

A CHACUN SON METIER

Il m'est demandé d'expliciter en quoi la pratique par une même personne de la médecine et des sciences sociales est problématique, et peut-être plus précisément quelles sont les contraintes qui s'exercent sur le clinicien faisant de la sociologie ou de l'anthropologie. Je répondrai à la première personne, en me fondant sur une expérience individuelle qui n'est pas nécessairement exemplaire (au sens de : généralisable), mais j'essaierai également de comparer avec d'autres situations de double exercice professionnel, afin de montrer que la spécificité de ma situation (et de celle d'autres praticiens de la médecine et des sciences sociales) est moins grande qu'on ne l'affirme souvent.

Les difficultés que j'ai pu rencontrer me paraissent être de trois natures distinctes, quoiqu'étroitement liées : matérielle, se traduisant trivialement par des contraintes de temps ; épistémologique, ou pour parler plus simplement, problèmes de distance et de relation entre le sujet et l'objet ; idéologique, au sens de rapports de pouvoir et de légitimité entre disciplines.

L'exercice de deux métiers, à la fois éloignés, exigeants(1), impose une contrainte *matérielle* majeure : le temps. Comment parvenir à mener de front une activité de soins (à quoi s'ajoutent habituellement, lorsqu'on est hospitalo-universitaire, des tâches d'enseignement et de recherche, ou tout au

moins de direction de recherche) et une activité de sciences sociales (impliquant elle aussi des obligations d'enseignement et bien entendu une activité de recherche, c'est-à-dire d'enquête et d'écriture) ? Dans ce dilemme permanent, la pression des malades et des familles est souvent plus forte que la nécessité anthropologique ou sociologique, et la légitimité de l'acte médical l'emporte généralement sur l'urgence des sciences sociales (on se voit mal retardant un examen de malade ou un entretien avec une famille pour terminer un article...). Cet impossible partage du temps m'a conduit, du moins en ce qui concerne les travaux de terrain, à faire alterner - plutôt qu'à superposer - les années d'exercice de la médecine et les années de recherche en sciences sociales, et si actuellement j'ai une double activité, elle se fait sur un mode mineur en ce qui concerne la sociologie et l'anthropologie, puisqu'elle exclut toute nouvelle opération d'enquête et se résume à l'exploitation de données précédemment collectées. A cette dimension quantitative (qui se traduit par un manque de temps) s'ajoute une dimension qualitative (ce qu'on peut appeler une différence de rythme). En effet, la fébrilité de l'activité médicale et l'enchaînement rapide des gestes et des situations qu'elle implique est en contraste complet avec la lenteur du travail réflexif et les longues plages temporelles qu'elle rend nécessaires. Peut-être plus encore que la question du partage entre les deux disciplines, c'est souvent la question du passage de l'une à l'autre qui fait obstacle à ma pratique des sciences sociales(2).

Mais le double exercice peut être aussi abordé sous l'angle *épistémologique*, c'est-à-dire dans la difficulté d'avoir à se situer alternativement comme médecin confronté à des problèmes sociaux, qu'ils soient humains ou institutionnels, et chercheur analysant une pratique médicale dans la société ; ou encore, du point de vue des sciences sociales, à être successivement sujet et objet de la recherche : il est en effet remarquable, et bien entendu logique, que la plupart des sociologues et des anthropologues ayant également une formation ou une pratique médicale choisissent comme thème de leurs études la santé, la maladie, la médecine, le système de soins. Dans l'identification de cette distance entre les deux pratiques, je m'étais, il y a quelque temps, opposé à une idée (développée par des médecins) selon laquelle une formation en sciences sociales améliorerait la qualité de la pratique médicale (il s'agissait d'ailleurs plus de la dimension culturelle, avec l'étude des représentations profanes de la maladie en particulier, que de la dimension sociale ou politique des sciences sociales). En réaction contre cette croyance que, parce qu'on connaît un peu (ou même beaucoup) d'anthropologie (voire de sociologie), on fait un meilleur médecin, c'est-à-dire plus compréhensif et plus humain - comme si des générations de médecins qui n'avaient pas eu la "chance" de faire des sciences sociales n'avaient par conséquent pas pu faire une médecine sociale -, j'avais indiqué que ma pratique de clinicien ne s'était pas trouvée modifiée par l'apprentissage de la sociologie et de

l'anthropologie. Affirmation certes excessive, mais qui vise à marquer les territoires et à différencier les démarches : savoir à quel modèle d'interprétation se réfère un malade pour expliquer ses troubles ne change pas grandchose à ma conduite diagnostique et thérapeutique ; à l'inverse, le soigner ne me donne pas de prérogative particulière pour accéder à son système d'interprétation. Croire le contraire serait, pour la première proposition, céder à un penchant culturaliste d'autant plus dangereux en médecine que ce que le patient demande à son thérapeute, c'est avant tout de le guérir ; et pour la seconde, utiliser l'exercice soignant comme un pouvoir sur des domaines de la vie privée autres que médical, ce qui est une atteinte à l'éthique des deux disciplines. Dans cette volonté (difficile à mettre en oeuvre) de distinguer les deux pratiques - qui me conduit par exemple à me présenter comme médecin et sociologue(3) -, j'ai en fait été de plus en plus amené à éloigner l'objet sur lequel je travaille comme sociologue des lieux sur lesquels j'exerce mon activité de médecin, m'intéressant plus aux inégalités sociales, aux pouvoirs locaux, aux réseaux de solidarité (tous thèmes pour lesquels la santé et la médecine n'étaient plus qu'un prétexte et un révélateur) qu'à la profession médicale, à l'institution hospitalière ou aux malades (thèmes auxquels j'ai accès quotidiennement en tant que clinicien).

Il est enfin une difficulté d'ordre *idéologique* à tenter de mener de front cette double activité : elle tient à la relation de pouvoir existant entre

les deux mondes en cause. Relation qui d'ailleurs n'est peut-être pas symétrique : dans la méfiance réciproque que j'ai fréquemment constatée, il y a, du côté des médecins, une suspicion à l'égard des sciences sociales en tant que discipline, et du côté des sociologues et des anthropologues, une réticence à l'encontre du médecin en tant que praticien des sciences sociales. Ce que certains médecins reprochent généralement à la sociologie et à l'anthropologie - et j'ai plusieurs fois eu à me défendre, ou à défendre les sciences sociales, devant des publics médicaux peu favorables - se résume à deux propositions : elles parlent pour ne rien dire, c'est-à-dire à la fois elles disent des choses que nous connaissons déjà et elles les disent de façon compliquée ; elles ne savent que critiquer, c'est-à-dire à la fois elles tiennent un discours de contestation et elles ne proposent pas de solutions de rechange (cette dimension des sciences sociales est évidemment particulièrement sensible lorsque la critique porte sur le pouvoir médical). Ce que certains sociologues et anthropologues voient d'un mauvais oeil dans le fait qu'un médecin fasse des sciences sociales - et là aussi j'ai dû justifier, y compris en réponse à des critiques écrites, ma position - tient à deux faits : d'une part, il existe chez les médecins une tendance à se croire "naturellement" sociologues et anthropologues, puisqu'ils côtoient quotidiennement des problèmes humains (or, les praticiens des sciences sociales sont payés pour savoir que cette fréquentation régulière ne suffit pas plus aux médecins qu'aux assistantes sociales pour faire de la

sociologie ou de l'anthropologie) ; d'autre part, il existe dans l'état actuel du marché des sciences sociales une raréfaction des moyens qu'aggrave encore l'irruption de chercheurs venant de nouveaux horizons (dans la concurrence pour les postes et les contrats, les médecins sont alors assez peu désirés, on le comprend aisément). En somme ce que j'ai maintes fois ressenti en circulant entre les deux mondes, c'est une mise en cause par les uns de la légitimité des sciences sociales à parler de la médecine et par les autres la légitimité du médecin à faire des sciences sociales. Toutefois, cette réalité ne doit pas faire verser dans le discours de la persécution trop souvent de mise en pareille circonstance. Même si j'ai eu à subir de la part de certains, d'un côté comme de l'autre, cette méfiance dont j'ai parlé, je suis conscient également des bénéfices que j'ai tiré de ce type de situation liminaire : la difficulté à se faire reconnaître dans les deux champs scientifiques s'accompagne aussi des avantages que confère une position originale, donc valorisante. A cet égard, les efforts de clarification épistémologique abordés précédemment sont essentiels à la reconnaissance qu'on peut chercher de deux côtés.

Je voudrais terminer cette note (dont la rédaction aura certainement souffert de cette contrainte du temps évoquée plus haut...) en soulignant la non spécificité de la situation de double exercice dont il est question ici : on pourrait en effet proposer la même analyse, ou presque, s'agissant d'éducateurs ou d'assistants sociaux devenus socio-

logues, ou de toute autre combinaison professionnelle réunissant dans une même personne deux métiers dont l'un consiste à agir et l'autre à réfléchir. Problèmes de temps, de distanciation et de légitimité se retrouvent alors invariablement, et il n'y a aucune raison de ce point de vue d'isoler le cas particulier du médecin faisant des sciences sociales. C'est bien au fait que les deux champs ne se définissent pas par rapport aux mêmes objectifs (l'action et la réflexion) et aux mêmes façons de faire (le sens pratique et le sens critique) que tiennent les difficultés analysées (elles seraient différentes s'il s'agissait d'un économiste faisant de la sociologie ou d'un philosophe faisant de l'anthropologie, encore que la question du rapport à l'objet et de la reconnaissance par la discipline soit aussi d'actualité dans ce type de combinaison scientifique apparemment moins hétérogène).

Ultime question, à laquelle je ne sais pas encore répondre : est-il possible de continuer longtemps un double exercice ? Ne faut-il pas à un moment donné choisir et se consacrer à l'un des deux champs ne serait-ce que pour des raisons d'efficacité scientifique ? La nécessité dans laquelle je suis actuellement de faire alterner des années de pratique médicale et des années de recherche est peut-être un début de réponse.

Didier FASSIN

Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière et Institut Santé et Développement

N.B. : Je remercie Anne-Claire DEFOSSEZ de m'avoir aidé à réfléchir sur ce sujet, pour moi sensible.

NOTES

(1) Il faut distinguer ici la situation de sociologues ou d'anthropologues ayant une formation de médecin mais n'ayant pas (ou plus) d'activités cliniques de celle de chercheurs en sciences sociales qui continuent à exercer la médecine (c'est du second cas dont il est question ici).

(2) Parlant de ces contraintes matérielles liées au temps, j'ai toutefois conscience qu'il en est une autre, plus dure, à laquelle sont confrontés nombre de chercheurs sans statut : l'argent (celui des revenus et des contrats) à l'abri de laquelle mon activité de médecin me place partiellement (et provisoirement).

(3) Il est à cet égard intéressant de voir comment, dans leurs écrits et sur leurs terrains, se présentent aux autres ceux qui ont cette "double casquette" : tantôt comme anthropologue (ou sociologue), effaçant ainsi la trace de leur seconde formation (ce qui ne se justifie à mon sens que lorsqu'on n'en a plus la pratique réelle) ; tantôt comme médecin-ethnologue (ou toute autre association verbale), semblant faire de cette combinaison professionnelle une spécificité, quand ce n'est pas une supériorité (effectivement revendiquée par certains).

Fassin Didier (1989)

A chacun son métier

In : Bonnafé P. (ed.), Gruénais Marc-Eric (ed.). La recherche sous conditions

Bulletin - AFA, (36), 103-110