M.-É., 2015, « Restituer auprès des acteurs de santé. Pour qui ? Avec quels mots ? Pourquoi ? », *Les savoirs des sciences sociales. Débats, controverses, partages,* Marseille, IRD Éditions, p. 183-201, http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-02/010066384.pdf (consulté en juillet 2018).

Gruénais M.-É., De Brouwere V., 2016, « Les débuts du programme Aquasou au Burkina Faso : des réticences initiales à l'engagement des partenaires », dans Ouattara F. Gruénais M.-É., Richard F. *et al.*, *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso. Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux*, Paris, L'Harmattan, p. 17-30.

Gruénais M.-E., Ouattara F., Richard F. *et al.*, 2012, « Anthropological Insights about a Tool for Improving Quality of Obstetric Care: The Experience of Case Review Audits in Burkina Faso », *Anthropology in Action*, vol. 19, n° 2, p. 27-36. DOI : 10.3167/aia.2012.190204

Jaffré Y., 2003, « Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée », *Autrepart*, n° 28, p. 95-110, http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre_yannick/souci_de_l_autre/souci_de_l_autre.html (consulté en juillet 2018).

Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P., 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

Krueger R. A., Casey M. A., 1988, *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Lavigne Delville P., 2012, « Microfinance et mobilisation de l'anthropologie. Une expérience dans le Sud malgache », *Bulletin de l'Apad*, n° 34-36, p. 193-205.

Lavigne Delville P., 2011, « Pour une anthropologie symétrique entre "développeurs" et "développés" », *Cahiers d'études africaines*, n° 202-203, p. 491-509. DOI :10.4000/etudesafricaines.16752

Lavigne Delville P., 2007, « À la recherche du chaînon manquant. Construire des articulations entre recherche en sciences sociales et pratique du développement », dans Bierschenk T., Blundo G., Jaffré Y. *et al.* (dir.), *Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'œuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*, Paris, Apad/Karthala, p. 127-150.

Lefèvre P., De Suremain C.-E., 2002, « Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ? », *Cahiers Santé*, n° 12, p. 77-85.

Le Meur P.-Y., 2007, « Anthropologie et développement. Une relation à plaisanterie ? », dans Bierschenk T., Blundo G., Jaffré Y. *et al.* (dir.), *Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'œuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*, Paris, Apad/Karthala, p. 151-174.

Leservoisier O., Vidal L. (dir.), 2007, *L'anthropologie face à ses objets*, Paris, Éditions des archives contemporaines.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

Olivier de Sardan J.-P., 2014, « Des restitutions : pour quoi faire ? », dans Charmillot M.-Y., Dayer C., Schurmans C. (dir.), *La restitution des savoirs. Un impensé des sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, p. 37-57.

Olivier de Sardan J.-P., 2004, « Le chaînon manquant », *Le Courrier de la Planète*, n° 74, p. 36-40.

Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Apad/Karthala, http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010007659 (consulté en juillet 2018).

Ouattara F., Gruénais M.-É., Richard F. *et al.*, 2016, *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso. Anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux*, Paris, L'Harmattan.

Ouattara F., Zongo S., Gruénais M.-É., 2012, « Une anthropologie appliquée et impliquée dans un projet de développement en santé. Expérience d'une démarche qualitative avec des professionnels de santé au Burkina Faso », *Recherches qualitatives*, vol. 31, n° 1, p. 29-46, http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31(1)/fatoumata-ouattara-sylvie-zongo-marc-eric-gruenais.pdf (consulté en juillet 2018).

Ouédraogo R., 2006, *Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou (District sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso)*, mémoire de maîtrise en sociologie, université de Ouagadougou, http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-07/010039444.pdf (consulté en juillet 2018).

Raveneau G., 2005, « Produire un déplacement sur une mobilité. Eléments de réflexion pour une anthropologie d'intervention », dans Traimond B., *L'anthropologie appliquée aujourd'hui*, Pessac, PUB, p. 163-176.

Richard F., Ouédraogo C., Zongo V. *et al.*, 2008, « The Difficulty of Questioning Clinical Practice: Experience of Facility-Based Case Reviews in Ouagadougou, Burkina Faso », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, n° 116, p. 38-44. DOI : 10.1111/j.1471-0528.2008.01741.x

Tiendrebeogo H., 2003, *Étude des opinions des représentations et des perceptions des populations et des professionnels sur la prise en charge de la grossesse et des risques dans le district sanitaire du secteur 30*, mémoire de santé publique, Louvain-la-Neuve, université catholique de Louvain.

Vidal L., 2011, « Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement », *Cahiers d'études africaines*, n° 202-203, p. 591-607. DOI : 10.4000/etudesafricaines.16802



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)

Vidal L., 2010, *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*, Paris, La Découverte.

Zonabend F., 1994, « De l'objet et de sa restitution en anthropologie », *Gradhiva*, n° 16, p. 3-14.

Zongo S., 2006, *Faute et responsabilité en santé : personnels de santé et usagers face aux mort-nés à Ouagadougou (Burkina Faso)*, mémoire de master 2, option recherche, département d'anthropologie, Marseille, université de Provence Aix-Marseille 1.

Zongo S., 2005, *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri*, mémoire de maîtrise en sociologie, Ouagadougou, université de Ouagadougou.



© Éditions de la Sorbonne | Téléchargé le 03/02/2021 sur www.cairn.info (IP: 156.38.94.172)