



Anthropologie et recherche biomédicale

Annie Hubert

► To cite this version:

Annie Hubert. Anthropologie et recherche biomédicale : De quoi parle donc l'anthropologie médicale ?. Jean-François Baré. Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France, Karthala, pp.222-239, 1995. ird-00384204

HAL Id: ird-00384204

<https://ird.hal.science/ird-00384204>

Submitted on 14 May 2009

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 recherche biomédicale

De quoi parle donc l'anthropologie médicale ?

par A. Hubert

Chez les anthropologues français, il existe des appellations variées et qui souvent se recoupent, pour toute approche anthropologique traitant du corps, de ses fonctions et dysfonctions, et des dimensions culturelles et sociales de la maladie. Anthropologie de la maladie, anthropologie de la santé, ethnomédecine, ethnopsychiatrie, anthropologie médicale, et j'en passe, ont des définitions qui semblent se recouvrir en partie et varient selon les écoles ou les individus qui les utilisent. Notre propos n'est pas ici d'en faire une étude critique ou détaillée. Nous avons choisi de maintenir l'expression anthropologie médicale, dans le sens que lui donnent nos collègues anglo-saxons, qui l'ont inventée (1) et qui recouvre le vaste champ des représentations et des réalités physiologiques du corps, dans son environnement naturel, culturel et social.

Il s'agit donc d'un regard anthropologique spécifique à un cadre, au demeurant toujours un peu flou, qui délimiterait tout ce qui a trait aux idées et aux faits liés au bon et mauvais fonctionnement des corps des individus composant un groupe spécifique, une société, ou une culture ; il s'agirait encore d'envisager les notions de « santé » et de « maladie » comme supports utiles à des grilles de lecture de la société (2). La première remarque qui vient à l'esprit est que ce sujet d'étude, même mal défini, paraît « applicable », presque par définition, dans la mesure où il s'agit

(1) D. Landy, Public Health and Preventive Medicine, ch. VII, pp. 129-154, in *Culture, Disease and Health studies, in medical anthropology*, MacMillan, New York et Londres, 1977.

(2) M. Augé et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 1984.

de l'homme en tant que créature sociale dans un contexte de recherche biomédicale et de santé publique qui a pour vocation d'apporter connaissance et bien-être à cette même créature, dotée d'attributs biologiques autant que culturels. Or, les choses sont loin d'être aussi simples, en France du moins.

L'application de l'anthropologie médicale à la découverte de solutions à des problèmes de recherche biologique, clinique, épidémiologique ou de santé publique est encore embryonnaire en France. Il y a au moins cinquante ans qu'une telle pratique existe, institutionnellement, aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Dès les années 1940, le gouvernement américain, durant les années de guerre, et à travers le prestigieux National Research Council, avait demandé à une anthropologue célèbre, Margaret Mead, de décrypter les comportements alimentaires de ses compatriotes, afin de mettre en place des politiques de santé publique efficaces ou plus économiques en ces périodes de pénurie, et faire en sorte qu'en cas de besoin les Américains acceptent de manger des aliments certes énergétiques mais ô combien « dégoûtants » pour eux, comme les tripes et abats, pour n'en citer que quelques-uns (3). Les instances de santé publique anglo-saxonnes se sont tournées naturellement vers les anthropologues et les sociologues pour demander des expertises, voire des recommandations. Cela était institutionnellement possible par la création de ces cellules appelées de « médecine communautaire » en Grande-Bretagne ou ailleurs dans le Commonwealth. Il s'agit d'équipes de santé publique locales, pluridisciplinaires et comprenant également des membres du « public » c'est-à-dire de la communauté.

L'aspect culturel et social des faits de santé y furent, dès le départ, implicitement reconnus (4). Rien de comparable en France où le monde médical est demeuré extrêmement fermé et le domaine de la santé publique cantonné tout au plus au contrôle de qualité des eaux et des aliments, le plus souvent aux mains de toxicologues, dans la vieille lignée des hygiénistes du XIX^e siècle. Les médecins français semblent souvent se comporter comme les propriétaires exclusifs de tout sujet ayant trait au corps. Aucune participation des citoyens, aucune pluridisciplinarité pour trouver des solutions à des problèmes de santé et de maladie de plus en plus complexes. L'appel à des sociologues et psychologues en santé publique est récent, quant à la demande d'expertise anthropologique, avec sa spécificité du terrain, d'observation fine, qualitative, elle est presque

(3) Margaret Mead, coordinator of the Committee on Food Habits of the National Research Council, NCR, 1945 : *Identifying the impact of ethnicity, family composition, social pressure and similar factors on dietary choices*.

(4) D. Landy (ed.) et R.W. Lieban, « The field of medical anthropology », pp. 13-30 ; R. Dubos, « Determinants of health and disease », pp. 31-41.

inexistante. Nous aborderons ici de rares cas où elle a pu se développer.

Il ne faut pas nécessairement en déduire que les Français sont plus fermés que les autres Européens. Mais le cloisonnement des disciplines, que ce soit au sein de l'université ou des organismes de recherche, fut une réalité incontournable, et ce modèle semble rester dominant, en dépit du discours officiel et de la mise en place de nouvelles politiques de recherche. Dans ces conditions, il n'était pas pensable que le domaine biomédical accepte ou même songe à demander la collaboration des sciences humaines et sociales, en particulier de l'anthropologie, fût-ce pour des problèmes touchant le domaine « exotique » des pays en voie de développement. Même si, pendant des années, l'anthropologie française a privilégié « le regard éloigné », son « exotisme » ne l'a pas rendue plus « applicable » de par la conception même de ses acteurs qui ne pouvaient considérer sans déroger le fait d'appliquer leur savoir à des fins « utiles » ou à la demande d'autres disciplines, qui, il est vrai, n'était que rarement exprimée. Il fallait que la « pureté » de la recherche demeure, et l'expression de « recherche appliquée », si toutefois elle a un sens, était synonyme de médiocrité, de recherche de second ordre, et en tout cas comme manquant totalement de distinction intellectuelle. Il suffit pour s'en rendre compte, de consulter les commentaires mentionnés sur quelques rapports de dossiers de candidature ou d'évaluation dans des organismes de recherche. Rien d'étonnant alors que l'anthropologie médicale en France soit un sujet de recherche relativement récent et que son application soit un phénomène tout juste débutant, et qu'il n'y ait pas d'accord sur le fait qu'il s'agisse réellement d'une discipline particulière.

Comment se définit l'application de l'anthropologie médicale ?

Il y a application s'il y a nécessité d'une expertise anthropologique, exigeant l'implication d'un chercheur dans un programme dont les buts sont la solution d'un problème lié à la santé d'individus ou de populations. On pourrait d'ailleurs tout aussi bien parler d'interdisciplinarité : en effet, il y a dans ce concept l'idée d'une application réciproque de diverses disciplines dans le but de trouver une solution ou une explication à un problème complexe.

De même, si un chercheur est personnellement impliqué dans des réflexions politiques ou éthiques, en tant qu'anthropologue, il « applique » sa discipline à une réflexion commune qui exige l'apport de points de vue différents. Être anthropologue au Comité d'éthique ou au Conseil national du sida, peut être considéré comme une

application de la discipline, dans la mesure où la réflexion de ce chercheur contribue à la prise d'une décision ou à la définition d'un programme. Autrement dit, toute réflexion ou recherche qui ne se fait pas dans « une bulle » c'est-à-dire de manière complètement déconnectée, aurait dès le départ un aspect « appliqué ».

Les champs d'application se situent autour de quatre grands axes

- la recherche fondamentale dans le domaine biomédical,
- la pratique clinique, physiologique et psychologique,
- la santé publique dans toutes ses dimensions,
- la formation de personnel.

La recherche fondamentale biomédicale

Les possibilités d'application de l'anthropologie y sont nombreuses. En douze années de recherches menées à travers ce vaste domaine, un des auteurs a travaillé avec des épidémiologistes, des biochimistes, des nutritionnistes, des virologues et des biologistes moléculaires. Un résumé de la manière dont se sont effectuées ces recherches illustre bien les façons dont s'enclenche l'application de l'anthropologie dans diverses branches du domaine biomédical.

— *A titre d'exemple : le cancer du rhino-pharynx et l'anthropologie*

Au départ, un problème sur lequel buttent des équipes de virologues et cancérologues travaillant sur le cancer du rhino-pharynx. Il s'agit d'une tumeur de l'arrière-gorge extrêmement fréquente chez les Chinois du Sud, les Maghrébins et les Eskimos et pratiquement inconnue dans les pays occidentaux. On sait que les migrants de ces divers pays s'installant en Occident gardent le risque de développer la tumeur pendant deux générations, et le perdent lorsqu'ils se sont « fondus » dans la population du pays hôte, autrement dit lorsqu'ils en ont adopté les modes de vie. On sait aussi que ce cancer est lié à la présence du virus d'Epstein-Barr. Mais ce virus est présent partout dans le monde, et seul, il ne peut expliquer la répartition de ce cancer. On suspecte un facteur génétique, mais cela ne suffit pas non plus à expliquer la répartition. Reste la présence d'un ou de plusieurs facteurs dits « environnementaux », liés sans doute à des manières de s'alimenter, de se soigner, de vivre, dépendant donc de ce que l'on pourrait désigner sous le terme de facteurs culturels. Des épidémiologistes viennent à la rescousse des viro-

logues, et font plusieurs études dites « cas/témoins », au cours desquelles ils comparent dans une même population des individus malades et des individus « sains » (c'est-à-dire non atteints de ce cancer), afin de trouver les facteurs qui les différencient, et qui seraient des facteurs « favorisants » ou associés à la tumeur. Les résultats de ces enquêtes « lourdes » et coûteuses, réalisées à Hong Kong et Singapour sur des communautés chinoises, sont décevants. Trop de paramètres définissant des « modes de vie » empêchent d'avoir des hypothèses claires : ainsi un des facteurs de risque ressortant des enquêtes est « être Chinois » ! La solution est de se tourner vers des spécialistes qui ont étudié la culture de ces « populations à risque » et de faire appel à l'anthropologie. Nous verrons plus loin comment s'est formulée la demande, et comment elle était comprise, à travers des individus pratiquant des disciplines extrêmement différentes et n'ayant qu'une très vague idée de ce que faisait l'autre.

Un virologue, spécialiste des cancers associés à des virus, se trouve donc dans une impasse méthodologique et scientifique ; ayant appris par hasard au cours d'une conférence l'existence et la nature d'une discipline appelée « anthropologie », il demande à une anthropologue de réfléchir au problème de la curieuse distribution du cancer du rhino-pharynx. Pourquoi trois populations sont-elles touchées davantage que le reste du monde ? L'anthropologue qui sait à peine et très vaguement ce qu'est un virus, reprenant à sa façon la définition des « facteurs environnementaux » des épidémiologistes, les perçoit comme des faits ethnographiques, anthropologiques, liés au quotidien des groupes d'individus composant ces fameux « groupes à risque ». Partant de ce principe, elle propose au virologue spécialiste des cancers de faire une étude sur l'alimentation et les médecines traditionnelles des trois populations dites « à risque » pour la tumeur, car de tous les événements du quotidien, ce sont ceux-là qui touchent le plus intimement le corps. Elle propose ensuite d'en faire une étude comparative, afin de voir quels pourraient être des facteurs « comparables », ces derniers, communs aux trois populations, ayant des chances d'avoir un certain lien avec le fait que ces gens développent ce cancer. Le virologue-cancérologue est vivement intéressé. Il n'est pas pour lui déplaire que l'anthropologue ait adopté une démarche méthodologique diamétralement inverse de celle des épidémiologistes qui ne sont pas parvenus à lui fournir une réponse, voire une hypothèse satisfaisante. Au lieu de voir privilégier ce qui fait la différence entre les bien-portants et les malades, il s'agit de rechercher ce qu'il y a de commun entre tous les malades de toutes les populations différentes atteintes par cette tumeur. Il s'agit donc pour l'anthropologue de faire trois « terrains » différents, sur un sujet

particulier, en l'occurrence l'alimentation et la médecine familiale, étant entendu que celle-ci conduit les individus à ingérer régulièrement au cours de leur vie certains types de préparations médicinales.

La première étape implique une longue explication à l'équipe médicale (qui comprend le cancérologue, une épidémiologiste et une biochimiste) de ce qu'est le terrain, et du temps nécessaire pour aboutir à un résultat, c'est-à-dire plusieurs mois pour chaque terrain. Le virologue tombe des nues. Il pensait qu'en une quinzaine de jours et un bon questionnaire tout serait réglé. Car pour le virologue, le terrain consiste à aller travailler dans divers laboratoires de campagne ou de ville, dans des pays plus ou moins exotiques, avec des collègues locaux, le tout se faisant en anglais, langue scientifique incontournable. Il finit par concevoir cette idée de terrain anthropologique comme une plongée sans scaphandre dans un « milieu » totalement différent, ou « le flair » ou « l'intuition » du chercheur lui fera découvrir, en un trait de génie, l'hypothèse manquante. Il compare cette approche à celle du célèbre Dennis Burkitt, médecin en Afrique de l'Est qui, avec du bon sens, une certaine idée de la logique et une carte de géographie, découvrit la répartition bizarre d'un cancer de l'enfant, le lymphôme de Burkitt. Il n'était pas épidémiologiste, n'avait aucune notion de biostatistique, mais son « flair » lui avait permis de faire une découverte. L'anthropologue avait après tout des chances de pouvoir faire pareil. On peut se demander à ce point du récit pourquoi la démarche anthropologique s'impose plutôt que le regard de n'importe quel observateur. On peut, sans se tromper, penser que diverses dimensions de la formation anthropologique (étude des langues, intériorisation des catégories culturelles, pratique de terrain) assurent des capacités d'observation particulières de faits passant généralement inaperçus de l'esprit le mieux disposé à cet égard. Mais une attitude courante chez la plupart des biomédicaux vis-à-vis de l'anthropologie est de dire que c'est en quelque sorte une discipline qui s'acquiert par « osmose » ! S'étant « approprié » le corps humain, les faits sociaux qui l'entourent devraient être « lisibles » sans problème pour cette catégorie de spécialistes pour peu qu'ils s'immergent dans la couleur locale !

Autre difficulté de la première étape : l'hostilité, à peine cachée des épidémiologistes biostatisticiens qui pensent que le type de données obtenues au cours d'un tel terrain, essentiellement qualitatives, ne serviront à rien et ne seront en aucun cas « représentatives ». Il soulignent l'importance de travailler sur un « échantillon représentatif ». C'est quoi ? se demande l'anthropologue. Une famille choisie sur chaque kilomètre carré du pays ? Un village

entier ? Combien de personnes ? Pourquoi des personnes plutôt que des maisonnées ?

Et que répondre à la question d'une épidémiologiste connue qui demande : « Alors, vos témoins, vous allez les choisir comment ? » Quels témoins ? et de quoi ? Il y a à ce stade un malentendu total entre épidémiologistes et anthropologues. Les premiers s'accrochent à leurs critères scientifiques sans admettre qu'il peut y en avoir d'autres pour d'autres chercheurs de terrain. Ils se sentent en concurrence et nient à l'anthropologue sa capacité à faire autrement une recherche sur une population. Ils n'intègrent pas bien la notion que des groupes humains sont autre chose qu'un agrégat de « sujets », et que les facteurs « culturels », plus difficilement définissables que des paramètres biologiques peuvent être importants. Une épidémiologiste de l'INSERM, formée par le célèbre Dr Schwarz, me dit même une fois que tous ces aspects « socio-culturels » pouvaient être classés, puis éliminés au besoin, par de simples formules mathématiques. L'anthropologue donc, assurée de l'appui du virologue, directeur de l'équipe, part faire ses études de terrain. Pour satisfaire un minimum les biostatisticiens, elle va travailler à partir d'un chiffre incontournable en biostatistique à l'époque, le 30. Trente familles dans chaque population à haut risque, la moitié avec des cas de cancer du rhino-pharynx si possible. Pourquoi ce chiffre ? De nombreux statisticiens savent bien qu'on peut faire des projections ou calculs fiables avec moins, d'autres pensent qu'il s'agit là du minimum possible. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'un chiffre « magique », garantissant de manière quelque peu arbitraire la solidité de la base mathématique d'un raisonnement. Quoi qu'il en soit, l'anthropologue accepte ces contraintes statistiques, qui ne sont pas réellement gênantes pour la réalisation de l'étude de terrain.

Le terrain, que ce soit en Tunisie, en Chine ou au Groënland, demande un premier contact étroit avec des équipes médicales locales, puisqu'il faut retrouver des familles ayant des cas de ce cancer. C'est alors que se dessine une grande différence avec un terrain plus « classique ». Le fait de travailler sur un sujet qui peut se définir d'abord comme « médical », ouvre immédiatement les portes officielles. La plupart du temps, autorisations et offres d'aide pleuvent de tous côtés si le sujet ne porte pas à controverse (sida par exemple). Aucune difficulté pour consulter les dossiers de malades traités pour cette tumeur. En même temps, une curiosité se manifeste pour ce chercheur en sciences sociales qu'on persistera, tout au long des années de l'étude, à considérer comme médecin, étant donné qu'il travaille sur des sujets qui paraissent relever uniquement du domaine biomédical.

La moisson de données rapportées satisfait le virologue et son équipe. Des schémas alimentaires spécifiques de ces populations commencent à se dessiner. L'anthropologue a eu soin de rapporter de ses terrains de nombreux spécimens alimentaires, de tout ce qui fait la nourriture courante de ces populations, y compris des aliments de sevrage et des remèdes familiaux. Ce genre de collecte ne va pas sans quelques difficultés car les conditions matérielles sont un peu contraignantes : il faut que tout soit congelé à -80° pour le transport et la conservation. Une réflexion sur les facteurs alimentaires qui semblent comparables pour les trois groupes fait sélectionner des types d'aliments de conservation traditionnelle, séchés, salés ou fermentés. Les données anthropologiques montrent qu'ils sont consommés très fréquemment depuis le sevrage.

Entrée en scène des biochimistes : ils vont analyser tout cela pour y chercher des substances cancérogènes ou autres qui pourraient expliquer que les gens ayant ce type d'alimentation présentent un risque élevé de développer ce cancer. C'est la première fois qu'ils ont un anthropologue sous la main, et ils en sont ravis. En effet, il leur faut souvent avoir des explications sur la préparation des aliments, impossibles à obtenir dans des spécimens récoltés lors d'enquêtes non anthropologiques. Les questions pleuvent : comment fait-on cuire le poisson salé ? Quand le mange-t-on cru ? Combien de temps marinent les légumes dans la saumure ? Change-t-on la saumure souvent ? Ces aliments se mangent avec quoi ? Qu'est-ce qui constitue le repas ? Quelle est la combinaison des aliments ? La collaboration entre la biochimiste et l'anthropologue sera étroite et l'étude durera deux années d'échanges constants d'information et de réflexion commune sur les possibilités de types de repas « à risque ». Il s'agit en fin de compte de réflexions sur la cuisine et des conséquences biochimiques du traitement de certains aliments, ce qui n'est pas sans intéresser un anthropologue de l'alimentation !

Un peu le hasard, un peu le bon sens permettent l'obtention de résultats intéressants. Le virologue maintient qu'il s'agit du « flair » de l'anthropologie pour ces choses, l'anthropologue préférerait qu'on se réfère davantage à sa professionnalité qu'à son « intuition féminine », mais le pli est pris et se maintiendra tout au long des années.

On sait donc que des poissons salés, des viandes séchées et des légumes en saumure de Chine, des poissons séchés et faisandés, du phoque séché du Groënland, de la viande séchée et des légumes en saumure, des mélanges d'épices de Tunisie contiennent tous des substances cancérogènes, appelées nitrosamines volatiles, ainsi

qu'une substance mystérieuse, qui réactive le virus d'Epstein-Barr, toujours présent dans les tumeurs du rhino-pharynx. Bien sûr, ces résultats tels quels ne signifient rien, dit-on à l'anthropologue. Il faut en faire la preuve par neuf, autrement dit, il faut aller revoir les épidémiologistes. Eux seuls, avec leurs méthodes statistiques, pourront dire si des individus qui ont ce type d'alimentation sont à risque pour ce cancer.

Les épidémiologistes qui ne voulaient rien savoir au début de l'enquête font volte-face. Ils ont pris connaissance des données rapportées du terrain, et des résultats des analyses biochimiques. Ils ont constaté comment, avec ce type de matériel, on pouvait affiner les hypothèses de recherche, et ils ont tout de suite compris qu'avec l'aide de l'anthropologue, ils arriveraient à construire un questionnaire efficace, bien compris par les populations qu'on allait questionner. Ils vont entreprendre des enquêtes cas/témoins, c'est-à-dire sur des malades et des bien-portants, en l'occurrence un malade pour deux témoins, afin de voir si les malades ont été plus exposés que les autres aux aliments et substances incriminés par les biochimistes. Les relations deviennent amicales et le resteront, l'anthropologue arrive même à convaincre l'équipe de biostatistique d'interviewer comme ils disent, les « cas » et les « témoins » au sein de leur famille, afin d'obtenir un maximum de données fiables.

La construction du questionnaire est un nouvel apprentissage pour l'anthropologue. Elle veut trop de questions, trop de détails, et c'est en se rendant compte de la difficulté d'une analyse biostatistique qu'elle apprend à faire un nouvel effort de synthèse, de reformulation d'idées, demeurées un peu vagues, ou peu compréhensibles pour des chercheurs d'une autre discipline.

Les résultats de deux enquêtes cas/témoins en Tunisie et en Chine, confirment dans l'ensemble les premières hypothèses alimentaires. La compréhension entre l'anthropologue et l'épidémiologiste est désormais excellente : chacun sait comment l'autre travaille, connaît ses méthodes et ses limites et comme ils s'entendent bien, on peut dire qu'il y a eu réellement la création d'une équipe véritablement pluridisciplinaire. Application reconnue et réussie donc dans ce cas, puis qu'elle débouche sur ce qui semble pouvoir être considéré des différents côtés, comme une avancée scientifique en recherche biomédicale. Pour les virologues et biologistes moléculaires, qui sont déjà plus loin du terrain, et qui ne démordent pas de leur théorie « du flair », de « l'intuition » et de « l'immersion dans un milieu inconnu » pour expliquer l'apport de l'anthropologie à ce type d'étude, l'idée d'application est un peu plus floue, dans la mesure où ils ne semblent pas considérer

l'anthropologie comme une discipline ayant des règles et une méthodologie particulière. Cela peut se discuter. Peut-être en est-il ainsi du fait que chez eux aussi l'idée d'application n'est pas nécessairement présente à tout coup dans leur champ de recherche (5).

Problèmes de collaboration

La difficulté majeure pour l'anthropologue, qui veut travailler avec des chercheurs de sciences de la vie, est celle de la communication. Des disciplines aussi différentes, aussi opposées ne sont certes pas faites pour s'entendre spontanément. Le biologiste travaille sur « l'homme », un « sujet », individu isolé, fermé, sans liens (sauf génétiques) : il s'agit d'un « organisme ». L'anthropologue définit l'individu en fonction du groupe auquel il appartient. Comment les deux protagonistes vont-ils pouvoir s'entendre sur un sujet d'étude ? Le biologiste sait vaguement qu'il y a des « facteurs liés au mode de vie » qui importent dans le développement de certaines pathologies. Mais il a du mal à remettre ce type de facteur dans un contexte social, économique, culturel, beaucoup plus complexe que ce qu'il pouvait imaginer au départ. L'anthropologue, par ailleurs, n'a souvent pas de notions minimales de biologie, et a du mal à comprendre la mécanique moléculaire qui préoccupe son collègue chercheur. De plus, les deux disciplines ont chacune un jargon spécifique hermétique aux non-spécialistes. Par exemple, au début de la collaboration de l'un des auteurs avec des biologistes, ils comprenaient le terme « culture », comme « connaissance littéraire et artistique plus ou moins approfondie ». Par ailleurs, l'anthropologue tendait à confondre un facteur « corrélé » avec une pathologie et un facteur « causal ».

Le lien de communication entre les deux approches demande un ajustement, et il est intéressant de noter que c'est l'anthropologue, de par sa formation, qui fournit l'effort. On nous enseigne en effet à apprendre la langue de « l'autre », à essayer de le comprendre par l'observation et l'échange. C'est ce qui se passe avec les biologistes et médecins. L'anthropologue commence par traiter avec eux comme il traiterait avec n'importe quel groupe à étudier. C'est lui qui « apprend la langue », et s'insère métaphoriquement dans la « culture » de l'autre. Autrement dit, comme préalable à l'application de l'anthropologie dans le domaine biomédical, il y a une « anthropologisation » du partenaire, ce qui veut dire que l'application se fait en deux temps : observation et

(5) Annie Hubert et Guy de Thé, *Modes de vie et concers*, Robert Laffont, Paris, 1989.

connaissance du groupe biomédical, avant la réalisation d'études ou de programmes communs.

Les cas de médecins anthropologues ayant fait une démarche inverse sont extrêmement rares et se sont le plus souvent soldés par l'absorption de ces médecins dans l'anthropologie.

Clinique et anthropologie : un exemple

Sur le terrain, en Tunisie, l'anthropologue a tenté deux ou trois fois d'intervenir auprès de cliniciens locaux, chargés de soigner des malades atteints d'une tumeur du rhino-pharynx. Non point pour mettre en question le traitement, mais uniquement sur la manière dont il était préférable de communiquer et d'expliquer à la fois au malade et à sa famille ce qui était en train de se passer. En effet, les médecins se plaignaient amèrement de la perte de vue de nombreux patients, qui ne venaient pas se faire suivre régulièrement. Malgré les explications sur les conditions de vie, les représentations particulières de la maladie, l'angoisse de ces familles, les cliniciens ne pouvaient entendre ce discours. Pour eux, ces patients étaient des ruraux ignares, incapables de comprendre quoi que ce soit, à qui il fallait ordonner de venir et revenir à dates fixes. Seules l'ignorance et la rusticité expliquaient les défections, qui, bien entendu, étaient suivies d'une mort plus ou moins prématurée du malade. Il est extrêmement difficile à un anthropologue d'intervenir dans le domaine clinique sans que les médecins ne se sentent privés de leurs prérogatives.

L'application à la santé publique

On pourrait fort bien imaginer que l'étude décrite ci-dessus, ayant passé de la virologie à la biochimie et à l'épidémiologie, se prolonge dans le domaine de la santé publique. Des campagnes de prévention pourraient être envisagées, de manière à ce que les gens préparent leurs aliments sans qu'il s'y développe des substances cancérigènes ou des réactivants du virus. On ne doit pas mésestimer les difficultés diverses que présente un « pilotage » de conduites aussi intimes que celles présidant à l'alimentation pour contribuer à un changement de comportement. Si aucune campa-

gne de prévention n'a pu être mise sur pied, ce n'est pas du fait de ces difficultés, ni du fait de l'anthropologie ou des équipes de recherche, mais du fait des politiques gouvernementales des pays concernés, pour qui ce cancer n'est pas une priorité, à l'exception de la Chine, qui, elle, a misé sur une détection précoce de la tumeur, en raison de traditions fort anciennes de médecine préventive.

Or, l'anthropologie aurait un rôle important à jouer dans le domaine de la santé publique. Il semble en effet inefficace, voire dangereux, de le laisser aux seules mains des scientifiques se décrivant comme « durs ». Car la biomédecine comprend trois grandes tendances, pour l'instant inébranlables : une concentration sur la clinique et les soins plutôt que sur la prévention des maladies. Ceci est parfaitement traduit dans notre propre système de sécurité sociale, et est la cause de ses gros problèmes financiers ; une concentration sur l'individu comme unité d'analyse plutôt que sur des groupes humains dans un contexte ; enfin, une préférence pour des modèles causaux (biologiques) unifactoriels, plutôt que pour des modèles causaux plurifactoriels ou environnementaux (6). Dans la culture occidentale contemporaine, par définition, le médecin est destiné à guérir, à soigner une sorte d'*Homo sapiens* moyen qui couvrirait la planète, sujet défini par son propre corps, univers fermé et comparable à tous les autres, et pour lequel l'idée de contexte, voire d'environnement n'existe pas. Cela ne peut s'accorder avec la notion de santé publique, qui elle, par définition, se réfère à des grands ensembles de population dont il faut maintenir les conditions de santé.

Il est vrai que des craquements se font entendre dans le domaine biomédical, et que ces dernières années s'est développée chez certains médecins et biologistes l'idée d'une médecine communautaire, plus proche de celles des Anglo-Saxons et de ce qu'ils appellent « la recherche en prévention ».

Ce sont des domaines où l'anthropologie pourrait jouer un rôle majeur. Pour mettre en place toute campagne de santé publique, il faut savoir comment le « public » voit sa santé, ou sa maladie. En témoignent aujourd'hui des enquêtes comme celles sur la sexualité des Français, pour la mise en place de campagnes de prévention du sida. C'est ce type d'enquête que l'on appelle « recherche en prévention ». Un des auteurs a été sollicité par un centre de prévention des cancers, pour mieux connaître ce que les gens pensaient de leur alimentation et de leur santé ; cette enquête a mené à des campagnes d'éducation nutritionnelle dans les écoles, les communes urbaines et rurales de la région. L'anthropologue a parti-

(6) N. Paneth, « Power and patronage in medical research », in *Medical Anthropology Quarterly*, juin 1992, pp. 147-148 ; L.J. Price, « Ruminations of a medical anthropologist on NIH founding », in *Medical Anthropology Quarterly*, juin 1992, pp. 128-147.

cipé à la rédaction de manuels, donné des conférences dans des clubs de santé, animé des groupes de discussion sur alimentation et santé, et de ce fait participé à des campagnes de santé publique régionales. Cela s'est fait sans heurt, la demande pour l'anthropologie étant venue d'un éminent clinicien soucieux de faire passer un message de prévention sans traumatiser ou terroriser le public. Dans ce cas particulier, l'anthropologue a été vu à la fois comme un pourvoyeur d'information d'ordre « culturel » et comme communicateur, sorte d'interprète entre le groupe voulant mettre en place une action préventive et le public visé.

La formation de personnel médical et paramédical

Il y a six ou sept ans, une demande particulière pour l'anthropologie s'est manifestée au sein d'un secteur de l'enseignement médical en santé publique vers les pays en voie de développement, et au sein de certaines ONG comme MSF ou Médecins du monde. On a demandé à des anthropologues de participer à des enseignements de DEA ou à des séances de formation (par exemple, de nutritionnistes partant sur le terrain pour MSF) afin de sensibiliser le personnel médical ou paramédical se rendant dans des pays en voie de développement, aux populations locales, à leurs cultures, leurs croyances, particulièrement sur la santé et la maladie. Dans un DEA étalé sur six mois, l'anthropologue intervenait environ quatre ou six heures en tout.

Il est difficile d'évaluer l'impact, ou le peu d'impact d'une telle « sensibilisation ». Ce qui demeure intéressant, c'est que les formateurs ont senti la nécessité d'une approche anthropologique pour des campagnes sur le terrain. Mais en même temps, on a l'impression qu'une fois l'anthropologie expliquée à des médecins, il était entendu que ces derniers pourraient immédiatement la pratiquer, l'appliquer dans les régions où ils allaient travailler, selon la théorie de « l'osmose » dont nous avons parlé plus haut. Pour des médecins, l'anthropologie n'est pas véritablement une discipline mais plutôt un apprentissage du regard et de la pensée sur les conditions locales. Il ne serait pas nécessaire d'étudier et de lire pour la pratiquer de manière satisfaisante.

Cette attitude change du tout au tout lorsqu'il s'agit de personnel paramédical, d'infirmières notamment, ou de diététiciennes. Sans doute parce que davantage au contact du quotidien des gens, cette catégorie de professionnels a compris l'importance et l'intérêt d'une véritable formation anthropologique, pour les aider, non seulement à comprendre, mais aussi à agir sur leurs divers terrains

terrains d'intervention. Plusieurs d'entre eux se sont inscrits et ont suivi un véritable cursus. Il en est de même pour certains médecins, peu nombreux il est vrai, qui, après leur doctorat en médecine, se sont lancés dans un doctorat en anthropologie. Paradoxalement, un certain nombre d'entre eux a abandonné complètement la clinique pour se vouer entièrement à l'anthropologie.

Mais peut-on parler d'anthropologie appliquée à la formation ? Elle serait alors appliquée au second degré en quelque sorte, par des gens qui ne seraient pas vraiment des anthropologues, mais qui auraient compris de quoi est faite cette discipline ? Le danger de cela est qu'il pourrait se mettre en place des sortes de « sous-enseignements » de l'anthropologie, comme il en existe déjà dans certaines universités américaines ou israéliennes, où l'on enseigne spécifiquement une anthropologie qui serait « appliquée » en traitant des « aspects utiles » de la discipline et en mettant de côté des sujets « inutiles », tels que la parenté ou l'étude des mythes par exemple. Une telle fragmentation d'une discipline qui se veut, par définition, d'approche holiste, est un non-sens.

Cependant, la formation représente un champ intéressant, trop peu exploré en France, sans doute par manque de demande, et pas seulement pour l'anthropologie médicale.

La santé publique comme domaine d'application non abordé en France

Les trois axes sur lesquels le monde biomédical français a tenté une timide ouverture vers l'anthropologie sont bien entendu loin d'exclure toutes les possibilités de collaboration, telles qu'on peut les observer dans le monde anglo-saxon.

La santé publique, hormis une demande, restreinte, de formation de personnel, et ceci pour des programmes dans des pays en voie de développement (on privilégie là l'aspect « exotique » de l'anthropologie) n'associe guère les anthropologues à la construction de programmes, contrairement à nos voisins américains ou anglais, voire des institutions internationales comme le Centre international de l'enfance, qui emploie un anthropologue à plein temps. On retrouve ici l'image d'autarcie totale et de savoir-faire universel que se donne le monde biomédical en France. Lorsque l'on tente d'en discuter, d'expliquer pourquoi l'anthropologie aurait quelque chose de nouveau à apporter dans la conception de programmes, la réponse est souvent : « Laissez-nous faire, ceci est de

l'ordre d'une politique que vous ne connaissez pas (!) » (un doyen de faculté de médecine).

Nos collègues biologistes et médecins seraient davantage prêts à accepter les opinions de sociologues et de psychologues, le nom même de ces disciplines leur étant plus familier et ayant une connotation plus « clinique ». Un des auteurs a pu observer les résultats d'une telle tentative de collaboration sur des programmes de prévention des cancers dans une région du Midi : cela s'est soldé par le départ groupé des socio-psychologues et éducateurs qui n'entendaient pas subir le « diktat » des médecins décidés à faire un tri draconien parmi leurs divers avis et propositions.

Un autre domaine où l'anthropologie est laissée de côté est l'évaluation de programmes de santé établis ici ou dans des pays en voie de développement. Dans une conférence qui se voulait à l'échelle nationale, sur les divers problèmes des programmes d'évaluation, et qui s'est tenue il y a quelques années dans une faculté de médecine de l'agglomération parisienne, aucun anthropologue n'avait été invité. Il y avait cependant un sociologue, des démographes et des psychologues. La conclusion en fut que l'évaluation était une chose bien difficile !

Quelle est la nature des demandes de la part des biologistes et des médecins ?

Dans les trois secteurs où se manifeste une demande pour l'anthropologie, à savoir la recherche fondamentale, la clinique et la formation, les demandes sont souvent d'un ordre comparable.

Il s'agit rarement, sinon jamais, d'une demande d'expertise, comme cela est le cas dans d'autres domaines de l'anthropologie appliquée. On pourrait alors dire que l'anthropologie médicale en tant que telle n'existe pas ! La demande est souvent plus confuse ou plus exigeante. Ceci s'explique bien entendu par le fait que peu de nos « demandeurs » savent vraiment de quoi parle l'anthropologie. Dans l'ensemble, ils savent que les anthropologues sont des gens qui vont longtemps « sur le terrain », qu'ils peuvent avoir une connaissance intime des groupes de populations plus ou moins exotiques, qu'ils parlent des langues, qu'ils sont en quelque sorte des spécialistes d'une recherche qualitative fine. Ce qu'ils demandent à l'anthropologue, c'est une réponse à quelques questions qu'ils se posent et auxquelles ils n'ont pas obtenu de réponse par leurs méthodes habituelles. L'un des auteurs a commencé son rôle

d'anthropologue « appliqué » (mais ne l'est-on pas toujours ?) lorsqu'un chercheur de sciences de la vie lui demanda de trouver pourquoi trois populations du monde avaient un cancer pratiquement inconnu ailleurs, sachant qu'il s'agissait sûrement de raisons liées à leurs « modes de vie ». Nous avons parlé plus haut des diverses étapes de cette recherche. Ce qui mena le biologiste, définitivement acquis à l'anthropologie, à annoncer qu'il fallait que ce soient les anthropologues qui expliquent pourquoi les gens fument, et qu'ils disent surtout comment il fallait faire pour que les fumeurs s'arrêtent de fumer ! Autrement dit, la demande faite aux anthropologues les transformerait en « experts » universels des comportements humains, et en même temps en conseillers de gendarmes de santé. Ceci paraît caricatural, et pourtant... Une partie des biomédecins, maintenant acquise aux possibilités de l'anthropologie, voit un peu les anthropologues comme les sauveurs, apportant une solution à tous les problèmes liés à la santé, la maladie et le comportement de groupes humains. En effet, dans le domaine biomédical, tout ce qui entrave le déroulement « normal » de processus physiologiques et autres, qui empêche ou affecte une définition « scientifique » de la santé, est considéré comme « anormal ». Or, cet anormal, souvent lié aux comportements d'individus ou de groupes d'individus, fait partie pour ces « scientifiques » du concept « culturel ». Aux spécialistes de la culture donc, aux anthropologues en particulier, de définir l'« anormal » et d'en trouver la raison première pour ensuite mieux pouvoir l'éradiquer.

On pourrait qualifier cette demande, floue s'il en est, de demande « culturaliste », puisque ce que veulent les médecins c'est une communication « culturelle », qu'ils conçoivent la plupart du temps comme à sens unique, étant donné qu'ils détiennent, eux, une vérité universelle puisque « biologique ». Que le rôle qu'ils se sont donné est celui de conférer la santé à l'humanité, que cette dernière le veuille ou non, et une « santé » définie par des vérités incontestables d'ordre « scientifique », sans se demander si « science » a le même sens pour tous les êtres humains. L'anthropologue serait alors un médiateur entre des groupes humains et « la science » ?

Parfois, la demande vise à confirmer ou conforter une idée d'ordre « culturel » préformulée par les cliniciens ou les chercheurs. Il demandent souvent ainsi à l'anthropologue de leur dire que les systèmes de soins traditionnels sont efficaces et satisfaisants (ce qui permet, dans les pays en voie de développement, d'économiser substantiellement sur les budgets de santé publique), que la pharmacopée locale permet des soins à peu de frais. Le fait « cultu-

rel » devient une excuse pour une impuissance ou une incapacité à soigner, et l'anthropologue, même s'il explique le contraire, est utilisé comme révélateur de faits sociaux incontournables qui seront incorporés dans une politique globale de santé à petit budget.

Mais il existe des demandes claires, d'aspect à la fois méthodologique et éthique, émanant le plus souvent des épidémiologistes. De nombreux anthropologues diront que ce n'est jamais le cas, mais un des auteurs en a eu plusieurs fois l'expérience. Ou une demande d'enquête anthropologique précède la mise en place d'une enquête épidémiologique, afin d'avoir des données sur des comportements spécifiques, comme les pratiques de sevrage, la structure familiale, les techniques de transformation des aliments, les thérapeutiques traditionnelles et j'en passe..., ou l'anthropologue participe à la construction de l'étude et à l'élaboration des questionnaires, acceptables par les sujets de l'enquête. Ces demandes s'accroissent, mais suscitent encore beaucoup de méfiance de la part des anthropologues qui considèrent les épidémiologistes comme de grands « normalisateurs », diffuseurs de certitudes, alors qu'ils ne font qu'étudier des probabilités.

La présentation des données

Les problèmes de communication évoqués plus haut se manifestent aussi dans la manière de présenter le travail réalisé sur le terrain ou dans le laboratoire. L'anthropologue a l'habitude de rédiger de longs documents, détaillés, sous forme d'articles d'une ou plusieurs dizaines de pages, ou d'un ouvrage entier. Les données ne sont pas « visualisables » en schémas, courbes ou graphiques. De plus, l'anthropologue rédige seul le travail qu'il a réalisé seul. Il est le premier à s'étonner de la présentation de travaux en biologie. Les articles (très rarement des ouvrages, et alors collectifs) sont très courts, toujours moins de dix pages, et comportent jusqu'à une dizaine d'auteurs ! Le rôle des courbes, tables et autres représentations graphiques est majeur. On peut imaginer, de la part des biomédecins, une sorte de lecture « par images » d'une enquête scientifique. Perception d'une information totalement différente que celle qu'il faut mettre en œuvre pour saisir les résultats d'une enquête anthropologique.

Ceci présente des difficultés, à deux niveaux :

Les biomédecins ont rarement la patience de lire les documents anthropologiques. Ils demandent des schémas qui ne sont pas tou-

jours réalisables. Il faut donc que l'anthropologue leur « digère » l'information, et présente sous une forme extrêmement succincte et concentrée les données qu'il a recueillies. Ceci ne laisse pas de place à une discussion théorique ou philosophique. Un anthropologue, pour se faire entendre dans les milieux biomédicaux, doit se soumettre à ces contraintes et devenir parfois un virtuose de la synthèse.

Quant aux publications, les biologistes ne comprennent pas qu'un chercheur signe seul un article s'il fait partie d'un laboratoire. Un directeur de laboratoire voudra signer avec l'anthropologue, puisque ce dernier fait partie de son équipe. Étranges coutumes pour les gens des sciences humaines, qui ont de la difficulté à comprendre le complexe ordre hiérarchique qui préside à la signature d'un article, avec les différentes valeurs données au travail selon la place du signataire dans la série.

Un autre problème est celui de la quantité. Il faut longtemps à un anthropologue pour faire sa recherche et pour l'écrire. Pendant ce temps, une équipe de biologistes exploitera divers résultats de laboratoire, sous toutes leurs formes possibles, en publiant cinq ou six articles, là où l'anthropologue en sort un. Il faut constamment expliquer cette différence, pour que l'équipe biomédicale comprenne que ce n'est pas parce que l'anthropologue publie moins qu'il ne travaille pas autant qu'eux !

Il en va de même pour la présentation de résultats dans des colloques. Les biomédecins ne peuvent fonctionner sans leurs images. Il leur faut à la fois un rétroprojecteur et des diapositives. Une image pour chaque idée présentée. Une phrase projetée pour chaque phrase parlée. L'anthropologue a parfois l'impression de se trouver devant un public de sourds puisque ce que dit le biologiste est répété par l'image sur l'écran. Quand c'est son tour de présenter son travail, il étonne parce qu'il déclare n'avoir pas besoin d'images. Ce qui crée tout de suite une sensation de panique dans l'assistance. Il est en effet beaucoup plus difficile d'écouter que de regarder, et l'anthropologue doit développer ses talents d'orateur s'il veut se faire comprendre.

Pour faire mieux passer l'information, je présente désormais les résultats de mes enquêtes avec des diapositives illustratives, sur fond d'icebergs ou de désert, style « Connaissance du monde ».

Ce besoin de représentation visuelle est l'un des éléments qui différencie le plus le monde de l'anthropologie et celui de la biomédecine, pour qui il est difficile d'imaginer des concepts non visualisables et inquantifiables.

De la rapidité et de la lenteur

« Il me faut les résultats pour avant-hier ». C'est à peine une boutade. Le biologiste veut que tout aille vite, et met des mois, voire des années, à comprendre comment travaille l'anthropologue. Qu'une enquête de terrain demande plusieurs mois lui est, au début, inconcevable. A force de réclamer des données en un temps record, les biomédecins ont conduit certains anthropologues à inventer des méthodes « rapides », pour enquêtes de terrain. Ce qui, dans notre façon de concevoir l'anthropologie appliquée, conduit à des dérapages, voire à des situations absurdes, je pense ici, entre autres, au *Rapid Assessment Programs* de l'UNICEF. L'anthropologie se pratique avec lenteur et nécessite un apprentissage prolongé, ce que les biomédecins pressés mettent un temps considérable à découvrir !

Conclusion

Y a-t-il une anthropologie médicale appliquée ou pas ?

Le concept même d'application est différent pour les deux disciplines dont il a été ici question. Dans le domaine biomédical, que ce soit en recherche fondamentale ou en santé publique, ce qui importe avant tout est le soin. Il faut une retombée clinique, applicable facilement, immédiatement, à caractère physiologique. C'est le but principal d'une demande d'intervention d'autres disciplines.

Pour l'anthropologue, l'application vise surtout à faire ressortir des facteurs d'ordre culturel, social, voire économique, non contrôlables par les individus, et générés par le groupe, qui peuvent avoir une incidence sur l'état de santé des personnes qui le composent. *Stricto sensu*, l'application pour l'anthropologue ne débouche pas nécessairement sur une action pratique, clinique ou préventive.

Ce n'est qu'à un moment de réflexion plus avancée, en pensant à des moyens de prévention de certaines pathologies, que les anthropologues pourraient peut-être « appliquer » plus loin leur discipline. Mais pourra-t-on à ce moment là parler d'application ? Ne s'agit-il pas, tout le temps, d'une simple pratique de l'anthropologie, qui par définition, ne saurait se restreindre à l'observation d'un pan limité et spécifique du tissu culturel ?