

Les plates-bandes de la santé publique

Réponse à Didier Fassin

L'« État sorcier » semble agacer quelques spécialistes de la santé publique. Il est plus explicite pour les anthropologues, les praticiens de terrain et les utilisateurs des services de santé. Rien d'étonnant à cela dans la mesure où j'ai moi-même reproché à certains médecins, planificateurs ou épidémiologistes, de jouer parfois aux apprentis sorciers. Quant à l'échange d'accusations — le titre du compte rendu : « l'ethnologue sorcier » —, il témoigne *a posteriori* que tout débat sur la santé publique — qu'il ait lieu entre chercheurs ou entre usagers et dispensateurs de soins — parle aussi, et peut-être surtout, de la sorcellerie indissociable de tout rapport thérapeutique et de sa maîtrise.

D. Fassin souhaite que je sois plus limpide sur ce sujet. Je m'en garderai bien, étant réservé sur la production de connaissances qui ne seraient pas ambiguës sur ce thème. La sorcellerie est par nature à l'écart de toute « technologie » interprétative univoque, et je n'ai pas vocation à être un technocrate de la sorcellerie — comme d'ailleurs la plupart des anthropologues assumant leur identité, leurs ambiguïtés, ainsi que leurs limites. Sommé d'être plus clair, je me refuse à procéder à une gestion de la sorcellerie par ordinateurs interposés. Désolé pour les épidémiologistes et les statisticiens de la santé publique dont les présupposés — respectables — ne sont pas les miens, pas plus que les objets scientifiques.

Ne pas poser cette différence conduit à un dialogue de sourds ou à un espéranto interdisciplinaire à propos duquel je suis très sceptique — même si cette solution de facilité attire, à court terme, les institutions nationales et internationales. Les quelques anthropologues que compte l'Organisation mondiale de la santé confessent volontiers leur « souffrance épistémologique », et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale n'a pas recruté à ce jour d'anthropologues, qui seraient condamnés à être très « malheureux » dans le contexte actuel du marché des connaissances sur la santé publique. Cela n'interdit pas de penser à un dialogue fécond même si, à l'heure actuelle, nous parlons entre sourds, après des décennies de sourds-muets (le mutisme étant celui des anthropologues).

D. Fassin cherche avec obstination une thèse dans cet ouvrage qui présente des segments de logiques sociales et suggère des hypothèses d'articulations. Si polysémie il y a, elle est intrinsèque et constitutive d'un discours sur la santé publique recueilli en situation sociale, hors du laboratoire. C'est être un peu trop systématique par rapport à l'objet que de déplorer la fragilité de la théorie, qui n'est qu'une hypothèse d'analyse autant que l'analyse d'une hypothèse : celle qui consiste à occulter les rapports sociaux dans le champ de la santé publique.

L'hypothèse de l'État sorcier est certainement fragile mais, de leur côté, les théories déduites des matériaux épidémiologiques sont fréquemment inopérantes, voire tautologiques (par exemple : les malades sont malades car ils n'ont pas

d'hygiène, ou autres propositions du même type). J'ai simplement essayé de suggérer que cela n'est peut-être que l'un des bouts de la lorgnette, et que les patients parlent d'autre chose que les médecins ou les planificateurs n'entendent jamais car ils ne sont pas formés pour l'entendre. C'est probablement pourquoi D. Fassin se demande si les matériaux cités sont bien ce que disent les malades. Ceux-ci n'auraient-ils pas dit ce qu'il fallait dire ?

Insinuer dans la foulée que je parle à la place des malades m'oblige à souligner que leur discours est explicitement séparé de mes analyses, et que cette imputation résulte peut-être du commerce restreint qu'entretiennent certains médecins de santé publique avec les patients réels, plus fréquemment rencontrés dans des fichiers statistiques ou des programmes informatiques que dans les salles d'attente ou les consultations médicales.

Les formations choisies pour l'enquête ne sont exemplaires que si le lecteur en décide ainsi. C'est pourquoi mon propos n'est pas de chercher des coupables qui seraient la ville ou l'État, mais de relier des discours et les contextes où ils sont proférés¹. Dès lors, il est possible d'essayer d'analyser des malentendus épistémologiques, pas des caricatures réductrices, clairement exclues dans la conclusion de l'ouvrage.

Cette discussion n'est qu'un petit chapitre du quiproquo permanent par lequel on peut définir les rapports des médecins (surtout non cliniciens) et des anthropologues. Le débat n'est pas près d'être clos, malgré les fumées interdisciplinaires. D. Fassin, fort logiquement, me reproche essentiellement de parler de sorcellerie sans avoir proposé ou découvert de vaccin pour la prévenir. Objet de beaucoup d'attentes, depuis quelques années que se développe une « anthropologie médicale », les anthropologues se doivent de décevoir les médecins ou bien de se rendre aux injonctions opérationnelles ou « interdisciplinaires » des appareils sanitaires. On a compris que j'ai pris le risque de la première solution, sans prétendre qu'il n'y en a pas de meilleure à trouver.

ORSTOM, Paris, 1986.

1. Sur l'État comme catégorie cognitive — et non comme réalité —, on trouvera de plus amples développements dans « L'État sorcier », communication présentée à la table ronde sur l'État contemporain en Afrique (citée par D. Fassin) : cf. *supra* pp. 395-401.