

Claudie HAXAIRE, Baptiste MOUTAUD et Cyril FARNARIER

INTRODUCTION

INNOVER, TOUJOURS

Dans nos sociétés contemporaines, progrès social et économique ne s'entendent plus sans innovation. Moderne cœur de la rhétorique de l'amélioration de nos conditions de vie, l'innovation fascine tout autant qu'elle inquiète. Elle renvoie au triomphe de la science et de ses imaginaires autant qu'à celui de ses excès et de ses risques. Nombreuses en sciences sociales sont les approches visant à en délimiter les contours ou en clarifier la dynamique, cependant un consensus semble avoir été trouvé pour dire ce à quoi l'innovation ne peut plus se réduire. L'innovation n'est pas uniquement la découverte ou l'invention – qui n'est par ailleurs plus exclusivement technique –, mais le processus social qui mène à son usage (ou son rejet) (Alter, 2002; Olivier de Sardan, 1995; Pickstone, 1992)¹. Ainsi, les innovations ne seraient pas nécessairement adoptées du fait d'une supériorité intrinsèque qui soutiendrait leur diffusion dans les environnements et les espaces économiques. Leur acceptation et leur diffusion nécessitent souvent d'autres contingences. De fait, les trajectoires des innovations ne sont pas linéaires, portées par la figure héroïque d'un entrepreneur, d'un agent rationnel force du changement, figure de l'irréversibilité, qui amènerait la rupture en négociant à la fois le marché et la société. Elles sont infléchies par une multiplicité d'acteurs humains ou non humains, individuels ou collectifs, qui composent le monde et sont porteurs d'intérêts ou de valeurs divergentes (pour une discussion : Akrich, Callon et Latour, 1988a; 1988b; Deblock, 2012).

Dénouer les fils qui conduisent à la naissance ou au succès des innovations a motivé de nombreuses recherches qui s'attachaient à comprendre comment, selon les sociétés, ces innovations peuvent être appropriées ou mises de côté, comment elles peuvent se diffuser, être transformées ou oubliées. Parce qu'elle implique de transformer ou de reconfigurer ce qui lui préexiste, l'innovation

1. Pour N. Alter, « l'innovation représente l'ensemble du processus social et économique amenant l'invention à être finalement utilisée, ou pas » (ALTER, 2002, p. 16).

en tant que « “forme élémentaire” du changement » (Olivier de Sardan, 1995, p. 103) est bonne à penser pour les sciences humaines et sociales. Pour les historiens de la médecine, l'entrée par l'innovation a permis d'intégrer la question du changement et d'interroger son lien au contexte économique et social en se détachant de la question trop orientée du progrès ou de la découverte (pour une discussion, voir Schlich et Crenner, 2017, p. 1-7). De son côté, la sociologie des sciences et des techniques a fait de l'innovation un objet d'étude privilégié afin d'éclairer les processus par lesquels sciences (ou innovation) et sociétés se co-produisent, « se déforment ensemble » (Callon et Latour, 1986, p. 13), nous invitant à repenser leurs relations. L'innovation réside dans ces jeux parfois subtils d'adaptations ou réadaptations, d'associations et de combinaisons de savoirs, pratiques, techniques, individus, organisations, professions, politiques, ressources, droits, etc., qui mènent de la découverte à l'adoption par les populations de ces inventions dans la vie quotidienne. La puissance heuristique de l'innovation se donne à lire à travers ces interactions et transformations mutuelles tout au long de ce processus. Son caractère hybride nous permet de penser la façon dont nous envisageons d'agir sur le monde et les représentations que nous nous faisons de celui-ci. C'est ce qu'explore cet ouvrage collectif.

LES « ANGLÉS MORTS » DE L'INNOVATION EN SANTÉ

Il est plus spécifiquement question dans cet ouvrage de l'innovation dans le domaine de la santé. Les articles qui le composent ont été sélectionnés après un appel à contributions parmi les participants du colloque « Anthropologie, innovations techniques et dynamiques sociales dans le domaine de la santé » organisé par l'association Amades (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé) à la faculté de médecine de Brest en mai 2012.

Au fil de ce colloque, la richesse et la variété des interventions comme celles des approches développées sont revenues poser, dans le champ de la santé, l'ensemble des questions qui animent la réflexion autour de l'innovation : Doit-on considérer l'innovation comme un moment de rupture ou au contraire l'appréhender à la manière d'un long processus de transformations ? Doit-on la penser par sa nature, son pouvoir de transformation, ou par ses effets et l'expérimentation sociale qu'elle met au jour ? Vaut-il mieux s'intéresser à la trajectoire des techniques, savoirs ou pratiques innovantes, aux réseaux sociotechniques qui les portent, ou bien aux aménagements des territoires ou aux espaces au cœur desquels ils se diffusent ?

Bien que la thématique de l'innovation en santé soit relativement récente², elle a déjà fait l'objet de plusieurs ouvrages collectifs de sciences sociales ou

2. Pour AKRICH et DODIER (1995), cette thématique aurait émergé sous l'influence des travaux en sociologie des sciences et des techniques.

d'histoire³. Ils appréhendent pour la plupart cette question à partir des disciplines biologiques, des laboratoires, de la technologie mais aussi des hôpitaux ou cabinets médicaux. Notre conception de l'innovation en santé s'étend ici bien au-delà. Sans délaisser ces espaces intellectuels et professionnels ou leurs mécanismes de régulation (qui seront en toile de fond de certaines des contributions), il s'agit avant tout de rompre avec un modèle de l'innovation en santé exclusivement résumé par la volonté programmatique de la recherche biomédicale : c'est-à-dire une innovation pensée sur un modèle linéaire et qui serait le résultat du rapprochement de la médecine et de la science dans de nouveaux assemblages devant accélérer le transfert depuis la recherche fondamentale vers les pratiques de soin mais aussi le marché (Gaudillière, 2002). Ce régime d'innovation est marqué par de nouvelles modalités de recherche et de régulation, par des liens entre État, marchés et industrie, mais aussi par l'omniprésence de technologies et plateformes techniques (Cassier, 2002 ; Dalgalarondo *et al.*, 2004 ; Gaudillière et Joly, 2006 ; Joly et de Looze, 1996 ; Keating et Cambrosio, 2003).

Ce qui va intéresser les contributions réunies ici ce sont tous les déplacements plus ou moins visibles qui, dans ce schéma, participent activement au développement de l'innovation. Ce peuvent être par exemple le déplacement des frontières de juridictions professionnelles (comme lorsqu'émergent de nouvelles spécialités ou des pratiques hybrides ou syncrétiques, ce qu'analysent Béatrice Jacques *et al.* ; Lukinson Jean ; Cyril Farnarier et Aline Sarradon-Eck ou Anahita Grisoni par exemple), mais aussi les transformations de la définition des entités, de l'explication des maladies et de l'expérience des individus (voir Charlotte Pezeril ; Daleb Abdoulaye Alfa *et al.* ; Véronique Duchesne). Ces déplacements peuvent mettre à l'épreuve de nouveaux rapports au corps ou à la maladie, et plus généralement redéfinir le problème auquel l'innovation doit apporter une solution (mis en évidence par Marc Egrot *et al.* ; Doris Bonnet ; Carine Baxerres *et al.*). Il est, on le voit, question de penser d'une manière étendue comment les innovations en santé peuvent retravailler les liens sociaux ou devenir le lieu de production d'imaginaires et de logique d'action, tout comme de nouvelles identités ou formes de vie, aussi bien collectives qu'individuelles (Hacking, 2006 ; Moutaud, 2016 ; Rabinow, 1996). *In fine*, l'ambition est de contribuer à l'exploration de l'imbrication complexe entre technique, société, biologie et identité, relations au centre des interrogations de nombreux travaux de l'anthropologie de la santé et des *science studies* depuis une vingtaine d'années (par exemple : Landecker, 2007 ; Petryna, 2002 ; Rabinow, 1999 ; Rees, 2016 ; Strathern, 1992).

3. Voir par exemple : BOURDELAIS et FAURE, 2005 ; LOCK, YOUNG et CAMBROSIO, 2000 ; LOWY *et al.*, 1993 ; PICKSTONE, 1992 ; SCHLICH et TRÖHLER, 2006 ; STANTON, 2002 ; TOURNAY, 2007. La place de la thématique de l'innovation en santé dans ces ouvrages étant plus ou moins centrale et sa problématisation développée.

INNOVATIONS LOCALES

Dans les contributions qui suivent, l'innovation en santé s'entend au sens large de ses formes, de ses effets et de son processus. Il sera question aussi bien des nouvelles technologies ou techniques qui peuvent être médicales, mais pas toujours, que des savoirs, des molécules ou des pratiques. Il s'agira des dispositifs et structures de prise en charge et d'interventions médico-sociales, voire des innovations organisationnelles. Les innovations interviennent tant au niveau du soin et de son offre, du diagnostic, de la prévention, que dans la production et l'évaluation des connaissances. L'approche empirique partagée par la grande majorité des contributeurs permet de suivre la façon dont l'innovation en santé se retrouve dans de nouveaux espaces. Elle permet de retrouver ces innovations dans les lieux privés et au domicile bien entendu, mais aussi dans la rue, sur les marchés, dans les tribunaux ou les champs de culture.

Ces multiples terrains d'observation permettent de saisir comment les innovations sont opérationnalisées dans les pratiques et usages. Ils laissent percevoir comment elles sont débattues ou controversées à différents stades de leur développement – de la procédure expérimentale jusqu'à la routine et même son recyclage. Car l'innovation n'est pas seulement appréhendée depuis ses promoteurs ou concepteurs. Ces terrains donnent accès à la façon dont différents acteurs et publics vont mettre en discours ces innovations pour soutenir leur position ou les intégrer à leur expérience ; ils permettent de suivre dans quelles logiques culturelles, économiques, politiques ces innovations seront prises pour être portées, détournées ou parasitées.

S'intéressant enfin aux modalités de circulation ou d'hybridation des innovations entre différents contextes, espaces ou cadres épistémologiques distincts, ces contributions viennent plus particulièrement mettre en exergue la circulation des innovations entre l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Afrique mais aussi au sein même de ces espaces. Ainsi, l'approche anthropologique que développent la plupart des auteurs tend à saisir le contexte d'intensification de la mondialisation ou globalisation de la santé, autant marquée par l'action des organisations intergouvernementales et des politiques de développement que par la diffusion des pratiques et savoirs entre différents espaces transnationaux (cf. Ong et Collier, 2005 ; Petryna, Lakoff et Kleinman, 2006 ; Pordié et Simon, 2013). Ce ne sont pas seulement les normes, acteurs et pratiques d'une biomedecine occidentale qui circulent entre « les » Nord et « les » Sud, mais aussi des pratiques, techniques, savoirs ou produits qui font le chemin inverse. Ce peuvent être encore des échanges et transferts qui s'intensifient à l'intérieur de ces deux espaces hétérogènes : ce sont des hommes et des femmes qui voyagent pour aller se faire soigner ailleurs, des praticiens qui circulent pour importer de nouveaux savoirs ou pratiques dans leur pays, ou inversement pour les exporter dans d'autres pays. Des produits, des savoir-faire ou des technologies accom-

pagent ces acteurs dans leurs déplacements qui, une fois empruntés, mènent leur vie propre. D'autres acteurs les font simplement changer de pièces ou de bâtiment sur un même site, voire les emmènent hors des espaces médicaux où ils prennent une envergure nouvelle.

Finalement, et c'est son apport essentiel, cet ouvrage collectif contribue aux études sociales sur la biomédecine dont l'anthropologie s'est en particulier évertuée à relativiser les prétentions hégémoniques et universalisantes. Comme l'a souligné Kleinman (1995), la biomédecine (ici entendue *a minima* comme une médecine scientifique et technique, fondée sur des savoirs biologiques et liée au laboratoire et à la recherche fondamentale, hospitalo-centrée et fortement hiérarchisée) n'est plus uniquement occidentale. Elle connaît des adaptations et des productions locales, au même titre que les médecines désignées comme « alternatives » (du fait de la domination culturelle et institutionnelle de la biomédecine) connaissent une circulation mondiale (Zimmermann, 1995). De nombreux travaux ont par ailleurs démontré la non-unicité de la biomédecine : ses pratiques ou savoirs prendraient des formes plurielles (voir Berg et Mol, 1998). Le concept de « biologie locale » forgé par Margaret Lock (1993) a en particulier contribué à déconstruire la conception d'un organisme ou corps humain immuable à travers les espaces et le temps sur lequel les savoirs et pratiques de la biomédecine pourraient s'appliquer uniformément, en tant qu'objet de connaissance ou cible d'action. Ce concept de biologie locale place l'accent sur la dynamique de coproduction des faits biologiques et des faits de culture en partie travaillés, façonnés par des facteurs environnementaux ou sociaux, l'ensemble participant à la construction des expériences, des discours sur ces expériences et à leur enracinement ou manifestation dans les corps.

Dans la continuité de ces réflexions, quelles que soient les différentes perspectives adoptées au fil des contributions (qu'elles s'inspirent par exemple de la sociologie des sciences, des études féministes, des théories de l'acteur-réseau, ou de la vie sociale des objets), c'est une lecture de l'innovation « locale » qui émerge de ce collectif. Une innovation qui devient « locale » au sens où elle résulte – dans son efficacité, sa mise en pratique ou son épaisseur matérielle même – de l'intrication complexe tout au long de sa trajectoire du technique avec l'organisationnel, le culturel, l'économique, le politique, le juridique ou encore de l'expérience des individus et de leurs discours. Ce n'est alors plus exclusivement une innovation pensée et produite dans les laboratoires, les services hospitaliers ou les agences de régulation occidentales, mais une innovation constamment (re-)produite selon les contextes. L'accent est davantage placé sur ses mouvements qui lui donnent sa valeur heuristique, sa circulation entre ces différents contextes ou entre différentes mains, ses multiples usages ou effets, la plasticité de ses formes ; autorisant à poursuivre le dépassement de la question de l'universalité de la biomédecine.

Deux lignes de recherche interdépendantes se dessinent alors : il peut s'agir pour les chercheurs en sciences sociales de cerner les mécanismes de la

« réinvention » des innovations : *i. e.* comment une innovation se transforme ou est transformée pour être (ré)adaptée aux circonstances locales. Les importations et adaptations locales, emprunts ou détournements se caractérisant par l'émergence de formes syncrétiques, hybrides ou alternatives, des développements, appropriations et usages des innovations qu'il s'agit de décrire. Cette dynamique se rapproche en cela de la notion de « glocalisation » de Robertson (1995) qui recouvre l'adaptation locale de connaissances ou techniques à prétentions globales, à la nuance près qu'il n'est pas ici exclusivement question de normes ou de paradigmes globaux qui s'adaptent à des contextes locaux mais aussi, par exemple, de contextes locaux qui produisent ces savoirs et pratiques globales. Il devient par conséquent également question sur une deuxième ligne de comprendre comment l'analyse de la production ou de la circulation d'une innovation, comme celle des transformations et adaptations dont elle est l'objet, participe à révéler les structures sociales, pratiques institutionnelles, environnements économiques et équilibres des savoirs locaux dans lesquels elle s'inscrit ; ou encore les agencements singuliers et logiques d'action qui se tissent autour d'elle et qui deviennent objets de l'analyse. Nous allons illustrer ces points dans la présentation des contributions.

LES CONTRIBUTIONS

Si une partition des textes selon la nature de l'innovation – technologies (ou techniques), molécules, structures (ou dispositifs), voire paradigmes (ou discours) – eut été plus immédiatement lisible, elle n'aurait pas entièrement rendu justice à l'étroite imbrication de problématiques qui traversent les différentes contributions telle que nous venons de les résumer.

Techniques et technologies en santé : diffusion, appropriation, détournement

Dans un premier temps, les contributions reviennent ainsi sur les logiques sociales et culturelles qui soutiennent la diffusion, l'appropriation ou les détournements d'usage de technologies ou de techniques dans le champ de la santé : technologies de prévention, dispositifs d'imagerie et de chirurgie, techniques de dépistage, technologies de reproduction, nouvelles molécules, etc. Mais elles en analysent également les effets sur des domaines aussi vastes que les pratiques, les espaces, les identités, le droit, les représentations des corps, de la sexualité ou des relations de parenté par exemple.

Les deux premières contributions interrogent frontalement la distinction entre innovation médicale ou scientifique et innovation sociale en explorant les décalages qui peuvent naître entre la nature des questions ou problèmes que l'innovation doit résoudre et les attentes de la population, le contexte culturel

ou le milieu dans lequel l'innovation doit s'implanter (bien souvent distincts de leur espace de production).

Dans leur contribution, Marc Egrot, Carine Baxerres et Roch Hounghinih questionnent ainsi la notion d'innovation en santé à partir des usages privés d'une technologie de prévention du paludisme au Bénin : des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Ils répertorient les raisons d'utiliser ou de ne pas utiliser ces moustiquaires distribuées à grande échelle par les états sous l'impulsion de l'OMS, mais aussi les usages alternatifs qui en sont faits. Ils mettent à jour les logiques locales, individuelles ou collectives, de leur appropriation dans des espaces domestiques familiaux, voire intimes et comment ils s'articulent avec l'organisation du quotidien. Les logiques qui émergent sont souvent en décalage avec les recommandations du discours de prévention de santé publique. C'est ce décalage qui permet aux auteurs de discuter la notion d'« acceptabilité » d'une innovation. Portée par les politiques de santé, cette notion réduit l'efficacité des outils à une valeur intrinsèque acquise au laboratoire ou dans un régime de démonstration mais qui doit ensuite se confronter à des rationalités concurrentes et de nouveaux critères d'efficacité une fois transposée dans la vie réelle. Si dans ce discours, les facteurs sociaux sont autant de résistances à l'innovation qui doivent être surmontés ou a minima mis en lumière pour les contourner, cette contribution nous invite à les voir comme des lieux de création et de réinvention des usages.

Doris Bonnet poursuit cette interrogation de la distinction entre innovation médicale ou scientifique et innovation sociale à travers la description des modalités d'introduction de l'assistance médicale à la procréation en Afrique francophone subsaharienne (Cameroun). Elle interroge plus particulièrement les effets de l'accès à cette biotechnologie sur les structures sociales et la manière dont elle vient alors renouveler une série de questions complexes touchant aux représentations de la procréation, de la stérilité, de la famille ou des rapports de genre. Les évolutions sociales observées par l'auteure se révèlent alors être davantage les éléments structurels qui ont permis l'adoption de l'AMP au Cameroun que les conséquences sociales de l'introduction de ces technologies de la reproduction.

Les deux contributions suivantes portent sur des objets et problématiques plus « classiques » de la sociologie de la santé : une innovation technologique en milieu hospitalo-universitaire et ses effets de professionnalisation, ou bien une relecture historique des innovations biotechnologiques dans le champ du VIH/sida. Dans l'équilibre de cet ouvrage, ces contributions renforcent la perspective offerte par ces allers-retours entre « Nord » et « Sud » en pointant la continuité des questions que l'irruption des innovations en santé soulève sur les multiples terrains de leur mise en pratique.

À partir de la reconfiguration de la profession de radiologue, Béatrice Jacques, Léo Mignot et Pascal Ragouet soulèvent la problématique des enjeux de professionnalisation et de recomposition des juridictions de pratiques lorsqu'une

nouvelle technologie médicale surgit dans les pratiques de soins. Cette thématique qui trouve un écho dans plusieurs contributions de l'ouvrage, est ici traitée par les auteurs en retraçant le développement de la radiologie interventionnelle en oncologie et sa difficile diffusion dans le système de soin français. Située à l'interface de la radiologie et de la chirurgie, du palliatif et du curatif, du diagnostique et de l'interventionnel, la radiologie interventionnelle impose une redéfinition des frontières des pratiques, mais aussi de la nature des actes et des interventions. Ce que montrent les auteurs c'est que le processus d'innovation dans ce domaine se joue sur différents niveaux : sur un niveau technique, sur celui de la professionnalisation en santé et sur celui de la négociation des expertises entre spécialités médicales. Mais ces trois premiers niveaux s'imbriquent de manière complexe hors de l'espace de l'hôpital et loin des patients, autour d'une série d'adaptations et de négociations sur le plan administratif ou économique (formation, régulation administrative et médico-économique notamment). Ce sont ces derniers qui, *in fine* doivent permettre la reconnaissance d'un champ de pratique.

Charlotte Pezeril nous offre quant à elle une relecture de l'histoire du développement des innovations médicales dans le champ du VIH/sida depuis les années 1980. Son histoire à « quatre temps » inspirée des études féministes anglo-saxonnes s'articule autour du rapport intime entre innovations technologiques et thérapeutiques, construction des corps et production de nouvelles identités individuelles et collectives. C. Pezeril retrace la découverte des techniques de dépistage, des premiers anti-rétroviraux ou des mesures de charge virale en s'intéressant plus particulièrement à leurs effets matériels et discursifs sur les corps et les comportements et à leurs subtiles interactions avec des phénomènes multiples. Sont ainsi évoqués la matérialisation du virus, la mise en visibilité de « populations à risque », la transformation de la relation clinique ou l'irruption dans les débats du droit pénal ou des collectifs militants. Cette généalogie devient par conséquent un lieu pertinent pour explorer l'imbrication du biologique et du social et tenter de définir la nature même de ces relations.

Les deux contributions suivantes reprennent certaines de ces problématiques à partir cette fois des déplacements opérés par l'entrée de technologies à l'origine non médicales mais qui viennent s'insinuer dans le champ de la santé. L'un des intérêts de ces deux contributions va être de mettre en exergue les structures sociales mais aussi les disparités économiques ou géographiques que révèlent les innovations en s'y adossant ou bien en orientant les usages.

Véronique Duchesne questionne dans sa contribution les usages de la téléphonie mobile dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation en France pour des femmes migrantes nées en Afrique Subsaharienne. Par une approche à l'intersection d'une anthropologie des sciences et des techniques et des analyses foucaaldiennes en termes de biopouvoir, elle montre subtilement comment l'émergence de la téléphonie mobile, omniprésente dans notre quotidien, transforme non seulement nos liens avec nos proches mais également les

relations thérapeutiques et les pratiques médicales. En tant qu'acteur clé des pratiques de monitoring, le téléphone portable étend ainsi le regard médical sur le corps féminin qui devient un corps médicalement surveillé pour la production des ovocytes. Dans le même temps, il autorise les familles de ces femmes immigrées à continuer d'exercer une pression sociale et à produire des attentes normées sur les corps, les individus et les couples.

Daleb Abdoulaye Alfa *et al.* s'intéressent quant à eux au statut d'innovation en santé de filets imprégnés d'insecticide utilisés dans l'activité de maraîchage au Bénin. Ces filets sont distribués dans le cadre de programme de prévention sanitaire afin de limiter l'utilisation de pesticides et leurs effets nocifs sur l'environnement et la santé. Néanmoins, les auteurs observent à travers les usages de ces filets par les maraîchers que le discours sanitaire et écologique n'a que peu de prise, notamment parce que filets et pesticides sont souvent dissociés du fait d'une série de contraintes techniques ou économiques qui se révèlent rapidement déterminantes. Cette contribution peut alors être lue en regard de celui de Marc Egrot *et al.*, en particulier dans leurs descriptions respectives d'économies parallèles dans lesquelles ces objets innovants, filets ou moustiquaires imprégnés, trouvent plusieurs vies successives. Ces nouveaux usages ne doivent pas uniquement être lus en termes d'échecs. Ils viennent révéler d'autres enjeux entourant l'innovation et sont pour l'anthropologue un outil heuristique pour analyser les jeux de classes sociales et de disparités économiques ou symboliques, autant que les stratégies agraires ou les discours sur l'écologie.

Interstices, alternatives et discours de l'innovation

Les contributions de cette seconde partie ont en commun d'analyser des mouvements sociaux, des structures ou des dispositifs de prise en charge de personnes hors du monde hospitalier en France et au Bénin. Ce sont des espaces interstitiels (entre le public et le privé, au domicile, dans la rue) qui par leur existence soit viennent mettre en exergue certaines failles des systèmes de santé nationaux, soit deviennent des espaces de critiques pour les acteurs qui déploient alors un discours associant leurs pratiques et l'innovation comme synonyme de rupture engageant une remise en cause des dispositifs préexistants ou concurrents.

Lukinson Jean revient sur les enjeux médicaux, professionnels et organisationnels qui résident dans le déploiement d'une unité médicale mobile française en gérontologie. À travers l'analyse des pratiques et des discours des acteurs, il montre comment leur proposition d'une « protection médicale rapprochée » des personnes âgées au domicile est motivée par l'ambition de redéfinir le projet de la gériatrie et ses territoires d'action pour ne plus en faire une discipline de relégation mais d'orientation des trajectoires des personnes et lui donner une autonomie disciplinaire aux côtés de la psychiatrie et de la neurologie. Le dispo-

stif fonde alors sa légitimité sur les enjeux médico-économiques liés au maintien de l'autonomie des personnes âgées et propose pour cela de renégocier différentes frontières et espaces d'interventions pour façonner son identité face aux structures concurrentes : entre accompagnement, soin et recherche ; entre gestion médico-économique, traitement moral et social ; entre l'hôpital et le domicile.

De leur côté, Cyril Farnarier et Aline Sarradon-Eck reprennent certaines de ces questions en proposant une ethnographie du « travail de rue » d'une équipe de psychiatrie mobile française qui offre des soins à des personnes sans abris. Les auteurs interrogent la nature de ces pratiques et leurs fondements en les situant dans un cadre socio-politique plus large et en regard d'un discours de l'innovation mobilisé par les acteurs eux-mêmes. Ils montrent que ce dispositif puise ses inspirations dans une variété de concepts et pratiques que les acteurs s'approprient, mais que ce syncrétisme se fonde d'abord sur leur engagement et des motivations militantes et humanitaires, portées par une éthique de solidarité à lire aussi comme une critique d'une psychiatrie institutionnalisée. Il faut alors saisir le double sens du titre : « *Faire de la rue* une innovation » signifie à la fois que c'est le travail de maraude (l'« aller vers » les personnes qui en ont besoin) qui résume le cœur du dispositif, son éthique et les compétences à déployer ; mais c'est aussi *dans la rue*, en tant qu'espace de pratique (et donc hors de l'hôpital), que réside l'aboutissement de l'idéologie qui soutient le dispositif et son caractère innovant.

La contribution de Carine Baxerres et de ses collègues interroge les conditions dans lesquelles la « biomédicalisation » de la grossesse se produit au Bénin – au sens de l'extension locale des pratiques de la biomédecine⁴. Initiée à la fin de la Seconde Guerre mondiale, puis largement développée tout au long du xx^e siècle, la formation médicale des sages-femmes s'accompagne d'une diminution considérable des pratiques traditionnelles et de l'importance des matrones. Pour autant, au regard de la diffusion des préconisations médicales et du processus de biomédicalisation de la grossesse qui en découle, la baisse de la mortalité maternelle demeure faible. L'analyse montre que la multiplication des centres de santé privés et la marchandisation des examens qui l'accompagne, dans un système de santé précaire, s'ils ne sont pas les seuls éléments du problème, jouent ici un rôle considérable.

La lecture de la contribution de Carine Baxerres *et al.* peut se faire en regard de celui d'Anahita Grisoni qui le suit, toutes les deux offrant une perspective comparative concernant l'émergence ou implantation de ce qui s'apparente à de nouveaux paradigmes en santé dans des contextes différents : la biomédicalisation de la grossesse au Bénin et le développement de la « santé naturelle » en Occident. Est ainsi interrogée l'intention d'innovation au sens de

4. Chez BAXERRES *et al.*, il faut entendre « biomédicalisation » au sens du processus de technoscientification et de la domination des méthodes et savoirs des sciences biologiques qui marquent le développement de la biomédecine.

paradigmes localement alternatifs ou complémentaires pour comprendre par quels moyens et quels processus les pratiques, savoirs, produits, techniques, professions qui les soutiennent circulent et viennent s'intégrer dans le champ de la santé.

En s'intéressant à la « santé naturelle » Anahita Grisoni montre comment le syncrétisme de connaissances traditionnelles retravaillées et mises en formes pour être adaptées aux espaces commerciaux, médiatiques, pédagogiques et militants contemporains constitue une innovation dans un espace encore dominé en occident par le paradigme biomédical et les professions de santé déjà constituées. L'analyse de cette reformulation syncrétique montre qu'elle est rendue possible par le développement d'une éthique spécifique qui parvient à joindre la santéisation de la société et les référence à la nature sacrée. Ces principes éthiques, utilisés comme des normes, permettent de définir la « santé naturelle » comme étant simultanément ancestrale et moderne. Ici le processus d'innovation sur lequel s'appuie le mouvement de la santé naturelle n'est pas analysé au temps présent, celui où nous la recevons, mais en axant la réflexion sur l'origine de celle-ci et les acquis et mutations historiques, sociologiques et anthropologiques nécessaires à son avènement.

La postface écrite par Anne-Marie Moulin offre enfin à cet ouvrage collectif la hauteur de vue qu'autorise l'anthropohistoire. Elle relit la question de l'innovation en santé à la fois en synchronie et en diachronie, et donne sens aux travaux engagés et critiques du discours contemporain sur l'innovation produits par les sciences sociales et présentés dans les contributions précédentes.

BIBLIOGRAPHIE

- AKRICH M., CALLON M. et LATOUR B., 1988a, « À quoi tient le succès des innovations? 1 : L'art de l'intéressement », *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, n° 11, p. 4-17.
- AKRICH M., CALLON M. et LATOUR B., 1988b, « À quoi tient le succès des innovations? 2 : Le choix des porte-parole », *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, n° 12, p. 14-29.
- AKRICH M. et DODIER N., 1995, « Présentation », *Techniques & Culture*, « Les objets de la médecine », n° 25-26, p. 1-xi.
- ALTER N., 2002, « L'innovation : un processus collectif ambigu », in N. ALTER (dir.), *Les logiques de l'innovation : approche pluridisciplinaire*, Paris, La Découverte, p. 15-40.
- BERG M. et MOL A., 1998, *Differences in Medicine: Unravelling Practices, Techniques and Bodies*, Durham, Duke University Press.
- BOURDELAIS P. et FAURE O. (dir.), 2005, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales, XVIII^e-XX^e siècles*, Paris, Belin.
- CALLON M. et LATOUR B., 1986, « Les paradoxes de la modernité : Comment concevoir les innovations? », *Prospective et Santé*, n° 36, p. 13-25.
- CASSIER M., 2002, « L'engagement des chercheurs vis-à-vis de l'industrie et du marché : normes et pratiques de recherche dans les biotechnologies », in N. ALTER (dir.), *Les logiques de l'innovation : approche pluridisciplinaire*, Paris, La Découverte, p. 155-182.
- DALGALARRONDO S. et al., 2004 « Problèmes et enjeux contemporains de l'innovation thérapeutique », *Entreprises et histoire*, vol. 36, n° 2, p. 120-149.

- DEBLOCK C., 2012, « Présentation du dossier : Innovation et développement chez Schumpeter », *Revue Interventions économiques*, n° 46 [http://interventionseconomiques.revues.org/1852].
- GAUDILLIÈRE J.-P., 2002, *Inventer la biomédecine : la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte.
- GAUDILLIÈRE J.-P. et JOLY P.-B., 2006, « Appropriation et régulation des innovations biotechnologiques : pour une comparaison transatlantique », *Sociologie du travail*, n° 48, p. 330-349.
- HACKING I., 2006. « Genetics, biosocial groups and the future of identity », *Daedalus*, n° 135, p. 81-95.
- JOLY P.-B. et DE LOOZE M. A., 1996, « An analysis of innovation strategies and industrial differentiation through patent applications: the case of plant biotechnology », *Research Policy*, n° 25, p. 1027-1046.
- KEATING P. et CAMBROSIO A., 2003, *Biomedical Platforms. Realigning the Normal and the Pathological in Late 20th Century Biomedicine*, Cambridge, MIT Press.
- KLEINMAN A., 1995, « What is Specific to Biomedicine? », in *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley, University of California Press, p. 21-40.
- LANDECKER H., 2007, *Culturing Life: How Cells Became Technologies*, Cambridge, Harvard University Press.
- LOCK M., 1993, *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press.
- LOCK M., YOUNG A. et CAMBROSIO A. (éd.), 2000, *Living and Working with the New Medical Technologies*, Cambridge, Cambridge University Press.
- LÖWY I. et al. (éd.), 1993, *Medicine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris/Londres, INSERM/John Libbey Eurotext.
- MOUTAUD B., 2016, « Neuromodulation Technologies and the Regulation of Forms of Life. Exploring, Treating, Enhancing », *Medical Anthropology*, vol. 35, n° 1, p. 90-103.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, « Une anthropologie de l'innovation est-elle possible? », in *Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Éditions Karthala, p. 77-96.
- ONG A. et COLLIER S. J. (éd.), 2005, *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford, Blackwell.
- PETRYNA A., 2002, *Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl*, Princeton/Oxford, Princeton University Press.
- PETRYNA A., LAKOFF A. et KLEINMAN A., 2006, *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Duke, Duke University Press.
- PICKSTONE J. (éd.), 1992, *Medical Innovations in Historical Perspective*, New York, St. Martin's Press.
- PORDIE L. et SIMON E., 2013, *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, EHESS.
- RABINOW P., 1996, « Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality », in *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton, Princeton University Press, p. 91-111.
- RABINOW P., 1999, *French DNA: Trouble in Purgatory*, Chicago, University of Chicago Press.
- REES T., 2016, *Plastic Reason: An Anthropology of Brain Science in Embryogenetic Terms*, Berkeley, University of California Press.
- ROBERTSON R., 1995, « Glocalization: Time-space and homogeneity-heterogeneity », in M. FEATHERSTONE, S. LASH et R. ROBERTSON (éd.), *Global Modernities*, Londres, Sage, p. 25-44.
- SCHLICH T. et CRENNER C. (éd.), 2017, *Technological Change in Modern Surgery: Historical Perspectives on Innovation*, Rochester, University of Rochester Press.

- SCHLICH T. et TRÖHLER U. (éd.), 2006, *The Risks of Medical Innovation: Risk Perception and Assessment in Historical Context*, Londres/New York, Routledge.
- STANTON J. (éd.), 2002, *Innovations in Health and Medicine*, Londres, Routledge
- STRATHERN M., 1992, *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Manchester, Manchester University Press.
- TOURNAY V. (éd.), 2007, *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, PUF.
- ZIMMERMANN F., 1995, *Généalogie des médecines douces*, Paris, PUF.