



**HAL**  
open science

## Anthropologie & médecine. Réflexions épistémologiques sur la co-disciplinarité

Sylvie Fainzang

► **To cite this version:**

Sylvie Fainzang. Anthropologie & médecine. Réflexions épistémologiques sur la co-disciplinarité. Rivista della Società italiana di antropologia medica, 2005, 19-20. halshs-00105286

**HAL Id: halshs-00105286**

**<https://shs.hal.science/halshs-00105286>**

Submitted on 10 Oct 2006

**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.

## Anthropologie et médecine : réflexions épistémologiques sur la co-disciplinarité dans la recherche

Sylvie Fainzang

Conférence invitée au Colloque sur la co-disciplinarité, Lausanne,  
Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé/ Institut d'anthropologie  
(Faculté des sciences sociales/Hautes Ecoles sociales), novembre 2003  
à paraître dans *Antropologia Medica (Rivista della Società italiana di antropologia medica)*, n°19-20, 2005.

S'interroger sur les liens entre médecine et anthropologie dans le domaine de la recherche, ou, pour reprendre un mot clé de ce colloque, sur la *co-disciplinarité*, c'est s'interroger sur ce que ces disciplines peuvent faire *ensemble* et à quelles conditions elles peuvent le faire. A cet égard, j'ai été tout à fait séduite par l'usage du terme « co-disciplinarité » auquel je n'étais pas habituée. Est-ce que c'est un effet des pratiques langagières différentes en Suisse et en France qui vaut à la Suisse de parler de co-disciplinarité alors que la France parle plus volontiers de pluri-disciplinarité ou d'interdisciplinarité ? Ou est-ce que c'est le résultat d'une approche résolument différente du problème ? Toujours est-il que la perspective d'une quelconque fusion d'approches disciplinaires plurielles que nous renvoient les notions de pluri- ou d'interdisciplinarité ne saurait me réjouir autant que celle d'une collaboration, dans laquelle chacune garderait son identité, qu'évoque davantage la notion de co-disciplinarité.

Pour plus séduisante que soit cette notion, elle ne doit pas nous faire oublier les difficultés qu'une telle collaboration peut impliquer, en contrepoint des réels bénéfices qu'elle apporte. Or, réfléchir aux liens entre ces deux disciplines ou plus exactement à leur possibilité de travailler ensemble, c'est en partie s'interroger sur ses risques, ses contraintes et sur les conditions de sa réalisation.

Certains problèmes ou certaines réalités ont été repérés dès l'origine de ce partenariat, qui lui sont pour ainsi dire intrinsèques. D'autres sont plus saillants aujourd'hui, dans un contexte de "mutations" pour reprendre un autre terme de l'argumentaire de ce colloque; les difficultés ou les contraintes de cette coopération présentent donc à la fois des aspects structurels et des aspects conjoncturels. Les aspects structurels sont ceux qui tournent autour des questions de la posture de recherche, de la conceptualisation, et de la définition des problématiques. Les aspects conjoncturels sont liés aux transformations de la société et à la nouvelle donne que représentent notamment les nouveaux rôles endossés par les acteurs, voire l'apparition de nouveaux acteurs, partie prenante dans la recherche et la thérapeutique, et par conséquent les nouveaux processus de production du savoir dans le champ sanitaire. Dans les deux cas, la question est ici de savoir à quelles conditions l'anthropologie peut servir, en tant que discipline de recherche, et conjointement avec la médecine, des fins communes, comme celles de comprendre et de favoriser les conditions sociales d'amélioration de la santé des individus.

### *Aspects structurels*

La réflexion sur les bénéfices, les risques et les conditions de la co-disciplinarité, passe par une interrogation sur la *spécificité disciplinaire* des parties en présence. Or l'anthropologie ne peut valablement apporter sa contribution à cette co-disciplinarité que si elle tient à sa spécificité disciplinaire, en tant que discipline de sciences sociales, et qui la distingue des disciplines médicales. Les anthropologues médicaux doivent donc se construire *par différence* avec les médecins. Ce qui signifie qu'ils doivent construire, utiliser et affûter leurs instruments d'analyse d'une manière qui leur est propre, en vue de leur permettre d'apporter toute leur richesse, tant sur le plan méthodologique, que problématique.

Sur le plan méthodologique, la tradition de recherche en anthropologie nous a appris à nous livrer à une observation des pratiques des individus et des groupes, et à rattacher les faits relevant du domaine étudié aux autres domaines ou aux autres niveaux de la vie sociale. C'est dire que la pratique de l'anthropologie médicale ne doit pas se séparer des autres champs de l'anthropologie. Si la focalisation de l'anthropologie médicale sur le champ de la santé et de la maladie ne la dispense pas d'étudier les

liens que son objet entretient avec les autres champs, c'est non pas seulement pour améliorer la connaissance des sociétés qui est bien sûr son objectif en tant que discipline anthropologique, mais aussi pour améliorer les connaissances qu'elle peut produire dans le domaine médical ou sanitaire précisément. Non seulement l'étude du contexte global dans lequel s'insère l'objet étudié est susceptible d'apporter des éléments d'information tout à fait essentiels à la compréhension de cet objet, mais les voies détournées peuvent être celles qui nous apprennent le plus de choses sur cet objet. Je citerai pour exemple une recherche que j'ai menée sur la gestion de l'ordonnance médicale et du médicament par les individus de diverses origines culturelles et religieuses en France. Cette recherche m'a été inspirée par une réflexion sur le rapport à l'écriture et à la valeur d'objet thérapeutique que recèle la chose écrite pour les sociétés africaines islamisées. Elle m'a conduite à étudier les différentes attitudes face à l'ordonnance que j'ai croisées avec un questionnement sur le rapport que les individus entretiennent avec l'autorité médicale. Il s'agit donc d'éclairer l'objet par réflexion, voire par réfraction, en braquant l'attention et la lumière sur d'autres aspects qui lui sont liés, bien qu'ils puissent lui être, en apparence, étrangers.

La posture épistémologique est inextricablement liée à la portée heuristique des recherches réalisées. Or, relève de cette posture la manière d'envisager les concepts utilisés. Un des apports de l'anthropologie réside dans la possibilité qu'elle a de repenser et de redéfinir les catégories utilisées par la médecine, et d'affranchir ces catégories du contenu que leur assigne la médecine, pour en interroger la portée sociale.

Il en va ainsi d'un certain nombre de notions comme la "prévention" ou la "contagion", dont le contenu, tel qu'il est construit par les sujets étudiés, s'avère parfois très différent de celui que leur donnent les professionnels de la santé. Par conséquent, les notions de "prévention", ou de "contagion", ne doivent, pas plus que celle d'"efficacité", être envisagées à l'aune de la perspective médicale. La mise à l'épreuve du terrain permet de mesurer combien il est nécessaire que l'anthropologie renouvelle le contenu de ces notions, qu'elle en relativise la portée et le sens. Ce travail de redéfinition des catégories utilisées par le milieu médical est d'ailleurs ce qui permet, par la mise à distance de nos objets, un affinement de nos outils conceptuels. C'est pourquoi une recherche impliquant conjointement anthropologie et médecine doit mettre au jour la manière dont les concepts sont utilisés et la définition que chaque discipline en donne.

L'usage des notions est indissociable de la définition des problématiques. Aussi, de la même façon, l'anthropologie et la médecine ne peuvent travailler de concert de façon féconde que si chacune admet que l'autre a sa propre façon de construire ses problématiques de recherche, quand bien même la médecine se fait représenter par la Santé publique, plus à même de questionner les aspects sociaux de son domaine. A ce propos, la jolie formule de Jean Benoist, en conclusion à l'ouvrage : *Systèmes et politiques de santé*, selon laquelle « l'anthropologie, véritable science clinique du social voit dans la santé publique une science sociale du médical » témoigne bien de ce que leurs objets ne sont pas les mêmes. La co-disciplinarité doit savoir non seulement s'accommoder de cette pluralité dans la manière de problématiser les questions, mais mener une réflexion sur les lieux de recouvrement, de croisement ou au contraire de séparation de ces modes de problématisation. Un exemple parmi d'autres est celui à la fois de la notion et des problématiques articulées autour de l'observance (ou de la *compliance*, pour reprendre la notion anglo-saxonne qui lui correspond). En effet, les travaux sur l'observance ne sont pas sans poser de problèmes à l'anthropologue dans la mesure où ils impliquent d'étudier le phénomène en adoptant la vision du monde des professionnels de la santé. Certains auteurs ont récusé le terme "*compliance*" en ce qu'il réduit la problématique de l'usage des médicaments à celle de "la conformité de l'usage des médicaments à la prescription médicale" et sont allés jusqu'à s'interroger sur la pertinence anthropologique qu'il y a à étudier l'observance, dans la mesure où cette question porte sur l'anthropologue le soupçon de travailler *pour* le médecin.

C'est dire que pour l'anthropologie, il convient, pour ne pas céder à la tentation normalisante de la problématique de l'observance, et pour ne pas soumettre ce type d'étude à un quelconque réductionnisme bio-médical, non pas de chercher pourquoi les patients sont de bons ou de mauvais observants, mais de tenter de comprendre à quelles conditions sociales et culturelles se réalise le suivi ou non de l'ordonnance, sans préjuger du bien-fondé ou non de leur conduite.

(A ce propos - et ce n'est pas qu'une anecdote -, il est intéressant de noter la difficulté que j'ai eue, sur le terrain, de faire comprendre mon objet aux médecins auxquels je demandais leur collaboration, ne serait-ce que pour pouvoir conduire une observation dans leur service ou pour qu'ils m'introduisent

auprès de leurs malades. Etudier l'usage de l'ordonnance, c'était pour moi resituer cette question dans le droit fil des interrogations classiques en anthropologie, sur la perception de l'efficacité et sur sa construction. Je ne cherchais donc pas au départ à poser la question de l'observance, mais celle du statut de l'ordonnance et de l'efficacité de l'écriture, c'est-à-dire que je me posais la question du traitement réservé à cet objet qu'est un morceau de papier sur lequel était écrit quelque chose, et je me demandais s'il pouvait se trouver, dans les groupes culturels que je me proposais d'étudier, des comportements comparables à ceux que j'avais pu observer ailleurs. Mais j'ai été bien vite contrainte par les médecins à formuler ma question en termes d'observance, faute de quoi ils ne comprenaient pas. Or la formuler ainsi modifiait en partie mon dessein réel car la question de savoir ce que les malades font avec l'ordonnance n'est pas la même que celle de savoir s'ils font bien ce qu'elle prescrit de faire. Cette difficulté est liée à l'étrangeté des problématiques anthropologiques pour de nombreux médecins qui n'y voient d'intérêt que s'ils en mesurent l'applicabilité immédiate. C'est pourquoi ils transformaient ma problématique en celle de l'observance, celle-ci étant pour eux la seule compréhensible et légitime, même si je reste convaincue qu'il aurait été réducteur de n'envisager la question que dans ces termes<sup>1</sup>.

Il est incontestable que la posture dans la recherche, et face à l'objet de recherche, est indissociable de la posture dans le champ médical. A cet égard, le médecin est un acteur dans le champ de la santé. Si l'anthropologue est bien sûr en partie acteur, au sens où sa présence sur le terrain n'est pas sans laisser de traces sur la réalité qu'il étudie, ce rôle ne saurait se confondre avec celui des professionnels de la santé qui sont directement partie prenante dans la réalité sur laquelle ils se penchent, avec des objectifs immédiats et un rôle précis à y jouer, et dont l'attention ne sera pas portée sur des points qui ne leur paraissent pas directement ou immédiatement rentables en termes d'informations susceptibles de les aider dans leur pratique de soins.

Cette position ambivalente d'acteurs des soins et d'acteurs dans la recherche ou tout simplement dans l'interrogation qu'ils peuvent avoir sur leur domaine d'activité, les conduit à n'accepter que difficilement de pouvoir être à leur tour objet du regard de l'anthropologue. Un médecin est d'ailleurs généralement prompt à vouloir endosser le rôle d'expert face à la relation médecin/malade dont il est pourtant un des protagonistes. Dès lors, les positions respectives de l'anthropologue et du médecin (ou de l'anthropologie et de la médecine) ne peuvent pas être symétriques au regard de l'objet commun qu'ils se donnent : le champ de la santé et la maladie.

Par ailleurs, la co-disciplinarité doit s'assortir de l'affirmation d'une *position doublement critique* de la part de l'anthropologie. J'entends ici non pas seulement la position critique qu'ont développée l'anthropologie médicale anglo-saxonne et, à sa suite, divers anthropologues européens qui s'inscrivent dans une recherche dont les enjeux sont clairement politiques. J'entends ici également une position critique au sens épistémologique du terme, c'est-à-dire au regard de la recherche elle-même et de la façon de la construire. Autrement dit, la double position critique de l'anthropologie doit consister non pas seulement à dénoncer les conditions sociales et politiques qui valent aux patients d'être victimes d'inégalités de santé, mais c'est aussi adopter une position critique à l'égard des présupposés qui circulent dans la société globale et que les professionnels de la santé, voire même les acteurs en sciences sociales tendent parfois à reprendre à leur compte sans en vérifier la rigueur et le bien-fondé dans leurs propres recherches.

### *Aspects conjoncturels*

La position critique politique tend à s'affirmer davantage aujourd'hui, et par conséquent à prendre, sur le plan conjoncturel, une acuité toute particulière : en effet, si les anthropologues doivent être attentifs aux inégalités de santé dans les sociétés occidentales, ils doivent l'être plus que jamais face aux inégalités d'accès aux soins entre les pays du Nord et du Sud, tant il est vrai que, dans le contexte de la mondialisation, les déséquilibres nord/sud tendent à s'accroître sur les plans indissociablement économiques, politiques et sanitaires.

En revanche, la critique épistémologique tend à être négligée, et les postulats sur lesquels se fondent les recherches sont de moins en moins remis en question. Or la critique devrait s'exercer à

---

<sup>1</sup> Cela m'aurait interdit par exemple de repérer toutes les pratiques qui ne relèvent pas de l'observance au sens strict et qui relèvent pourtant de ce que les patients considèrent comme une pratique thérapeutique cohérente avec leurs objectifs, voire avec les recommandations médicales.

l'endroit de ce qui est généralement tenu pour des évidences, qui sont à ce point inscrites dans les esprits qu'elles conditionnent un grand nombre de recherches sans que soient remis en question leurs présupposés. Si la construction d'un objet de recherche doit prendre en compte cet impératif critique, cet impératif est encore plus grand dans le contexte pluridisciplinaire ou co-disciplinaire, où les objets de recherche prennent presque toujours appui sur des vérités pour le monde médical, qui ne sont guère questionnées. Par conséquent, l'anthropologie a le devoir d'exercer son regard critique face à toute recherche menée main dans la main avec la médecine (ou même seulement susceptible d'intéresser la médecine), dans la mesure où l'on peut prévoir que cette collaboration se fonde sur des présupposés dont la médecine ne peut pas s'affranchir, en raison précise de son engagement dans la pratique médicale. Je prendrai pour illustrer ce point, un exemple lié à l'image que les médecins ont des patients et à la question de l'information, qui nous amène au cœur des aspects conjoncturels de la question de la co-disciplinarité.

Les médecins tendent aujourd'hui à produire des discours stéréotypés sur les patients, parfois même contradictoires, volontiers relayés par la presse médicale, qui peuvent aller de la conviction que les patients ne veulent pas savoir la vérité sur leur mal par exemple, à l'affirmation selon laquelle ils sont aujourd'hui bien informés, vont tous sur Internet, et tendent à vouloir imposer leurs vues, produites par des sources d'information concurrentes, parfois erronées, à leur médecin. On peut certes considérer que ce phénomène est conjoncturel dans la mesure où jamais la question de l'information n'a été autant à l'ordre du jour qu'aujourd'hui et jamais on n'a parlé comme aujourd'hui de « démocratie sanitaire » comme d'une nouvelle donne des sociétés contemporaines.

De nombreux travaux (de sciences sociales et de médecine) se font en effet l'écho de l'avènement d'une ère de l'autonomie du malade, arguant de ce qu'il existe aujourd'hui un large éventail de textes promouvant le droit à l'information du malade et la notion de consentement éclairé. La référence à cette autonomie et à l'information du malade est d'ailleurs ce qui sous-tend la notion en vogue de « démocratie sanitaire ». Celle-ci implique la redistribution des pouvoirs dans le champ de la santé en direction de la société civile et en particulier des usagers. Les sciences sociales ont expliqué l'émergence et la promotion de la notion de démocratie sanitaire, d'une part par le désenchantement vis-à-vis de la médecine et la crise de la légitimité qu'elle a connue, d'autre part par l'événement qu'a représenté en France, la tenue des Etats Généraux de la Santé, en 1998, lors desquels les associations de malades ont réaffirmé leurs revendications, et notamment leur volonté d'accéder à une véritable information. A partir de là, les sciences sociales comme les médecins considèrent qu'il s'agit là d'une mutation importante dans la société, et un grand nombre d'observateurs dans le champ de la santé se flattent de la situation du patient contemporain, pour dire qu'il a désormais davantage de pouvoir et qu'il peut prendre en main sa santé, car il est éduqué et informé. Toutefois on peut se demander jusqu'où cette mutation s'observe. Peut-on considérer que le patient contemporain est véritablement doté du pouvoir de décision qu'on veut bien lui reconnaître, même si le principe de l'information est posé dans de nombreux textes législatifs et de nombreuses chartes, tels que le Code de la santé publique, le Code de déontologie médicale, les recommandations de l'ANAES, etc., et même si de nombreux patients recourent aujourd'hui à Internet (dont certains d'ailleurs, il faut le préciser, parce qu'ils n'osent pas demander à leur médecin les informations qu'ils souhaiteraient avoir) ? Il est généralement admis que l'information est un enjeu de pouvoir et que la question de l'information des malades est celle du partage du pouvoir. On s'aperçoit que la question reçoit néanmoins des modalités de réponses différentes selon qu'elle est abordée sous l'angle pragmatique et thérapeutique ou bien sans l'angle éthique et politique, ou même selon qu'elle est envisagée avec une perspective médicale ou une perspective de sciences sociales. Or, en dépit de la tendance actuelle à tenir pour acquise l'évolution du système de soins et de relations médecins/patients au point de considérer que dans notre société, l'information est largement dispensée et que le patient y est éclairé, l'observation sur le terrain montre que la réalité est tout autre et suggère combien il serait utile de réinterroger certaines de ces évidences, puisqu'on s'aperçoit que, dans une complicité entre personnel de santé et usagers d'ailleurs, l'information et la décision restent largement laissées aux uns et soustraites aux autres. Ceci conduit à mettre en cause les conclusions de certains travaux en sciences sociales dont on se demande parfois si elles ne renvoient pas davantage à des fantasmes qu'à des réalités. Les déclarations de certains auteurs sur l'information, la négociation et la décision ne nous mettent-elles pas face à la vision d'un âge d'or à venir du patient, un patient qui serait informé et réflexif. Le patient est-il véritablement cet individu actif que se plaisent à décrire les sciences sociales aujourd'hui, sachant choisir et négocier ? A cet

égard, si le rôle de l'anthropologie est, en partie, de mettre au jour les mythes et de réinterroger les évidences, il faudrait se demander si ces mutations ne sont pas en partie un mythe et, en tous cas, quelle est la nature réelle, et l'étendue, des mutations observées aujourd'hui.

Il existe, il est vrai, de nouveaux acteurs sous la forme des associations de malades dont le rôle s'exerce tant sur le plan de la prise en charge thérapeutique que sur celui de la recherche, et dont on peut interroger les effets sur la co-disciplinarité. C'est le cas des associations qui se sont constituées généralement autour d'une maladie particulière (par ex. le sida, la myopathie, etc.) dont le but est dicté par la volonté immédiate de répondre à leurs intérêts : soit d'améliorer la recherche médicale dans le domaine qui les concerne, soit d'améliorer les conditions de vie faites aux malades comme eux. Mais, non seulement les patients de ces associations ne résument pas à eux seuls la condition sociale des patients contemporains, mais les questions qu'ils se posent sont elles aussi déterminées par leur statut de malade et donc par leur implication directe -- bien que différemment des médecins -- dans les problèmes de santé. Dans tous les cas, les questions (celles des médecins comme celles des malades) sont formulées en fonction de la position qu'ils occupent dans le champ de la santé.

### *Les politiques publiques de la recherche*

Les politiques publiques en matière de recherche et de santé se superposent parfois avec les politiques de santé publique mais pas toujours. On ne saurait avoir la naïveté de croire que les politiques de la recherche, et notamment les incitations à la recherche ne sont effectués que dans un souci de santé publique. La mainmise de l'économie et notamment de l'industrie sur les recherches dans le domaine de la médecine et de la pharmacologie atteste l'existence d'enjeux autres que ceux de l'amélioration sanitaire des populations. Mais la volonté politique de l'Etat dans cette affaire ne peut pas être oblitérée non plus. Les travaux et appels d'offres stimulés par les pouvoirs publics inquiets de voir que les gens ont, à un moment donné, sensiblement diminué leur consommation de bœuf et les effets potentiels de cette diminution sur l'industrie agro-alimentaire, par exemple, sont éloquents. Par conséquent, la recherche doit rester lucide sur les enjeux qui sous-tendent ces politiques : avoir une bonne santé ne dépend pas seulement du choix d'adopter de bons comportements, puisque les individus sont soumis à un système économique et se voient offrir de la vache folle, de la dioxine, de l'amiante, du plomb, etc. Qu'est-ce que réfléchir aux conduites à risque dans un contexte social et économique où le sujet est contraint de vivre d'une manière risquée ? De ce point de vue, les nécessités économiques ne se limitent pas à la nécessité de réduire les frais de santé. L'intérêt que les pouvoirs publics peuvent tirer d'une recherche sur les représentations de l'impact sanitaire de l'incinération des déchets par exemple semble davantage être de contourner les obstacles à l'acceptation par les riverains des usines d'incinération que d'œuvrer pour l'élimination de la dioxine à proximité des zones habitées.

Parce que les enjeux de la recherche (tout comme les questions de santé) ne sont jamais exclusivement sanitaires mais également toujours en même temps, sociaux, politiques et économiques, il est logique que les politiques de la recherche visent à promouvoir des travaux mettant au jour les conditions auxquelles les individus sont les plus susceptibles d'adopter les comportements souhaités, et qui ne se superposent pas nécessairement avec les travaux mettant au jour les conditions sociales auxquelles la santé des individus se trouverait améliorée. Dans ce contexte, si la médecine (ou la Santé publique) s'intéresse au premier chef à ce qui concerne immédiatement la santé des individus, elle n'en est pas moins, souvent, instrument aux mains du politique, et cela, bien involontairement. Ainsi, la focalisation même sur les problèmes de santé en termes de phénomènes individuels ou collectifs par exemple produit déjà une toile de fond épistémologique particulière à la réflexion sur la santé. Ceci se retrouve de façon exemplaire dans le discours sur la prévention et les politiques de prévention, autour de la question cruciale de la responsabilité : en effet porter le regard sur les comportements individuels, c'est, dans le même mouvement, occulter les conditions collectives et sociales où s'enracinent ces comportements. Et lorsque la médecine œuvre, dans une perspective de santé publique, pour la « promotion de la santé », c'est généralement plus dans le souci de changer les comportements individuels que les conditions sociales dans lesquelles ceux-ci se développent (le cas du tabac ou de l'alcool étant assez exemplaire, puisque, plus que le système de santé, c'est le système social et économique tout entier qui est en cause). Ces considérations conduisent à s'interroger d'ailleurs sur le sens des politiques d'« éducation du patient », dans lesquels la co-disciplinarité joue un grand rôle, et sur les recherches qu'elles suscitent. Par conséquent, l'anthropologie devrait s'interroger sur le contexte

concret dans lequel sont utilisées des notions aussi en vogue que celle précisément d'« éducation du patient », sur son sens et ses implications sociales. On ne saurait lancer la pierre aux professionnels de la santé, ne serait-ce qu'en raison de la nécessité dans laquelle ils se trouvent de promouvoir ce type de recherches, par leur implication dans l'activité de santé. Mais on doit rester conscient du gouffre qui sépare les perspectives médicales et anthropologiques ; on ne prend la mesure de sa profondeur qu'en réinterrogeant précisément les fondements mêmes des questions que les médecins se posent et des recherches que la médecine promet.

### *Conclusion*

La co-disciplinarité pose bien évidemment des questions sur le type de recherche qu'elle accomplit. L'opposition recherche fondamentale / recherche appliquée en anthropologie a vécu. Pourtant force est de constater que c'est par la réalisation de travaux relevant de la recherche anthropologique fondamentale, non commandités par la médecine, que certaines avancées ont pu être réalisées, précisément dans le champ de la santé. Inversement les questions formulées par la médecine ont ouvert de nouveaux horizons aux questionnements des sciences sociales sur le monde dans lequel nous baignons. Dans la co-disciplinarité, chacun a besoin de l'autre à condition de laisser l'autre libre, sans bride. Autrement dit, non seulement, ce n'est pas en répondant exclusivement aux questions formulées par la médecine que les sciences sociales aideront nécessairement le plus la médecine, mais aussi, c'est en permettant à l'anthropologie de réinterroger les évidences de la santé publique que pourront être formulés de nouveaux questionnements, et apportés de nouveaux résultats.

Le but de cette intervention n'est pas de me livrer à un plaidoyer pour la co-disciplinarité entre anthropologie et médecine, mais d'examiner à quelles conditions elle peut se réaliser, à la fois pour le mieux de chacune d'elles et au bénéfice du domaine où elle s'exerce, celui de la santé des individus. Si la formulation des questions n'est pas la même, la co-disciplinarité peut être féconde à condition qu'elle permette à chacune de formuler les problèmes, mais cela doit se faire dans un incessant mouvement réflexif.

Face aux nouvelles politiques de la recherche, l'anthropologie doit, plus que jamais, affirmer la posture de recherche qui doit être la sienne : ne pas tenir pour acquis les prétendus acquis et réinterroger les évidences. Si cette nécessité peut valablement être affirmée au nombre des aspects structurels des contraintes de la co-disciplinarité, elle est peut-être encore plus impérieuse dans la conjoncture actuelle, caractérisée par ce qui a pu être appelé la surmédicalisation de la société, et qui me semble plus justement être la place centrale occupée aujourd'hui par les enjeux autour du corps, de la vie, de la santé et de la maladie.

Cette position relève de ce double devoir critique dont j'ai parlé tout à l'heure. Cela signifie que l'anthropologie ne doit pas imposer ses valeurs ou ses normes mais qu'il lui revient de mettre au jour les éventuelles contradictions entre les normes et les faits. Ainsi, pour reprendre l'exemple de l'information du patient, si on peut admettre que la médecine développe sur la question de l'information un point de vue lié à des objectifs pragmatiques explicitement déclarés, le rôle de l'anthropologue est, en contrepoint de l'approche médicale, de s'intéresser au décalage existant entre les discours de certains patients (du type « les médecins ne veulent pas m'informer »), et celui des médecins (du type « les patients ne veulent pas savoir »). La position de l'anthropologue est de prendre les deux discours pour valides et les deux parties pour justes, et de tenter de comprendre ce qui se joue dans ce décalage et comment se réalisent concrètement l'usage, la recherche, la divulgation ou la rétention de l'information.

Si la co-disciplinarité doit pouvoir exister sans que chaque discipline se dissolve dans cette collaboration, et surtout sans que l'anthropologie, sans doute la plus menacée à cet égard en raison de la prédominance des enjeux de santé dans la société contemporaine, y perde son âme, cela ne peut se faire que si cette double position critique (au plan politique mais aussi épistémologique) s'exerce pleinement.