



## L'anthropologie face aux demandes du terrain : deux exemples d'implication dans le milieu médical

---

Michela Canevascini  
Université de Lausanne  
et  
Rose-Anna Foley  
Université de Lausanne

*Il est ainsi difficile, lorsque la demande d'implication sociale est un paramètre essentiel de la relation ethnographique, d'en faire une simple option morale annexe à la pratique scientifique ou de prétendre que cette dernière a le choix de s'en dispenser. Albert 1995:113*

La problématique du sens, de l'apport et de l'utilité de sa propre recherche vis-à-vis de la société ne cesse d'interroger les chercheurs en anthropologie et, peut-être davantage, les jeunes anthropologues (Bensa 2008). La question n'est pas nouvelle et, bien au contraire, le problème de l'action de l'anthropologue sur la réalité qu'il étudie a accompagné la discipline depuis ses débuts. Les liens entre les anthropologues et l'entreprise coloniale, ainsi que les retournements réflexifs que cette connivence avec les structures de pouvoir a suscités, posent d'emblée la question problématique du lien entre savoir et action (Albert 1995). Au sein de l'anthropologie française, contrairement au monde anglo-saxon, cette interrogation a conduit à un désenchantement et à une certaine méfiance vis-à-vis de ses possibles apports pratiques (Lenclud 1995).

En anthropologie de la santé, cette question s'est posée de manière très prononcée en raison de la nature de son objet d'étude qui rend la distanciation ou la neutralité « académique » difficilement défendable (Fainzang 2005). En ce sens, l'épidémie du sida a constitué une étape fondamentale dans cette réflexion en provoquant un virage moral dans le rapport du chercheur aux malades, où l'implication s'est révélée pour le moins nécessaire (Benoist et Desclaux 1996). Toutefois, la question de l'implication du chercheur continue à se heurter au projet de construire un savoir critique et objectif, tout en se renouvelant autour de la posture ambivalente du

chercheur, entre engagement et distanciation (Elias 1983). La bonne distance face à l'objet s'articule ainsi autour de deux niveaux interdépendants, épistémologique et politique (Fassin 1998). D'une part, en ce qui concerne la production d'un savoir objectif sur une réalité à laquelle on appartient et de l'autre, vis-à-vis d'une posture axiologique influencée par les jugements implicites, voire les positionnements politiques (Armbruster, and Laerke 2008; Pirinoli 2004) que le chercheur a par rapport au milieu étudié.

Nos recherches portent respectivement sur la prévention du suicide et sur les soins palliatifs et la fin de vie. Au cours du travail de terrain, nous nous sommes heurtées à des demandes de la part de nos interlocuteurs qui nous ont obligées à questionner et à définir notre posture d'anthropologues par rapport au terrain. Interpellées par ces questions sur l'avis du chercheur et sur l'utilité de sa recherche à propos du sujet étudié, notre souci a été de nous positionner face à la dichotomie – que plusieurs considèrent comme dépassée (Albert 1995; Fainzang 2005) – entre une posture fondamentale visant un savoir objectif, ou du moins indépendant, et une posture appliquée soumettant le savoir au principe de l'action. D'un côté, la posture fondamentale ne peut prétendre à un complet détachement de la société et de ses valeurs, ni en amont, ni en aval de sa recherche (Corcuff 2004). De l'autre, la posture appliquée peut difficilement revendiquer le statut de science en raison de son assujettissement théorique et pratique au terrain « demandeur ». Entre ces deux pôles, la posture impliquée définie entre autres par Albert correspond à une « recherche anthropologique fondamentale intellectuellement et socialement investie dans la situation historique des sociétés qu'elle étudie » (Albert 1995:118). L'implication est ici considérée comme s'inscrivant dans une perspective d'anthropologie critique attentive aux dimensions politiques de la santé et de la médecine (Fainzang 2005). L'espace et les modalités de cette implication, de plus en plus revendiquée par les anthropologues, se déclinent de manières très diverses (Benoist et Desclaux 1996; Bouillon, Frésia et Tallio 2005; Fassin 1998). La force de cette démarche réside probablement dans le flou de sa délimitation qui nécessite une constante redéfinition. Ce sont ainsi les rencontres spécifiques du terrain qui, au travers d'un regard réflexif et critique, déterminent ce que s'impliquer veut dire.

Par le biais d'une réflexion ancrée dans la pratique, nous souhaitons présenter des implications particulières résultant de deux expériences de terrain dans le domaine de la santé. Il s'agit d'explicitier des éléments inhérents au travail ethnographique souvent tus; comme les attentes des interlocuteurs face au travail anthropologique et la manière dont l'anthropologue y répond. Ces attentes ont pris la forme de demandes d'expertise anthropologique concernant, dans le premier cas, le domaine de la prévention du suicide et, dans le deuxième, celui de la recherche en soins palliatifs. Les réponses apportées cherchent à s'inscrire tout autant dans une démarche impliquée que critique, permettant ainsi de réfléchir à la question des apports de l'anthropologie au terrain, notamment au travers d'échanges discursifs entre enquêteurs et enquêtés.

Différentes recherches se sont intéressées aux implications possibles des chercheurs auprès de personnes malades (Benoist et Desclaux 1996; Vidal 1997), en souffrance ou en situation d'exclusion (D'Halluin 2005; Makaremi 2008). Celles-ci découlent d'une certaine posture de l'anthropologie – attentive à la dimension **émique** de la santé – s'intéressant aux représentations et au vécu des personnes malades ou des demandeurs de services. Derrière cette posture se trouve, souvent implicitement, la volonté

de redonner légitimité et pouvoir aux populations « dominées »; dans ce cas les patients, par opposition aux soignants. C'est dans ce cadre que se situent bon nombre de réflexions portant sur les implications des chercheurs sur des terrains dits sensibles (Bouillon, Frésia et Tallio 2005) ou dangereux (Agier 1997). Ici, nous proposons au contraire une réflexion qui porte sur l'insertion de l'anthropologue auprès des soignants; ceux qui, dans ce contexte, représentent les experts ou encore les « dominants ». Vis-à-vis des professionnels de la santé, les recherches anthropologiques se situent très souvent soit dans une volonté d'application du savoir anthropologique remettant peu en cause les pratiques et les logiques biomédicales (voir par exemple Whiteford 2005), soit dans une approche critique envers les soignants et le système médical qui correspond souvent en parallèle à un engagement auprès des malades (Fassin 2008; Pouchelle 2002).

La posture que nous proposons ci-après ne se situe ni en complète adhésion, ni en totale opposition envers les professionnels de la santé. La prise en compte des attentes des soignants et l'ouverture d'un dialogue nous ont permis de définir une certaine manière de nous impliquer auprès des soignants, qui consiste à apporter un éclairage anthropologique critique dans le but de stimuler un enrichissement et un renouvellement des pratiques et des savoirs médicaux. Dans cette posture hybride, il paraît indispensable de prendre en compte les risques d'instrumentalisation par le domaine médical et de considérer la réflexivité du chercheur comme un gage nécessaire pour préserver une distance critique.

## Quel est l'avis de l'anthropologue?

Dans l'exemple de la prévention du suicide<sup>1</sup>, nous nous sommes intéressées à la manière dont l'émergence de la prévention du suicide en Suisse – devenue récemment une problématique de santé publique – transforme les pratiques et les savoirs autour du suicide. Le terrain de recherche s'est construit de manière inductive à partir des lieux et des individus concernés par la problématique du suicide et de sa prévention. Une première partie du terrain s'est centrée sur la mise en place d'un programme de santé mentale dans le canton de Vaud (Suisse), incluant un volet autour de la prévention des conduites suicidaires<sup>2</sup>. Des entretiens semi-directifs ont été effectués avec les initiateurs de ce programme (représentants de la santé publique et psychiatres), ainsi qu'avec des personnes appartenant au milieu associatif s'intéressant à la santé mentale et à la prévention du suicide<sup>3</sup>. Nous avons

---

<sup>1</sup> Recherche effectuée par Michela Canevascini.

<sup>2</sup> Le programme de santé mentale, présenté de manière officielle en novembre 2008, résulte d'une collaboration entre des représentants de la santé publique et une équipe de psychiatres. Les 4 axes du volet concernant la prévention des conduites suicidaires sont : 1) suivi du traitement de l'information sur le suicide dans les médias; 2) formation de professionnels de première ligne; 3) prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider; et 4) orientation téléphonique des urgences psychiatriques (Service de santé publique et al. 2008).

<sup>3</sup> Le milieu associatif a en effet joué un rôle précurseur dans le domaine de la prévention du suicide en Suisse. La mobilisation de quelques associations à partir de la fin des années 1990 a conduit à une sensibilisation progressive à cette problématique et a contribué à l'élaboration d'une réflexion au niveau national et cantonal autour de cette question. Les associations présentes dans la région, souvent créées par des personnes touchées personnellement par le suicide d'un proche, sont actives dans différents domaines liés à la prévention primaire – se situant en amont du suicide ou de la tentative de suicide –, tels que : gestion ou promotion des lignes téléphoniques d'écoute, surveillance des médias quant à la diffusion d'information sur le suicide, prévention dans les écoles, gestion de groupes de parole s'adressant à des personnes

également réalisé des observations lors de conférences, de colloques et de réunions portant sur ces thématiques, ainsi que lors d'une formation à la crise suicidaire<sup>4</sup>. De plus, des entretiens ont été menés avec des participants à la formation provenant des domaines socio-éducatif et sanitaire et ayant des horizons professionnels divers.

Une deuxième partie du terrain porte sur la prise en charge des personnes suicidaires dans le cadre d'une unité d'urgences psychiatriques d'un hôpital universitaire. Le suivi psychiatrique des tentatives de suicide constitue en effet une dimension prioritaire du programme de prévention. Ainsi, nous avons, d'une part, effectué des entretiens avec les soignants (médecins, infirmiers, assistants sociaux, psychologues) et les patients et, d'autre part, des observations ont été réalisées lors des colloques du service pendant lesquels l'équipe discute de manière approfondie des patients confrontés à des problématiques suicidaires<sup>5</sup>.

L'intérêt d'un tel terrain portant sur la prévention du suicide est né lors de l'évaluation d'une association active dans le domaine de la prévention du suicide des jeunes (Canevascini, Martarelli et Lettieri 2008). L'objectif était alors d'évaluer la place et le rôle de l'association dans le réseau de prévention du suicide de la région. L'association mandataire était en effet soucieuse d'avoir un regard extérieur sur ses activités et sur les liens tissés avec les partenaires de ce réseau. Nous sommes ici dans une situation où le travail de recherche répond aux intérêts du terrain, s'inscrivant par conséquent dans une posture engagée dans la prévention du suicide. Le choix d'aborder cette thématique dans un travail de thèse a reflété ce même engagement, percevant l'approche anthropologique comme un moyen pour enrichir et renforcer la prévention du suicide. Toutefois, par le biais d'une contextualisation socio-historique du suicide et de sa prévention, la définition d'une problématique de recherche a conduit notre réflexion à un détachement graduel vis-à-vis d'un possible engagement. Derrière le caractère intolérable du suicide et la nécessité morale de le prévenir, nous avons approfondi la dimension normative de la prévention (Aujard 2007; Gori et Del Volgo 2008), ainsi que la médicalisation qu'elle induit en raison de l'étroite association faite entre suicides et troubles psychiatriques (Volant 2006).

Le terrain de recherche fut d'abord investi d'une posture « neutre » vis-à-vis de l'engagement, sans toutefois exprimer, de manière ouverte, les réflexions critiques qui émergeaient au sujet de la problématique étudiée. Néanmoins, et au fil des rencontres, nos interlocuteurs<sup>6</sup> ont exprimé à plusieurs reprises leur désir de connaître notre point de vue, celui de l'anthropologue. Par exemple, à la fin d'un entretien avec un représentant de la santé publique, celui-ci demande : « Quelle est votre hypothèse, alors? Pourquoi les gens se suicident? ». Aussi, au cours d'une discussion avec une personne travaillant dans une association de prévention du suicide, celle-ci dit se réjouir « d'avoir les résultats de la recherche pour avoir de nouvelles pistes pour prévenir le suicide ». Ou encore, au cours d'une discussion avec l'équipe de l'unité psychiatrique portant sur les causes de la dépression, un médecin nous

---

endeuillées par le suicide.

<sup>4</sup> La formation à la crise suicidaire constitue l'un des 4 axes du programme de prévention des conduites suicidaires.

<sup>5</sup> Cette partie du terrain a commencé en novembre 2008 et est toujours en cours.

<sup>6</sup> Ces réflexions se réfèrent uniquement aux entretiens et aux observations effectués avec le personnel soignant, les responsables de la santé publique et les membres des associations actives dans la prévention du suicide.

interpelle directement : « on peut peut-être profiter de votre présence pour connaître votre avis sur la question? ». Ces demandes reflètent un intérêt et une curiosité vis-à-vis de la recherche et, de manière plus générale, des sciences sociales. Ces interrogations se situent également dans une demande d'échange de savoirs et de contre-don.

Puisque donner un avis d'expert sur la question contribue à créer des liens avec le terrain et semble être une condition importante pour pouvoir s'y intégrer au mieux, nous nous sommes interrogées sur la manière la plus adéquate de donner suite à ces demandes qui nous interpelaient. Ces questions portaient en effet sur des aspects – explication du suicide, de la dépression, comment mieux prévenir le suicide – qui ne constituent pas les buts de la recherche, mais plutôt ses objets. Comment gérer des attentes en termes d'expertise, alors qu'elles divergent des interrogations de la recherche? Bien souvent, il nous a semblé que les interlocuteurs percevaient l'anthropologue comme quelqu'un d'engagé qui souhaite, au travers de son étude, contribuer à mieux prévenir le suicide<sup>7</sup>. L'élaboration d'une posture critique remet pourtant momentanément en cause cet engagement : comment alors négocier les tensions existantes entre savoir critique et demande d'implication, lorsque l'on se trouve toujours dans la phase de terrain?

Sur le moment, nous avons opté pour répondre aux questions posées, en précisant les buts de la recherche, les interrogations, voire en citant la littérature socio-anthropologique sur ces questions. Néanmoins, nous avons décidé de porter une attention particulière à ces attentes et de les intégrer dans le processus de recherche lui-même, en construisant les grilles d'entretien sur un modèle d'« entretien-débat »<sup>8</sup> afin de répondre en quelque sorte à l'invitation qui nous était faite de se positionner sur ces questions. Face aux professionnels, nous avons donc décidé de nous exprimer sur le sujet étudié, en clarifiant d'emblée la perspective critique de la recherche. Le but étant à la fois de répondre aux sollicitations des interlocuteurs, tout en évitant que ceux-ci cristallisent leurs attentes sur des éléments que l'étude ne pouvait pas satisfaire, par exemple une possible promotion des activités de prévention du suicide. Cette démarche s'insère dans une logique de contre-don, voire d'échanges réciproques au moment de l'entretien, tout en facilitant l'intégration dans le terrain de recherche.

Ultérieurement, l'incorporation des attentes du terrain par le biais des « entretiens-débats » a fini par opérer un deuxième virage au niveau de la posture théorique adoptée face au terrain de recherche. En effet, la confrontation des interlocuteurs aux réflexions critiques sur la prévention du suicide et la psychiatrie a complexifié l'analyse, permettant ainsi de comprendre la dimension critique comme faisant partie des discours et des pratiques des acteurs eux-mêmes.

---

<sup>7</sup> Ceci est justifié en raison de l'engagement préalable de la chercheuse (souvent connu des interlocuteurs), ainsi que des intentions initiales de la recherche. À cela s'ajoute le constat que la nécessité de prévenir le suicide semble être un principe qui n'est pas remis en cause. En effet, lors des entretiens, la question « Pourquoi faut-il prévenir le suicide? » provoque souvent une réaction de surprise chez les interlocuteurs. Le fait d'effectuer une recherche n'ayant pas comme objectif premier celui de prévenir le suicide est parfois perçu de manière suspecte.

<sup>8</sup> Des questions ont, par exemple, porté sur la prédominance des intervenants psychiatriques dans l'élaboration des programmes de prévention du suicide, sur la tendance comportementaliste des approches de prévention du suicide ou encore sur la tendance à privilégier les aspects liés à la psychopathologie (tout en négligeant les dimensions socioculturelles). Il s'agit ici d'explicitier et d'approfondir ce type d'entretien qui est probablement pratiqué couramment par les anthropologues.

À titre d'exemple, certains soignants confrontés aux critiques de psychiatrisation ou de médicalisation du suicide<sup>9</sup> ont réagi en confirmant qu'il y a effectivement psychiatrisation de certaines problématiques sociales (chômage, question des personnes sans statut légal) ou d'événements « normaux » de la vie (deuil, ruptures amoureuses). À ce sujet, une infirmière nous dit :

Je pense que ça devient de plus en plus accepté [de consulter en psychiatrie], peut-être avec les mœurs, peut-être un peu trop. Maintenant, tout devient du ressort de la psychiatrie, tout est un problème à traiter en psychiatrie. [...] C'est vrai que parfois des gens expriment, souvent par téléphone, combien c'est difficile de consulter la psychiatrie, mais malheureusement il y a une masse, de l'ordre d'un phénomène de massification de la consultation en psychiatrie et on reçoit en consultation psychiatrique pour tout et pour rien.

En revanche, une grande partie des personnes ayant des problèmes psychiatriques lourds, très souvent à risque suicidaire, ne consulteraient pas suffisamment les services psychiatriques d'après nos interlocuteurs. On peut ainsi voir comment une certaine critique des professionnels par rapport à une surutilisation de la psychiatrie se couple à une perception des problématiques suicidaires comme relevant du champ psychiatrique.

Toujours en lien avec la question de la psychiatrisation du suicide, nous avons exprimé aux soignants interrogés notre perplexité concernant les hospitalisations en cas de risque suicidaire, considérées comme emblématiques de la psychiatrisation du suicide. La personne suicidaire est perçue comme quelqu'un de malade qui agit de manière irrationnelle et nécessitant un cadre psychiatrique pour être maîtrisé et soigné. Face à cette vision critique sur leur activité, les soignants interrogés ont apporté des nuances quant au recours aux hospitalisations d'office qui interviennent, selon eux, seulement dans des situations extrêmes. Ils ont pu également préciser qu'une grande importance est accordée au point de vue du patient et à sa responsabilisation face à sa détresse. Si une hospitalisation s'avère nécessaire, l'accord du patient est souhaité. Comme le dit un médecin :

C'est qu'en général, on aime bien responsabiliser le patient, on essaie de dire, bon, moi je vois ça. Est-ce que vous êtes d'accord? Oui, non? Pour moi, une solution serait l'hospitalisation, est-ce que vous êtes d'accord? ». Les soignants sont également attentifs à l'aspect « traumatisant » d'une hospitalisation en psychiatrie et aux réticences exprimées par les patients. Il y a des situations où les patients disent : « écoutez, d'accord. Je préfère venir ici [en ambulatoire] parce que si vous m'hospitalisez c'est clair que je vais me tuer à l'hôpital, ce sera la dernière des choses que vous pouvez me faire. Vous m'aidez pas du tout. Par contre, si je peux venir ici et voir quelqu'un, ça va peut-être m'aider. Sinon, c'est sûr, si vous m'hospitalisez, je vais le faire quand même à l'hôpital ». Pour beaucoup, c'est comme si le dernier stade qui peut leur arriver est d'être hospitalisé en psychiatrie.

On retrouve ici une attitude non autoritaire envers les patients, où la négociation et la persuasion ont pris la place de l'imposition.

Ces exemples montrent que la question de la psychiatrisation du suicide ne peut pas être considérée seulement comme une analyse « sur » le phénomène étudié – qui serait propre à l'analyse critique. Elle doit être davantage perçue comme partie intégrante du langage et de la pratique psychiatrique actuelle<sup>10</sup>. La compréhension de celle-ci ne peut en effet se

<sup>9</sup> Par psychiatrisation du suicide, on entend la tendance actuelle à appréhender le suicide par le biais exclusif des paradigmes psychiatrique et médical.

<sup>10</sup> Un autre élément intéressant est l'obligation morale de prévenir le suicide. Loin d'être une évidence, voire un devoir professionnel absolu, la prévention du suicide dans des situations de troubles mentaux graves est parfois largement questionnée (par les professionnels interrogés) quant à sa pertinence. Ceci remet en cause une vision simpliste de la psychiatrie dont le but

faire sans considérer l'impact qu'ont eu les réflexions critiques de type foucauldien sur la psychiatrie (Foucault 1961). En réaction à une psychiatrie fondée sur l'enfermement et la contrainte, la nouvelle réalité psychiatrique se caractérise par une mise en avant des notions d'autonomie et de responsabilité, ainsi que par une attention accrue aux besoins et au point de vue du patient (Velpry 2008)<sup>11</sup>. Saisir cette proximité, c'est finalement dépasser une opposition entre savoir critique et réflexif (qui serait propre à l'anthropologue) et action impliquée (propre aux acteurs du terrain); opposition qui reste très présente, du moins implicitement, dans les analyses portées sur la psychiatrie (Ogien 1989).

Reconnaître la dimension critique inhérente à la psychiatrie permet ainsi d'instaurer une relation différente entre chercheurs et interlocuteurs, où le savoir critique développé peut être perçu comme pouvant enrichir et contribuer à la transformation du milieu étudié<sup>12</sup>. En acceptant de donner notre avis sur la prévention du suicide et sur la prise en charge des personnes suicidaires, l'implication s'est jouée autour du type de regard posé par le chercheur sur les pratiques. On peut en définitive se demander si la curiosité des partenaires de terrain en début d'enquête peut réellement mener à un dialogue constructif et fertile entre l'anthropologie et le milieu psychiatrique<sup>13</sup>. En attendant les effets sur le long terme, cette démarche a pour l'instant amené les interlocuteurs à porter un regard plus réflexif sur leur propre pratique.

## À quoi (nous) sert la recherche anthropologique?

Concernant les soins palliatifs<sup>14</sup>, nous avons intégré une équipe mobile spécialisée dans la prise en charge de patients atteints de maladies incurables dont la fin de vie est proche. Cette enquête ethnographique<sup>15</sup> consistait à suivre les professionnels dans leurs activités quotidiennes (consultations des patients, discussions avec les professionnels des autres services de l'hôpital, colloques de transmission, réunions internes et externes, formations). Dans un milieu où la souffrance, le deuil et la mort sont omniprésents, l'immersion a impliqué un vécu émotionnel particulier :

---

serait de « sauver » à tout prix tout suicidaire, particulièrement dans des situations de maladies mentales.

<sup>11</sup> Ceci ne signifie pas que la psychiatrie, en intégrant dans sa pratique des réflexions critiques, n'a plus une fonction normative ou de domination, bien au contraire. Le changement provient plutôt de la manière dont le travail psychiatrique s'exerce et se justifie, permettant de passer d'un modèle de la relation patient-soignant de type paternaliste à un modèle de type délibératif (Emanuel, and Emanuel 1992). À l'imposition et à la contrainte (modèle paternaliste), on privilégie aujourd'hui l'autonomie du patient et son adhésion au dispositif psychiatrique (modèle délibératif).

<sup>12</sup> En ce sens, reconnaître cette proximité n'implique pas un désengagement du chercheur, comme c'est plutôt le cas de la sociologie pragmatique. Par ce biais, nous voulons plutôt réfléchir aux contributions que la dimension critique peut amener à la pratique des acteurs de terrain.

<sup>13</sup> Pour une discussion sur les apports réciproques possibles entre psychiatrie et anthropologie, voir Kleinman (2001).

<sup>14</sup> Recherche effectuée par Rose-Anna Foley.

<sup>15</sup> L'activité de terrain a été réalisée dans le cadre d'un projet financé par le Fond National Suisse pour la Recherche n°100013-112411/1: « Médicalisation de la vie et gestion de la mort : l'émergence des soins palliatifs comme problématique socio-culturelle », sous la direction d'Ilario Rossi, avec François Kaech et Yannis Papadaniél. Ce projet a représenté le point de départ d'une thèse de doctorat sur la thématique des médicaments dans le contexte de la fin de vie.

l'expérience de pénétrer dans les coulisses de différents services de l'hôpital (de la chirurgie à la médecine interne, en passant par l'orthopédie et les soins intensifs) et d'entrer en contact avec des personnes fortement atteintes dans leur état de santé a suscité des émotions intenses et des tiraillements entre l'envie de sonder le vécu de l'autre et sa propre difficulté face à des situations de souffrance extrême, appelant parfois à des stratégies de préservation et d'évitement. Dans ce service, habitué à gérer ce genre d'émotions, un dispositif de verbalisation particulier a été mis en place consistant à inviter tout nouveau venu à raconter son vécu émotionnel. Cette pratique a fait partie des premières règles du jeu auxquelles nous avons dû nous soumettre<sup>16</sup>. Par ailleurs, considérant le chercheur davantage comme un professionnel pratiquant l'anthropologie de la santé que comme un observateur externe, les médecins, les infirmières et les autres intervenants du domaine (assistants sociaux, aumôniers, psychologues) ont d'emblée soulevé la question de l'utilité de la recherche anthropologique face à leur activité. Dans l'univers hospitalier où le travail est tourné vers des résultats et une certaine efficacité, ce genre d'attitude n'est pas étonnant. Il s'explique également par le fait que ces professionnels, appartenant eux-mêmes à un segment médical dénonçant les limites d'une médecine techniciste et déshumanisante, montrent un certain intérêt par rapport à ce que le travail de l'anthropologue pourrait amener en termes de réflexion. En tant que professionnels consultants avec une mission pédagogique, ces soignants sont pour la plupart ouverts à une certaine remise en question de la pratique et cherchent à l'intégrer dans leurs activités<sup>17</sup>. Faisant eux-mêmes de la recherche au sein de l'hôpital universitaire, plusieurs d'entre eux se sont intéressés à des travaux ethnographiques et considèrent la pertinence des démarches dites qualitatives. De plus, le principe d'interdisciplinarité étant d'une grande importance dans le milieu palliatif, notre statut d'anthropologue a souvent été accueilli comme « un point de vue en plus » venant s'ajouter aux compétences variées déjà existantes, telles que celles d'aumônier, de psychologue ou d'assistante sociale.

Face à une telle ouverture, nous avons éprouvé une certaine estime vis-à-vis de nos interlocuteurs tout en accordant une attention particulière à la question du savoir anthropologique comme moyen pour repenser les pratiques professionnelles. Or, si le projet ethnographique entre en résonance avec celui de ces praticiens réflexifs, l'anthropologue se doit d'interroger les enjeux à la base de leurs motivations : en se rendant auprès des services « curatifs », ces professionnels ont pour objectif de faire prendre conscience des possibles dérives de la médecine en proposant une démarche et un savoir palliatifs. Leur action, pouvant être qualifiée de militante (Castra 2007), propose une humanisation de la médecine grâce aux soins palliatifs, épousant de fait totalement le projet de promotion de ce nouveau domaine médical. Quant à la recherche qualitative face à laquelle ils montrent une certaine ouverture, elle leur permet de documenter et de légitimer la part relationnelle largement développée par cette médecine holiste encore faiblement institutionnalisée<sup>18</sup>. S'il est nécessaire que le chercheur introduise

<sup>16</sup> Dans cet article, nous ne développerons pas davantage les aspects liés aux émotions du terrain (Ghasarian 2002; Kleinman, and Copp 1993) afin de privilégier la discussion sur la posture face aux activités des professionnels. Au sujet des implications éthiques de la recherche dans le domaine des soins palliatifs, voir Rossi et al. (2007; 2008).

<sup>17</sup> Au sein de leur service, ils disposent de nombreux espaces de réflexion permettant de discuter de leur activité professionnelle ainsi que de l'expérience humaine liée aux soins de patients mourants (supervisions psychiatriques, groupes de travail réflexifs, discussions informelles entre collègues, notamment avec la psychologue et l'aumônier du service).

<sup>18</sup> Par exemple, l'intérêt pour le vécu émotionnel des soignants a justifié le lancement d'une



ces éléments dans sa réflexion anthropologique tout en étant conscient de la potentielle utilisation de ses propos à des fins de promotion et de développement d'une discipline médicale, doit-il pour autant abandonner l'idée de susciter, grâce à sa démarche, une autocritique de la part des professionnels?

Au fur et à mesure de l'avancée du terrain, le dialogue sur l'apport de la démarche ethnographique s'est cristallisé autour des projets de recherche initiés par ce service. À maintes reprises, les membres du service nous ont interpellés comme expertes des questions qualitatives telles que discutées dans le domaine des sciences sociales<sup>19</sup>. Par exemple, une infirmière du service réalisant des entretiens avec des patients nous dit : « j'aimerais bien que tu regardes ces entretiens avec tes yeux d'anthropologue. Ça m'aidera à sortir de mes critères d'analyse plus infirmiers ».

Face à des demandes explicites venant des interlocuteurs de terrain, nous avons adopté une posture consistant à ne pas les considérer comme de simples informateurs et, d'une certaine manière, à intégrer leurs questionnements et leurs projets de recherche dans notre travail. Derrière ce que l'on peut considérer comme un écueil et le début d'une instrumentalisation de la démarche anthropologique, il semble que les préoccupations et les questions soulevées par ces professionnels ont davantage servi à identifier certains enjeux sous-jacents au milieu étudié. Ainsi, notre questionnement s'est construit autour des traitements médicamenteux dans le contexte de la fin de vie, qui représentent le fer de lance de la discipline palliative et le principal gage de sa scientificité biomédicale. La morphine et ses dérivés ou encore la sédation palliative sont toutefois sujets à controverses et une partie non négligeable de patients, leurs proches, ainsi que certains soignants expriment de fortes réticences face à leurs usages. Ce constat, contre lequel les professionnels se butent souvent, a représenté, dans une démarche inductive, le point de départ d'une réflexion critique portant sur l'objet médicament<sup>20</sup>, tout en ayant pour second objectif d'apporter de nouveaux éclairages anthropologiques aux soignants.

Ne disposant pas d'unité avec des lits, la temporalité de cette équipe mobile est particulière : hormis les consultations cliniques, les colloques et les formations (reçues ou dispensées par ses membres), son activité est rythmée par des périodes plus ou moins longues réservées aux projets de recherche des professionnels. Le travail consacré à la recherche est alors apparu comme un moyen de se rendre utile et, après plus d'une année d'observation participante, nous avons entrepris une activité professionnelle sur des projets qualitatifs et quantitatifs initiés par ce service. L'une des recherches a

---

recherche qualitative et quantitative sur l'expérience et le vécu des médecins suisses face à la sédation palliative – recherche à laquelle nous participons à l'heure actuelle.

<sup>19</sup> Ces échanges ont mis en évidence les différents critères de scientificité existants. Dans le domaine médical, les recherches de type hypothético-déductives basées sur la preuve prédominent. Les recherches qualitatives, quant à elles, sont souvent secondaires, encore peu pratiquées et plutôt réservées à la recherche infirmière.

<sup>20</sup> Dans la lignée des études anthropologiques portant sur le médicament, celui-ci est considéré, d'une part comme un analyseur des interactions d'intermédicalité (Greene 1998) entre différents segments de la médecine questionnant ainsi l'institutionnalisation des soins palliatifs. D'autre part, il donne accès au vécu des personnes atteintes de maladies incurables hospitalisées et à ce que leurs plaintes peuvent exprimer dans le contexte si particulier de la fin de vie. Pour sonder ce vécu, nous avons assisté à 50 consultations de patients et avons à ce jour mené 10 entretiens avec les proches de patients suivis par l'équipe mobile de soins palliatifs et décédés au moins une année avant la réalisation de l'entretien (afin de laisser s'écouler un laps de temps suffisant entre le décès et le récit de la maladie grave).

consisté à chiffrer la proportion de patients palliatifs pris en charge par cette équipe mobile qui sont décédés à l'hôpital. L'étude (qui est toujours en cours) a permis d'observer un recours limité aux services des spécialistes de la fin de vie dans cet hôpital, ainsi qu'un flou existant autour de la définition du patient palliatif. Si la réalisation de ce projet a d'abord permis de combler le manque d'activité dans le service, les éléments étudiés ont pu être intégrés dans un questionnement anthropologique plus large sur l'institutionnalisation des soins palliatifs (Foley *et al.* 2009) avant de restituer cette réflexion aux professionnels<sup>21</sup>. Ainsi, la question de l'utilité posée par les professionnels a graduellement évolué vers un projet professionnel faisant de plus en plus sens pour nous<sup>22</sup>.

Dans une certaine mesure, participer à ce genre de recherches va à l'encontre de la déontologie anthropologique prônant l'indépendance du chercheur et mettant en garde contre le risque d'instrumentalisation lorsqu'une enquête se fait au service d'un demandeur (Lahire 2004). Pour nous prémunir, nous avons opté pour rappeler régulièrement et de manière explicite que notre travail portait également sur leurs activités – et non pas seulement sur celles des services clients de l'hôpital. Nous avons veillé à ne pas perdre de vue le regard critique lié au statut de chercheur, ainsi que les éléments pertinents dans une perspective anthropologique n'intéressant pas forcément les professionnels de la santé.

Si la double casquette d'anthropologue-chercheur fait poindre le risque d'une trop grande assimilation au statut de professionnel de la santé, elle peut avoir des répercussions positives sur la collaboration au moment de l'enquête. Dans ce cas particulier, la prise en compte des préoccupations des soignants, le projet d'y apporter des réponses grâce à la réflexion anthropologique et la participation à des recherches communes, ont permis de tisser des liens d'une plus grande proximité et de gagner la confiance des interlocuteurs de terrain en tant que personnes ne travaillant plus uniquement « sur » eux, mais également « avec » eux. Alors que les implications et les intérêts varient, l'anthropologue et les professionnels de la santé se retrouvent autour d'une sorte de projet commun visant à donner davantage de place aux aspects humains dans la recherche effectuée à l'hôpital où la priorité est majoritairement donnée aux recherches de type *Evidence Based Medicine* (EBM).

Cette méthodologie particulière s'est développée au moment précis où l'activité de recherche qualitative se développait dans les murs du service<sup>23</sup>. Si elle est motivée par un certain sentiment de dette vis-à-vis des interlocuteurs de terrain, cette démarche résulte d'une rencontre entre un contexte particulier et une sensibilité professionnelle voulant créer des échanges et des synergies entre professionnels de la santé et anthropologues. En ce sens, le savoir des soignants nous permet d'avoir une vision approfondie « de l'intérieur » du milieu étudié, alors que la réflexion

---

<sup>21</sup> En ce qui concerne la question de l'institutionnalisation des soins palliatifs, nous nous sommes appuyées sur nos observations et sur une recherche menée dans le service portant sur le travail de consultance (Cantin, Stoesser et Lüthi 2008) et sur les stratégies relationnelles interprofessionnelles au sein de l'hôpital. 12 entretiens semi-directifs ont également été réalisés avec les professionnels de services « clients » de cette équipe mobile intra-hospitalière.

<sup>22</sup> Comme c'est souvent le cas chez les jeunes chercheurs, l'expérience de terrain se mêle à des exigences professionnelles externes qui l'influencent.

<sup>23</sup> Au moment où nous l'avons intégré, le service était chapeauté par un chef de service très ouvert aux démarches qualitatives et soucieux de les développer. C'est d'ailleurs cette personne qui, en premier lieu, a ouvert les portes du service à notre équipe d'anthropologues.

anthropologique tâche d'aller plus loin ou, du moins, d'offrir un autre regard aux questionnements soulevés par les professionnels.

## Discussion

Les deux expériences présentées soulèvent des problématiques similaires permettant de discuter la posture de l'anthropologue critique et son apport au terrain étudié. Dans les deux situations, la rencontre entre des chercheuses sensibles à la dimension impliquée de leur travail, d'une part, et des interlocuteurs de terrain présentant un certain intérêt et une ouverture quant au travail anthropologique, d'autre part, nous ont amenées à mettre en place des stratégies de dialogue avec nos partenaires de terrain. Dans le premier cas, ceci a pris la forme d'entretiens-débats alors que dans le second le dialogue s'est construit autour de questions de recherche communes. Dans quelle mesure ces démarches sont-elles révélatrices de notre posture et des liens que notre discipline entretient avec la question de ses apports au terrain?

En choisissant de prendre en compte les attentes de nos interlocuteurs de terrain, non seulement en tant que révélatrices de notre objet d'étude, mais également en tant que questions pertinentes auxquelles nous voulions répondre d'une manière cohérente, nous nous sommes laissées en partie « détourner » dans nos recherches de terrain. Notre démarche s'écarte-t-elle alors du projet anthropologique visant la connaissance objective et doit-elle être remise en cause quant à son indépendance scientifique et intellectuelle<sup>24</sup>? Puisque c'est au travers de la démarche réflexive que l'anthropologie négocie son lien problématique avec l'objectivité (Geertz 1973; Ghasarian 2002; Lézé 2006), les échanges d'idées et la collaboration professionnelle avec nos informateurs trouvent leur pertinence du moment que l'on ne renonce pas à questionner (comme nous avons essayé de le faire ici), d'une manière réflexive et critique, les conditions et les enjeux de cette redéfinition. Néanmoins, afin de se prémunir contre l'utilisation de la démarche de réflexivité pour simplement dédouaner le chercheur de sa manière d'agir, celle-ci doit faire l'objet d'une réflexion continuellement rediscutée se situant tout au long du processus de recherche.

En discutant des difficultés liées à son intégration dans un hôpital lors d'une recherche sociologique sur l'anorexie, Darmon (2005) évoque une situation pouvant être mise en rapport avec les nôtres. La chercheuse, dont la présence avait été dans un premier temps acceptée au sein d'un service hospitalier, s'est vue proposer de participer à l'écriture d'un article (en collaboration avec le service) où elle aurait dû rédiger une partie sur le contexte socioculturel de l'anorexie. Celle-ci a finalement renoncé à la collaboration proposée, ce qui a poussé ses interlocuteurs à refuser la poursuite de son terrain au sein du service. Elle explique ainsi les raisons qui l'ont poussée à renoncer à l'écriture de l'article :

Je redoutais les conséquences de cette publication tant sur le maintien de mon autonomie sociologique (il me semblait que publier « avec » et non pas « sur » mon terrain pouvait avoir des effets sur la construction de mon point de vue, et ce d'autant

---

<sup>24</sup> On peut en effet se demander si, dans le contexte anglo-saxon au sein duquel les associations d'anthropologie appliquée sont bien instituées, cette question se poserait de la même manière. Autrement dit, est-ce la particularité de la discipline anthropologique française privilégiant le régime de la connaissance fondamentale (Lenclud 1995) qui nous pousse à poser ce genre de questions?

plus qu'on me demandait en l'occurrence de me couler dans une problématique d'origine médicale), que sur la poursuite du travail de terrain sur d'autres sites (Darmon 2005:106).

Bien que cette situation s'inscrive dans un contexte et une rencontre ethnographique particuliers, cet épisode permet d'illustrer, premièrement, l'importance de ce type de demandes dans l'intégration sur le terrain, mais aussi l'intérêt que le monde médical porte – bien que souvent de manière utilitariste – à nos approches disciplinaires. Deuxièmement, les tiraillements qu'évoque la chercheuse montrent comment, dans notre discipline, la collaboration avec les interlocuteurs de terrain est souvent vécue comme une menace pour l'autonomie du chercheur et non comme une démarche complémentaire, voire mutuellement enrichissante.

Ceci nous ramène à la question des risques encourus par le chercheur travaillant de trop près « avec » ses interlocuteurs. Le danger est qu'il ne parvienne plus à retrouver une distance critique pendant ou après l'expérience de terrain. Le fait de construire un discours commun avec les interlocuteurs représenterait alors une illusion, en raison des différences d'intérêts, de priorités et de logiques entre interlocuteurs de terrain et anthropologues.

Habituellement réservée au moment de la restitution en fin d'enquête, la diffusion du savoir anthropologique provoque souvent des réactions assez hostiles de la part des acteurs étudiés (Scheper-Hughes 1982). Ces conflits, considérés par Becker comme « irréconciliables » (Fassin 2008), renvoient aux intérêts divergents entre l'anthropologue et les informateurs de terrain, ainsi qu'aux rapports de pouvoir sous-tendant l'enquête. Le chercheur se trouve en effet dans une situation dominante, en produisant un savoir « sur » les autres (Augé 2006), d'autant plus que ce savoir est critique, remettant souvent en cause le dire et l'agir des acteurs. Sur le terrain, le chercheur vise à produire un savoir de type théorique, alors que l'ouverture des interlocuteurs à la recherche anthropologique se motive souvent (comme le démontrent les exemples illustrés ici) par l'idée que celle-ci peut contribuer de manière concrète à l'activité professionnelle exercée. Lorsque, au moment de la restitution, l'intention des chercheurs est dévoilée, la réaction hostile des interlocuteurs est souvent liée à un sentiment de trahison. Celui-ci se limite souvent à intégrer ces conflits à la réflexion anthropologique, ce qui peut refléter une sorte de désengagement et de désenchantement des chercheurs quant à la diffusion du savoir dans le milieu étudié, au profit du milieu universitaire. De fait, cette attitude renverrait à une difficulté de la discipline anthropologique à penser différemment les rapports de pouvoir entre enquêteurs et enquêtés.

Selon Walzer (1996), celui qui se livre à la critique sociale peut être entendu et donc agir sur la société du moment qu'il fait partie et qu'il partage les valeurs, les intentions et les préoccupations du milieu, tout en gardant une certaine distance à l'objet critiqué : ni au centre, ni en dehors, mais plutôt dans une position marginale. En ce sens, les échanges discursifs dans les terrains présentés ont la vocation de permettre à l'anthropologue d'occuper cette position marginale en lui offrant un rôle clé dans la diffusion du savoir critique au sein du milieu étudié. En définitive, tout savoir critique présuppose des valeurs éthiques et politiques, ainsi qu'une vision idéale implicite de la société (Corcuff 2004). S'intéresser à la réception et à ce que nos regards critiques peuvent amener à la situation étudiée peut être perçu comme une tentative de s'approcher de cet idéal, tout en étant conscients du caractère partiel de notre compréhension de la réalité humaine (Makaremi et Kalaora

2008).

L'échange d'idées que nous essayons de construire avec les interlocuteurs de terrain participe ainsi à une tentative de rapprochement entre la culture anthropologique et les cultures « psychiatrique » ou « palliative ». Le savoir des acteurs du terrain n'est plus seulement un objet d'étude, une « donnée », mais devient ainsi un savoir avec lequel dialoguer sur un plan plus égalitaire.

## **Conclusion**

Les situations proposées dans cet article jouissent de terrains de recherche particuliers, très éloignés des conditions vécues par une grande partie de nos collègues : il y a des lieux où la critique est plus facilement écartée, supprimée, niée. Parfois, celle-ci prend la forme d'une dénonciation de la part du chercheur, où une certaine incompatibilité entre le savoir anthropologique et le savoir des sujets étudiés rend le dialogue impossible. Sur nos terrains d'étude, les approches réflexive et critique font déjà partie de la démarche des acteurs étudiés, rapprochant ainsi davantage les deux postures et facilitant le dialogue. Néanmoins, puisque la rencontre ethnographique demeure une sorte de pari, l'évolution de ces échanges sera à évaluer sur le long terme. Enfin, notre réflexion s'ancre dans une conception des espaces sociaux (ici le domaine de la recherche et celui de la médecine) comme étant interconnectés et en constante transformation. Les attentes et les questionnements des interlocuteurs de terrains sur la recherche anthropologique constituent en soi une richesse dans la mesure où ils obligent le chercheur à replacer son savoir et sa pratique au cœur de la réalité sociale à laquelle, bon gré mal gré, il participe.

## Références

- Agier, Michel, dir.  
1997 *Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain*. Paris: Jean-Michel Place.
- Albert, Bruce  
1995 *Anthropologie appliquée ou « anthropologie impliquée »*. In *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*. Jean-François Baré, dir. Pp. 87-118. Paris: Karthala.
- Armbruster, Heidi, and Anna Laerke  
2008 *Taking Sides. Ethics, Politics and Fieldwork in Anthropology*. New York: Berghahn Books.
- Augé, Marc  
2006 *Le métier d'anthropologue : sens et liberté*. Paris: Galilée.
- Aujard, Marie-France  
2007 *La suicidologie, outil de gestion du comportement*. *Recherches sociographiques* 48(3):161-174.
- Benoist, Jean et Alice Desclaux  
1996 *Pour une anthropologie impliquée*. In *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*. Jean Benoist et Alice Desclaux, dir. Pp. 363-373. Paris: Karthala.
- Bensa, Alban  
2008 *Remarques sur les politiques de l'intersubjectivité*. In *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*. Didier Fassin et Alban Bensa, dir. Pp. 323-328. Paris: La Découverte.
- Bouillon, Florence, Marion Frésia et Virginie Tallio, dir.  
2005 *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris: Centre d'études africaines / École des hautes études en sciences sociales.
- Canevascini, Michela, Corinna Martarelli et Katia Lettieri  
2008 *Évaluation d'une association régionale de prévention du suicide en Suisse*. *Santé Publique* 20(3):275-284.
- Cantin, Boris, Katrin Stoesser et Fabienne Teike Lüthi  
2008 *La consultance ou les coulisses d'une pratique de soins*. *Revue Médicale Suisse* 4(180):2542-2544.
- Castra, Michel  
2007 *Les équipes mobiles de soins palliatifs, entre expertise et « entreprise morale »*. *Revue Sociologie Santé* 27:52-66.
- Corcuff, Philippe  
2004 *Sociologie et engagement : nouvelles pistes épistémologiques dans l'après-1995*. In *À quoi sert la sociologie?* Bernard Lahire, dir. Pp. 175-194. Paris: La Découverte.
- Darmon, Muriel  
2005 *Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain*. *Genèses* 58:98-112.
- D'Halluin, Estelle

- 2005 Vaincre la suspicion, entrer dans une intimité douloureuse : une intenable extériorité. *In* Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie. Florence Bouillon, Marion Frésia et Virginie Tallio, dir. Pp. 55-74. Paris: Centre d'études africaines / École des hautes études en sciences sociales.
- Elias, Norbert  
1983 Engagement et distanciation : contributions à la sociologie de la connaissance. Michèle Hulin, trad. Paris: Fayard.
- Emanuel, Ezekiel J., and Linda L. Emanuel  
1992 Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 267(16):2221-2226.
- Fainzang, Sylvie  
2005 L'anthropologie médicale en France. *In* Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux. Francine Saillant et Serge Genest, dir. Pp. 155-173. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Fassin, Didier  
1998 L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales en Afrique. *In* Vivre et penser le sida en Afrique. Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo et Moriba Touré, dir. Pp. 41-66. Paris: Codesria, Karthala & IRD.  
2008 Répondre de sa recherche. L'anthropologie face à ses « autres ». *In* Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques. Didier Fassin et Alban Bensa, dir. Pp. 299-320. Paris: La Découverte.
- Foley, Rose-Anna, Yannis Papadaniel, François Kaech et Ilario Rossi  
2009 From Curative to Palliative Care: Daily Hospital Interactions around Incurability and End of Life Care as Enlighteners of Confronting and Renewed Medical Realities. *In* Medical Anthropology, Health Care Systems and the Client Society – Investigating Interactions of Practice, Power and Science. Sandbjerg (à paraître).
- Foucault, Michel  
1961 Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon.
- Geertz, Clifford  
1973 The Interpretation of Cultures: Selected Essays. New York: Basic Books.
- Ghasarian, Christian, dir.  
2002 De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux. Paris: Armand Colin.
- Gori, Roland et Marie-José Del Volgo  
2008 Exilés de l'intime : la médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique. Paris: Denoël.
- Greene, Shane  
1998 The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in the Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* 25(44):634-658.
- Kleinman, Arthur  
2001 Why Psychiatry and Cultural Anthropology Still Need Each Other. *Psychiatry* 64(1):14-16.

- Kleinman, Sherryl, and Martha A. Copp  
1993 *Emotions and Fieldwork*. Newbury Park / London: Sage Publications.
- Lahire, Bernard, dir.  
2004 *À quoi sert la sociologie?* Paris: La Découverte.
- Lenclud, Gérard  
1995 La question de l'application dans la tradition anthropologique française. *In Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*. Jean-François Baré, dir. Pp. 65-84. Paris: Karthala.
- Lézé, Samuel  
2006 *Réflexivité*. *In Abécédaire de Pierre Bourdieu*. Jean-Philippe Cazier, dir. Pp. 159-161. Paris: Sils Maria.
- Makaremi, Chowra  
2008 *Participer en observant. Étudier et assister les étrangers aux frontières*. *In Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*. Didier Fassin et Alban Bensa, dir. Pp. 165-183. Paris: La Découverte.
- Makaremi, Chowra et Léa Kalaora  
2008 Introduction : Penser l'engagement. *Altérités* 5(2):5-12.
- Ogien, Albert  
1989 *Le raisonnement psychiatrique : essai de sociologie analytique*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Pirinoli, Christine  
2004 *L'anthropologie palestinienne entre science et politique : L'impossible neutralité du chercheur*. *Anthropologie et Sociétés* 28(3): 165-185.
- Pouchelle, Marie-Christine  
2002 *Pour une histoire et une anthropologie des effets iatrogènes du « combat » contre la maladie*. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 34(1):35-50.
- Rossi, Ilario, Yannis Papadaniel, François Kaech et Rose-Anna Foley  
2007 *Les figures multiples de l'éthique : La mort entre médecine et société*. *Tsantsa* 12:136-141.
- Rossi, Ilario, François Kaech, Rose-Anna Foley et Yannis Papadaniel  
2008 *L'éthique à l'épreuve d'une enquête anthropologique en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution*. *Ethnographiques.org* 17. Document électronique, <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al.html>, consulté le 16 septembre 2009.
- Service de santé publique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Fondation de Nant  
2008 *Politique de santé mentale. Plan d'actions 2007-2012*. Document électronique, [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/cd/fichiers\\_pdf/synthese\\_plan\\_SANMT-081110.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT-081110.pdf), consulté le 16 septembre 2009.
- Scheper-Hughes, Nancy  
1982 *Saints, Scholars, and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*. Berkeley: University of California Press.
- Velpry, Livia  
2008 *Le quotidien de la psychiatrie*. *Sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand



Colin.

Vidal, Laurent

1997 Méthode et éthique : l'anthropologie et la recherche confrontées au sida. *In* Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain. Michel Agier, dir. Pp. 31-38. Paris: Jean-Michel Place.

Volant, Eric

2006 Culture et mort volontaire : le suicide à travers les pays et les âges. Montréal: Liber.

Walzer, Michael

1996 La critique sociale au XX<sup>e</sup> siècle : solitude et solidarité. Paris: Métailié.

Whiteford, Linda M., and Linda A. Bennett

2005 Applied Anthropology and Health and Medicine. *In* Applied Anthropology. Domains of Application. Satish Kedia and John Van Willigen, eds. Westport: Greenwood Press.

## Résumé/Abstract

Cet article présente les implications particulières de deux expériences de terrain faisant émerger la problématique des apports et de l'utilité de l'anthropologie dans le domaine de la santé. Face aux attentes fortes des interlocuteurs de terrain (demandes d'expertise anthropologique dans le domaine de la prévention du suicide et dans celui de la recherche en soins palliatifs), les chercheuses se sont laissées en partie « détourner » en ne travaillant plus seulement « sur », mais « avec » leurs interlocuteurs. Tout en prenant en compte les risques d'instrumentalisation par le domaine médical, la réflexivité du chercheur face à son implication sur le terrain est considérée comme un outil indispensable pour préserver sa distance critique. Par ailleurs, ces expériences de terrain sont l'occasion de réfléchir à la possibilité de créer des échanges discursifs avec les interlocuteurs du terrain et de favoriser ainsi le changement social depuis l'intérieur.

Mots clés : Anthropologie impliquée, réflexivité, apports de l'anthropologie, prévention du suicide, soins palliatifs

The aim of this paper is to describe the particular implications of two different fieldwork experiences that bring to the foreground the contribution and usefulness of anthropology in the health domain. Because of strong expectations from field interlocutors (anthropological expertises related to suicide prevention and palliative care), the authors adjusted their approach by no longer working only "on" but also "with" actors. With the risk of being exploited by the medical sphere, the researchers' reflexivity concerning their implication in the field becomes an essential tool for preserving their critical distance. Furthermore, these field experiences offer an opportunity to consider the possibility of creating discursive exchanges with fieldwork interlocutors and promoting social change from the inside.

Keywords: Anthropological advocacy, reflexivity, anthropological usefulness, suicide prevention, palliative care

*Michela Canevascini  
Doctorante*

*Faculté des sciences sociales et politiques  
Université de Lausanne  
Michela.Canevascini@unil.ch*

et

*Rose-Anna Foley  
Doctorante*

*Faculté des sciences sociales et politiques  
Université de Lausanne  
Rose-Anna.Foley@unil.ch*