Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé.
Directeur de recherche à l'Inserm et membre du CERMES
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société)

(1994)

“L'objet construit et la méthode choisie: l'indéfectible lien.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Sylvie FAINZANG

“L'objet construit et la méthode choisie: l'indéfectible lien.”.

Un article publié dans la revue **Terrain**, no 23, 1994, pp. 161-172.

[Autorisation formelle accordée par l’auteure le 11 février 2009 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : sylvie.fainzang@orange.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11'')

Édition numérique réalisée le 14 février 2009 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé.
Directeur de recherche à l'Inserm et membre du CERMES
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société)

“L'objet construit et la méthode choisie: l'indéfectible lien.”

<http://terrain.revues.org/index3110.html>

Un article publié dans la revue **Terrain**, no 23, 1994, pp. 161-172.

Table des matières

[Introduction](#)

[Une expérience africaniste](#)

[Discours et pratiques autour de la maladie en Ile-de-France](#)

[Ethnologie d'un mouvement d'anciens buveurs](#)

[En guise de conclusion](#)

[Références bibliographiques](#)

Sylvie FAINZANG

“L'objet construit et la méthode choisie: l'indéfectible lien.”

Un article publié dans la revue **Terrain**, no 23, 1994, pp. 161-172.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

À l'ethnologue qui choisit de passer d'un terrain exotique à un terrain occidental, se pose inmanquablement la question de savoir sous quelles conditions il lui est loisible d'appliquer sur celui-ci les méthodes qu'il avait adoptées sur celui-là. Le problème se ramène d'ailleurs le plus souvent à celui de savoir s'il lui est possible de recourir aux mêmes méthodes ou s'il lui est nécessaire de les adapter voire de les modifier pour réaliser avec succès un tel transfert. Je serais tentée de répondre en affirmant non seulement que les méthodes de l'ethnologie exotique peuvent être absolument appliquées en terrain occidental, donnant du même coup à la recherche un caractère résolument distinct de celui d'autres disciplines, mais en outre que celles-ci sont indissolublement liées à l'objet que l'on s'assigne et à la manière dont on le construit. J'illustrerai ce point en présentant ma démarche de recherche, après l'évocation rapide de mon expérience africaniste, afin de montrer dans quel contexte problématique ces recherches furent conduites en France.

Une expérience africaniste

[Retour à la table des matières](#)

Partie du constat que l'étude des représentations de la maladie constitue un moyen privilégié pour comprendre la société qu'on étudie, j'ai été conduite à envisager leur incidence sur l'ensemble des pratiques sociales (...). L'objet que je m'étais donné était donc la gestion intellectuelle et pratique de la maladie dans une société africaine (les Bissa du Burkina Faso). Il s'agissait d'étudier à la fois la manière dont cette société pense l'événement-maladie et les moyens dont elle se dote pour y faire face afin d'examiner l'articulation entre les constructions symboliques et les pratiques sociales. Je ne tardai pas à m'apercevoir combien l'observation minutieuse des conduites familiales et individuelles, rendue possible par la fréquentation assidue des malades et des thérapeutes (guérisseurs et devins) et par une immersion dans la vie du village était une condition nécessaire pour accéder à une source importante d'informations diverses, dans des domaines en apparence étrangers au domaine de la maladie, mais qui se révélaient d'une importance primordiale pour comprendre ce phénomène dans toute son extension. J'étais en effet amenée à étudier des situations aussi diverses que le développement d'un conflit entre deux villages qui dégénéra en lutte armée, ou que le parcours suivi par un jeune homme dans sa quête matrimoniale, autant de situations où la maladie, son interprétation et la menace de son apparition fondent le respect des prescriptions divinatoires, et où se donne à voir l'articulation entre représentations de la maladie et conduites thérapeutiques. La recherche m'a ainsi permis de mettre en évidence l'incidence primordiale que l'interprétation de la maladie peut avoir sur les conduites sociales dans des registres fort divers (cf. Fainzang, 1986).

Discours et pratiques autour de la maladie en Île de France

[Retour à la table des matières](#)

Les résultats de ces premiers travaux m'amènent aujourd'hui à m'interroger sur l'interprétation de la maladie en terrain occidental. Le choix de travailler en France fut motivé en premier lieu par le désir de transposer l'approche ethnologique dans nos propres sociétés. Ce désir, que d'autres ethnologues éprouvèrent, fut stimulé par les travaux de Marshall Sahlins et par la fascination qu'exerça sur moi la lecture sémiologique qu'il fit de la société nord-américaine (cf. Sahlins, 1980). En second lieu, ce choix fut motivé par le fait que les résultats de mes recherches africanistes soulevaient des questions qui me semblaient pouvoir être posées également en milieu occidental, dans la mesure où le rapport au corps, le sentiment religieux, ou l'interaction entre individuel et social sont des interrogations universellement valides, même si elles peuvent trouver des réponses différentes selon les sociétés. Importer son objet n'implique pas nécessairement d'opérer, dans le même mouvement, un transfert abusif de concepts. Il s'agit d'éclairer une réalité (ici) par sa confrontation avec une autre (ailleurs), et de mesurer la relativité ou l'universalité des phénomènes observés en les étudiant dans des contextes sociaux et culturels radicalement différents, au moins en apparence. La mise en évidence éventuelle de différences - car la recherche d'universaux ne doit pas empêcher de rester attentif à la diversité - doit permettre de cerner les logiques à l'oeuvre dans ces divers contextes.

La construction de mon objet s'est appuyée sur un point de vue résolument émique, à savoir qui tente d'appréhender l'objet à partir des catégories pertinentes pour l'informateur. En l'occurrence, il s'agissait d'envisager la maladie en tant qu'elle est définie par les sujets comme telle. Le choix de la posture n'est bien sûr jamais pur hasard ni simple préférence; il est lié à l'objet et aux buts que l'on s'assigne en traitant cet objet. Ce parti pris épistémologique découlait du souci de ne pas reléguer des catégories nosologiques locales comme non pertinentes pour l'étude sous prétexte qu'elles ne s'accorderaient pas avec les catégories biomédicales. Cette attitude était en même temps une réaction contre certains travaux d'ethnomédecine qui tendent à analyser les matériaux ethnographiques à l'aune de nos

propres catégories médicales, alors que celles-ci ne doivent pas être autre chose pour l'ethnologue, que les éléments d'un autre système culturel, susceptibles d'être également soumis à l'analyse ethnologique. Est maladie, donc, ce que les sujets désignent comme telle, dans la mesure où cette désignation est porteuse de théories, de représentations et de conduites, largement corrélées avec les valeurs et les représentations du groupe auquel les sujets appartiennent, et qui fournissent la matière de l'interrogation ethnologique.

C'est dans ce contexte que j'ai donc choisi de mener mes premières recherches européenistes à La Ville-du-Bois, une commune pluriculturelle de la région parisienne, où co-habitent Français (d'origine rurale et urbaine), Portugais et Tsiganes. Les questions centrales que je me posai étaient les suivantes: Qu'est-ce que les discours relatifs à la maladie et les parcours des malades nous disent à la fois du rapport entre individus et entre groupes, et de leur rapport au monde? Et les représentations de la maladie sont-elles productrices de conduites spécifiques? Il s'agissait dans une étude ethnologique de ce type d'identifier les logiques sociales tapies dans les conduites individuelles, tout en se démarquant de la sociologie en accordant une place importante à la dimension culturelle et symbolique de l'objet. Dans une perspective plus anthropologique, il s'agissait pour moi de me poser des questions identiques dans des univers culturels différents.

La méthodologie a consisté en l'étude de cas concrets, pris dans leur singularité, et rapportés à un ensemble plus vaste, celui de l'histoire de la famille, de la commune ou de la société tout entière. Le matériel recueilli auprès d'un sujet particulier (le discours qu'il tenait sur son mal et ses pratiques sociales) constituait une des formes particulières prise par un phénomène plus général dont je pouvais mesurer l'étendue, à savoir: l'expression de relations interindividuelles et interculturelles conflictuelles dans les discours interprétatifs de la maladie ¹. Ces cas,

¹ Une des particularités de la pratique de terrain ethnologique, et qui n'est sans doute pas moins accusée dans le monde occidental contemporain, est le fait que l'entrée en relation avec les sujets est largement soumise aux conditions historiques et sociologiques de l'enquête. Ainsi, la peur de l'Autre et le rejet de l'étranger qui donnèrent lieu au développement de ce que l'on appela l'"idéologie sécuritaire" dans la France des années 1985 entra pour une large part dans les difficultés que j'éprouvais, au début de mon enquête en Ile-de-France, pour me faire accepter, en particulier par la population autochtone qui me percevait, à juste titre, comme une étrangère. Mais la prise en compte de la

j'ai choisi de les considérer, non pas comme représentatifs, mais comme exemplaires, pour autant qu'ils illustraient des phénomènes que je retrouvais ailleurs, dans d'autres familles. Je n'ai donc pas cherché à établir un échantillon à proprement parler, dans la mesure où une réalité ou une situation donnée n'a pas besoin d'être représentative au sens strict pour être pertinente anthropologiquement, et qu'à cet égard, l'étude de quelques cas individuels peut nous apprendre autant de choses que celle de cas multiples. Il en va ainsi de l'étude que je fis d'une famille portugaise (cf. Fainzang 1988) et des discours à la Rashomon que tiennent ses membres sur la maladie, laissant émerger, sous des formes qui lui sont propres, les divers modèles de mises en accusation que j'ai pu retrouver ailleurs, à savoir: l'auto-accusation, la mise en accusation d'un autre proche, la mise en accusation d'un autre étranger, et la mise en accusation de la société. En effet, l'ensemble du matériel recueilli dans des familles relevant de milieux culturels divers m'a permis de constater que le discours sur la maladie fonctionnait comme grille de lecture des relations conflictuelles entre individus et entre groupes. La maladie donne ainsi souvent lieu à des mises en accusation par lesquelles un individu ou un groupe est tenu responsable de son émergence soit chez l'énonciateur, soit chez un proche, l'individu ou le groupe incriminé entretenant des relations conflictuelles avec le sujet de l'accusation. A cet égard, un informateur en vaut un autre, même s'il ne vaut que pour lui-même. La part prépondérante que certains informateurs dits "privilegiés" prennent parfois dans le déroulement de l'enquête (et qui leur vaut d'être appelés par Camille Lacoste-Dujardin des "partenaires" (1977: 25), ne les rend pas aptes à représenter à eux seuls le reste du groupe. Si un informateur ne peut à lui seul être un représentant de la culture étudiée, au sens où les phénomènes observés auprès des sujets prennent une coloration différente selon l'histoire personnelle de chacun, il n'en est pas moins un témoin et un produit, dont les pensées et les pratiques renvoient à des logiques sociales et à des systèmes symboliques déterminés. L'existence de ces cas, quand bien même ils ne représentent pas une majorité, est révélatrice de certaines régularités, et notamment de l'existence de logiques culturelles et sociales (ici, la logique de l'accusation) et, à ce

spécificité des conditions historiques d'observation doit en faire une donnée ethnographique. Elle n'est pas seulement un obstacle à l'enquête, mais elle est une donnée de l'enquête. Ce type de difficulté renvoie par ailleurs à la nécessité de se faire donner une place par ses informateurs, comme j'y reviendrai plus loin.

titre, est un phénomène qui intéresse l'ethnologue. Dans ces conditions, le recours aux études de cas contraint à procéder à une mise en perspective des situations étudiées, afin de mesurer la tension existant entre phénomènes individuels et phénomènes collectifs. Cette mise en perspective est ce qui permet de dégager, sinon des constantes (qui supposeraient le recours à ce que Lévi-Strauss a appelé un modèle statistique (1958: 311)), du moins des récurrences, à partir de cas différents mais dont l'analyse doit permettre de faire apparaître une unité.

Lorsqu'ils sont invités à définir ce qui fait la spécificité, selon eux, de l'ethnologie, la plupart des ethnologues évoquent généralement soit la méthodologie soit l'objet. Ces deux dimensions me semblent indissociables et également liées au type de problématique que l'on se donne. En effet, une conception large de la catégorie maladie, oublieuse de la restriction que lui impose la pensée biomédicale et attentive aux contenus que les sujets lui donnent, ne peut s'accorder qu'avec une méthodologie qui s'attache à embrasser l'objet de manière également large, incluant toutes ses ramifications avec les autres aspects de la vie sociale (histoire de la commune, stratégies résidentielles, pratiques matrimoniales, relations interculturelles, etc.). Dans ma pratique de l'ethnologie, l'objet et la méthode sont inextricablement liés. La méthodologie et l'objet tel qu'il est construit sont indissociables dans la mesure où l'une est à la fois rendue possible et justifiée par l'autre, car c'est par l'immersion, l'observation de longue durée et l'attention accordée à des réalités qui débordent l'objet choisi que celui-ci peut être appréhendé dans toute sa complexité. C'est ainsi que je pus apprendre, alors que je feuilletais en compagnie d'une habitante de La Ville-du-Bois atteinte d'un cancer du poumon, son album de photos de famille, quelles relations difficiles elle entretenait avec sa belle-mère, et la responsabilité qu'elle imputait à celle-ci dans l'apparition de sa maladie. Ce fait était primordial dans la mesure où, d'une part, il venait nourrir mon analyse des discours interprétatifs de la maladie (incluant l'interprétation persécutive), à partir de laquelle je tentai de voir si les mises en accusation formulées à l'occasion de l'apparition de la maladie obéissent aux mêmes logiques que celles observées en Afrique, et où, d'autre part, il mettait en évidence le lien entre les modèles d'interprétation (en particulier les mises en accusation) et les conduites sociales des sujets. En l'occurrence, il me permit de comprendre le refus de cette jeune femme de poursuivre la chimiothérapie qui lui était proposée à l'hôpital, et de mesurer l'incidence que peut avoir le sens attribué à la maladie sur le choix d'un recours théra-

peutique: résultat d'une persécution, et non pas d'une pratique tabagique, son cancer ne pouvait pas, selon elle, recevoir le même traitement qu'un cancer ordinaire.

À ces deux dimensions (la méthode et l'objet), on peut en ajouter une troisième qui est peut-être plus justement ce qui définit l'anthropologie, ou plus exactement le but de cette discipline, à savoir: la comparaison². Motivée dans la théorie lévi-straussienne par la tentative de parvenir à des conclusions valables pour l'ensemble des sociétés humaines, on peut l'envisager plus modestement comme un moyen d'affiner l'analyse des phénomènes observés. A cet égard, pour qu'un comparatisme soit possible, il faut essayer de rester fidèle à une méthodologie.

Il y a lieu de préciser ici ce que j'entends par comparatif. Dans le contexte d'une anthropologie de la maladie, l'idée de démarche comparative n'implique pas de devoir porter son attention exclusivement sur les pratiques et les croyances dites "populaires", ou bien "magiques" ou encore "sorcellaires", avec lesquelles on imagine pouvoir plus facilement les comparer. Les phénomènes les plus contemporains de la vie moderne urbaine ont la même dignité et la même légitimité pour l'étude ethnologique. Sur ce terrain d'Ile-de-France, j'ai d'ailleurs résolu de traiter de manière équivalente les discours de type magico-religieux et les discours de type rationnels dans la mesure où les uns et les autres obéissent à des logiques ou à des processus qui ont en commun d'exprimer les tensions sociales (même si les moyens utilisés pour les décrire ou les faire exister diffèrent dans chacun de ces discours). La comparaison entre contextes culturels diversifiés et notamment entre une société exotique et une société occidentale passe en effet non pas par une nécessaire similarité entre les contextes comparés mais par une similarité des problématiques et/ou des hypothèses développées. La comparaison est une opération intellectuelle et non la seule mise à plat, ou dos à dos, de deux

² Un mot doit être dit ici à propos du mot "anthropologie", dont je voudrais souligner d'une part la vocation comparative, sur laquelle je reviendrai, mais également l'usage circonstanciel, souvent lié à des enjeux disciplinaires. C'est le cas en ce qui concerne l'"anthropologie de la maladie", qui s'est constituée autour de Marc Augé par opposition théorique avec le champ de l'"anthropologie médicale" américaine (cf. Fainzang 1990). Toutefois, je m'inscris en faux contre l'usage du mot qui tend à prévaloir aujourd'hui dans certains cercles de chercheurs (en France comme aux Etats-Unis) et qui voudrait faire de cette discipline LA Science de l'Homme et de la Société par excellence, apte à chaapeauter toutes les autres, dans la plus grande indécision méthodologique et épistémologique).

contextes formellement semblables. Il est donc parfaitement légitime de comparer non seulement une société exotique à une société contemporaine, mais aussi un discours magico-religieux et un discours dit rationnel, dès lors que la question que je me posai (en l'occurrence: qu'est-ce que le discours sur la maladie nous apprend du rapport de l'homme à la société) reste pertinente dans les deux contextes. Par conséquent, lorsque je me suis proposée de porter sur des matériaux européens, un regard africaniste, il ne s'est pas agi de chercher à déterminer les différences entre les systèmes médicaux des sociétés lignagères et des sociétés modernes, entreprise qui aurait abouti à les situer en une dichotomie évidente qui aurait fait apparaître chacune à un niveau différent de rationalité, ce qui n'aurait présenté, me semble-t-il, aucun intérêt du point de vue de la réflexion anthropologique. Le but était au contraire de mettre en relief les constantes (les universaux) de leurs systèmes symboliques respectifs, tout en restant attentive à ce qui fait leur spécificité.

La comparaison est en outre un moyen certain de construire la distance. Dans ce cas, la posture à adopter sur un plan méthodologique est de poser tout ce qui peut être observé comme surprenant, et comme comparable à ce qui semble différent. Mais comparer, ce n'est pas dire que c'est la même chose. C'est mettre en perspective pour identifier les constantes et les différences (comme j'ai essayé de le faire en analysant les modèles d'accusation qui émergent des discours interprétatifs de la maladie, et en les confrontant à ceux que l'on trouve dans une société africaine). A cet égard, et c'est une chose que l'on peut sans doute classer à la fois parmi les dimensions de la méthodologie et celles qui caractérisent la manière d'approcher son objet, il me semble utile de souligner une disposition d'esprit qui doit être celle de l'ethnologue: apprendre à s'étonner de tout et à interroger les évidences.

Ethnologie d'un mouvement d'anciens buveurs

[Retour à la table des matières](#)

Comment cet objet a-t-il trouvé à s'insérer dans ma problématique générale sur les représentations de la maladie? Il est désormais admis parmi les anthropologues dont les études prennent pour objet l'alcool ou l'alcoolisme, que l'anthropologie doit proposer une approche spécifique du boire et de l'alcoolisation, et que

face à d'autres disciplines, comme la sociologie ou l'épidémiologie, l'anthropologie doit refuser d'entrer dans les catégories médicales et de cautionner la notion de "maladie alcoolique". Cette position a été formalisée de manière claire par Mary Douglas (1987), selon laquelle l'anthropologie doit envisager la consommation d'alcool non pas comme un trait pathologique mais comme une pratique constitutive du lien social. Dans la lignée de Mary Douglas, pour la plupart des ethnologues, prendre l'alcoolisme pour objet, c'est donc non pas envisager l'alcoolisme comme une maladie, mais c'est l'envisager comme un mode de vie, l'élément, le trait d'une culture. Reprenant à son compte la position de Mary Douglas, qu'elle résume dans "La boisson des ethnologues", Claudine Fabre-Vassas (1989) écrit à ce propos: "Le premier souci de l'ethnologue sera donc de restituer le point de vue indigène sur la consommation d'alcool et le système des conduites et des valeurs sous-jacentes que ces façons expriment en les reproduisant".

À ce niveau, il me paraît possible d'objecter que ce n'est pas nécessairement adopter les catégories médicales que de prendre pour objet la "maladie alcoolique". En l'occurrence, restituer le point de vue indigène peut consister précisément à retenir l'équivalence : "alcoolisme = maladie", si l'on s'accorde pour adopter la posture émique que j'ai développée plus haut. C'est en effet le parti que j'ai pris, quitte à ce que ma recherche soit quelque peu hérétique par rapport aux travaux généralement accomplis en anthropologie de l'alcoolisme. C'est donc la lutte contre l'alcoolisme que j'étudie comme nouvelle culture, et comme nouveau mode de vie, porteur de ses rites et de ses valeurs propres.

C'est dans ce cadre problématique que j'ai choisi d'étudier Vie Libre, un mouvement laïc d'anciens buveurs, existant à l'échelle nationale, et représenté au niveau local dans toutes les régions de France. Prolongement insoupçonné de mes premières recherches dans cette commune de la région parisienne, ma rencontre avec Vie Libre a été fortuite. Après m'être documentée sur les autres mouvements, j'ai constaté que les plus célèbres d'entre eux étaient à vocation religieuse (Croix d'or, Croix bleue) ou spiritualiste (Alcooliques Anonymes). Mon choix aurait pu se porter sur ces mouvements, a priori plus susceptibles de fournir matière et objet à l'investigation ethnologique. J'ai cependant choisi le plus rationnel de tous les mouvements (dont le discours est partiellement relayé par de nombreux médecins) pour y déceler les aspects symboliques (entreprise intellectuellement plus excitante car les mécanismes mis en oeuvre pour construire son effi-

cacité sont moins évidents à cerner). Le choix d'étudier ce mouvement à l'exclusion des autres fut motivé par la spécificité de ce mouvement au regard des autres associations d'anciens buveurs, et tout particulièrement à l'égard des Alcooliques Anonymes, et par l'option théorique d'envisager le mouvement Vie libre comme une culture, au sens où Lévi-Strauss emploie ce terme pour caractériser "un ensemble ethnographique qui, du point de vue de l'enquête, présente, par rapport à d'autres, des écarts significatifs" (1958: 325).

La question peut se poser de savoir ce que l'ethnologie peut apporter à l'étude d'une association d'anciens buveurs, un champ déjà exploré par d'autres disciplines comme la sociologie et la psychiatrie. La réponse se situe à deux niveaux: 1°) au niveau ethnographique, dans la mesure où la méthodologie choisie et l'immersion qu'elle implique permettent de cerner la vie quotidienne des anciens buveurs, lesquels ne sont habituellement appréhendés qu'à travers les réunions de l'association; 2°) au niveau de l'analyse et de l'interprétation des données, puisque la perspective ethnologique est à même de proposer d'autres significations et de porter un autre regard sur les phénomènes observés.

Liée au choix méthodologique, la nécessité de me trouver une place dans le groupe s'est d'emblée posée, quoique dans des termes différents de la précédente recherche. Ma participation aux réunions était acceptable et acceptée, mais à quel titre étais-je là? Comme médecin? Comme psychiatre? Est-ce que j'étais moi-même concernée par le problème de l'alcoolisme? Travaillant sur la longue durée et sur des aspects variés de son objet (dont les sujets ne sont pas toujours en mesure de cerner les liens), l'ethnologue ne peut se contenter d'une place d'enquêteur. Il doit construire sa place face aux gens étudiés. Lorsque je me suis présentée (lors de ma rencontre avec le mouvement) comme "ethnologue", et que j'ai demandé s'il me serait possible de participer à leurs prochaines réunions, il me fut demandé de faire un exposé sur l'alcoolisme dans les sociétés "primitives". J'acceptai donc de répondre à cette demande, consciente toutefois que je risquai par là même de me situer en position de spécialiste, et non plus comme un membre du groupe dans une assemblée d'individus réunis autour d'une cause commune.

J'ai donc ensuite résolu de me placer dans une position de plus grande affinité avec le groupe, en prenant une carte d'adhésion. Si un acte tel qu'une prise de carte est un élément important dans une démarche d'insertion, elle n'est pas sans poser le problème de savoir jusqu'où l'observateur peut et/ou doit adhérer. Aucune

recette, certes, ne peut être donnée puisque chacun gère en fonction de ses idées les nécessités de l'immersion sur le terrain et celles de rester fidèles à ses convictions et à ses choix de vie. Fort heureusement pour moi, le mouvement prévoit pour ses membres différents statuts en vertu desquels on peut adhérer soit au titre d'abstinent soit au titre de sympathisant. Celui-ci suppose un accord avec les objectifs de lutte contre l'alcoolisme sans pour autant qu'il nécessite de s'abstenir de boire. C'est donc le statut que j'ai résolu de prendre.

La pratique de l'immersion a impliqué la participation à toutes les activités des membres du mouvement, telles que fêtes annuelles, sorties collectives, méchouis, visites à l'hôpital, etc. En effet, assister aux réunions du groupe ne me paraissait pas devoir épuiser la saisie de l'objet étudié, les constructions symboliques élaborées par les sujets et les conduites qu'ils adoptent. Il s'est donc agi non seulement de faire des tournées avec eux dans les hôpitaux pour observer leurs modes d'entrée en relation avec des alcooliques, mais aussi de les observer vivre au quotidien, afin d'examiner comment leur rapport à l'alcool et à la maladie s'y exprime. Mon adhésion n'a pas eu pour effet de me contraindre à militer, puisque fort heureusement milite qui veut, mais cette liberté ne m'a pas dispensée cependant de subir les conséquences du fait d'être partie prenante d'une société où se jouent des conflits, et par rapport auxquels j'étais tenue de me situer, comme par exemple, par rapport à la loi Evin sur l'alcoolisme.

Les faits observés dans le cadre d'une recherche de ce type peuvent s'enrichir d'une confrontation avec les données recueillies par la littérature ethnologique dans d'autres contextes culturels. Il en va ainsi de la question de l'anonymat, sur laquelle je me suis interrogée et que j'ai examinée à partir de l'étude d'un rituel fondamental dans ce mouvement, à la lumière des connaissances dont on dispose sur la manière dont l'identité du sujet malade est traitée dans une société différente, comme une société lignagère africaine par exemple. Mis en perspective avec les situations ethnographiques africaines dans lesquelles le sujet anonyme est celui qui est cantonné à un certain stade ou à un certain statut, le refus de l'anonymat à Vie Libre doit se comprendre comme l'affirmation que le sujet a passé un stade (il a acquis l'identité de buveur guéri) au contraire des alcooliques anonymes dont la théorie de la maladie n'admet pas l'idée de guérison (cf. Fainzang, 1992).

La perspective comparative a consisté ici à mettre en évidence les échos que les phénomènes observés peuvent avoir dans les réalités d'une société africaine en

vue d'affiner leur analyse. Ces échos, on les entend résonner en différents endroits: non seulement en ce qui concerne la construction de l'identité liée à l'anonymat du malade que l'on vient d'évoquer, où le malade anonyme ne récupère son identité et sa place dans la sphère sociale que lorsqu'il recouvre la santé, mais aussi par exemple à propos du rôle thérapeutique assumé par d'anciens malades alcooliques. Celui-ci peut être rapproché de celui joué par certains guérisseurs africains qui sont eux-mêmes d'anciens malades et ne soignent que la maladie qu'ils ont eux-mêmes eue. Dans les deux situations, une relation étroite est établie entre expérience et connaissance, puisqu'elles induisent l'idée qu'il faut avoir connu la maladie pour pouvoir la reconnaître (l'identifier, la comprendre, et la traiter).

Ma méthodologie fut induite par ma problématique même puisqu'il s'est agi d'étudier notamment comment les sujets réorganisent leur existence par référence avec l'impératif de lutter contre la rechute. Il convenait dès lors de suivre les sujets dans leur vie quotidienne, et de consigner des observations aussi diverses que le fait pour le conjoint d'une ancienne alcoolique de se rendre aux toilettes toujours muni de son sac afin d'empêcher son épouse de lui dérober de l'argent "pour boire", ou que la modification des relations familiales et la place qu'y occupe l'alcool, ou encore le traitement réservé à l'ancien "bar" du salon dans l'espace domestique.

Une dimension importante de ma recherche a été d'étudier les constructions symboliques élaborées par les anciens buveurs et leurs conjoints pour rendre compte de la place de l'alcool dans leur vie et des effets de l'alcoolisme sur leur vie sociale et sur leur corps. J'ai examiné à cet égard les conceptions que les sujets développent concernant les effets de l'alcool sur le cerveau, les nerfs et le sang, et sur le rôle attribué à ces différents organes dans la formation de leur comportement social. Le désordre est mis sur le compte d'un organe ou d'un autre selon ce qu'il connote. Les trois pôles corporels que sont les nerfs, le cerveau et le sang sont ainsi différemment affectés selon que l'accent est mis sur tel ou tel aspect de la caractérisation de la conduite du buveur. La perturbation du sang exprime le désordre physiologique, celle des nerfs le désordre relationnel, et celle du cerveau, le désordre social (les comptes, les papiers officiels, le statut, les obligations sociales). L'attention accordée par les sujets à tel ou tel symptôme est fonction de la charge symbolique attribuée à ce symptôme ou à l'organe qui en est le support et à la conséquence de ce symptôme sur l'ordre relationnel et social. Le corps est ici à

l'image de l'univers domestique et les désordres de l'un reflètent le désordre de l'autre. Le corps est à la fois un objet modifié par l'alcool, et un symbole des modifications survenues dans l'ordre du social (liées à l'alcoolisme du buveur): il exprime une réalité sociale, en même temps que les dérèglements qui l'affectent sont source de désordres sociaux. En définitive, le discours sur le malade alcoolique le situe toujours dans ses relations à l'Autre et au monde, et lorsque sont exprimées les perturbations physiologiques associées à la maladie, c'est toujours soit pour les resituer dans le regard de l'Autre, soit pour les référer à un comportement social (cf. Fainzang, à paraître).

Une autre direction de la recherche a consisté à étudier les systèmes explicatifs que les anciens buveurs développent pour rendre compte de l'émergence de leur "maladie". L'examen de leurs discours révèle en premier lieu que des causes différentes sont attribuées à l'alcoolisme masculin et l'alcoolisme féminin, le premier étant généralement imputé à l'entraînement, le second aux difficultés psychologiques des sujets. A cet égard, j'ai été frappée par le fait que le discours des anciens buveurs ne diffère pas beaucoup de celui de leurs conjoints, ni celui des hommes par rapport à celui des femmes. Ce n'est donc pas le sexe de l'énonciateur qui détermine le type de discours explicatif de la maladie, mais c'est le sexe du buveur concerné. Ces discours explicatifs visent à donner du sujet une image gratifiante, car l'entraînement à boire, évoqué dans le cas des hommes, est le signe d'une sociabilité dense, qui leur permet d'échapper à une représentation de soi comme fragile, tandis que la mise en cause de la vulnérabilité psychologique des femmes les protège de l'image fortement stigmatisée de buveuse régulière. Ces discours explicatifs, tout en s'alignant sur les modèles culturels construits autour des catégories de sexe, permettent donc aux buveurs de donner d'eux une image sociale satisfaisante, image confortée par les discours de leurs conjoints, sensiblement identiques.

L'enquête révèle en second lieu que l'interprétation que l'individu donne de son alcoolisme influence, sinon détermine, ses choix thérapeutiques. En effet ces discours ont une incidence importante sur les comportements des sujets, comme on s'en rend compte lorsqu'on étudie ces discours en contexte, c'est-à-dire en mettant en perspective la cause qu'un individu attribue à son alcoolisation et la manière dont il se conduit face à sa maladie (et à l'égard du milieu médical). L'observation m'a ainsi permis de constater une plus grande réticence des sujets masculins à

accepter des médications du type anti-dépresseurs ou anxiolytiques que les sujets féminins d'une part, et d'autre part une plus grande réticence de la part des hommes à consulter un psychiatre. Le traitement psychoactif prescrit par un généraliste est mieux accepté car il est perçu comme étant rendu nécessaire par les dommages causés par l'alcool, alors que, prescrits par un psychiatre, ils sont perçus comme le traitement d'une fragilité psychique naturelle, considérée comme le propre des femmes.

A cet égard, je voudrais insister sur la nécessité qu'il y a de recueillir des informations par d'autres voies que par l'entretien formel et de procéder à une observation et une fréquentation assidues des sujets, que seul le terrain de longue durée autorise. Cette méthode me paraît irremplaçable, tant il est vrai qu'*un mode différent de recueil des données entraîne un type différent de données recueillies*. Pour illustrer ce point, je prendrai l'exemple de l'étude des discours de la causalité parmi les anciens alcooliques que je viens d'évoquer. Les sociologues qui ont étudié cette question affirment volontiers qu'il n'y a pas de discours sur les causes chez les anciens buveurs. Or, cela n'est vrai qu'en apparence. En voyant vivre les gens, et en les écoutant à longueur de journée, on s'aperçoit qu'il y en a. Je dirai donc plutôt qu'il n'y a pas de discours *sollicités* sur les causes (et c'est d'ailleurs une réalité qu'il faut analyser) mais qu'il y a en revanche des discours *spontanés*. Le refus apparent de s'interroger sur les causes de son alcoolisme n'empêche pas le sujet de produire un discours étiologique. On mesure ici le caractère heuristique que recèle l'observation de longue durée, propre à la méthode ethnologique.

En guise de conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Tout univers socioculturel peut fournir un terrain à l'ethnologue mais c'est la manière d'appréhender son objet au plan méthodologique, logiquement liée à la manière de le construire par différence avec les autres disciplines, qui en fait un terrain ethnologique. Christian Bromberger a très justement souligné la nécessité de se laisser "guider par les injonctions du terrain", préconisant l'adoption d'une attitude souple à l'égard de son objet. Cette consigne de souplesse est sans doute la plus sage, si l'on ne veut pas s'interdire d'étudier des phénomènes dont l'impor-

tance n'était pas soupçonnée au départ. L'enquête de terrain m'a en effet permis de constater par exemple que les conjoints d'alcooliques avaient tendance à se considérer tout autant malades que les alcooliques eux-mêmes, et qu'ils revendiquaient également la souffrance, dont l'expression est favorisée par le fait qu'il leur est reconnu un statut spécifique à l'intérieur du groupe, suggérant un rapport non moins spécifique à l'alcool et à la maladie. Ceci me conduit aujourd'hui non seulement à travailler sur les conjoints (qui, envisagés au départ comme informateurs connexes, deviennent également objets de la recherche), mais également à développer une réflexion sur la notion de contagion. En définitive, et comme on s'en rend compte à la lecture de ce qui précède, le choix d'une méthodologie est intimement lié au choix d'un objet et à la manière de le construire.

Toutefois, cette souplesse n'est pas incompatible avec le fait que le rapport de l'ethnologue à son terrain est déjà en partie problématisé, dans la mesure où ce qui retiendra son attention sur le terrain est lié aux questions qui le préoccupent, aux aspects qui le frappent, bref à sa propre sensibilité. S'il est vrai que les questions que l'on se pose au départ ne doivent pas être de nature à figer l'enquête, elles permettent néanmoins de donner un sens (j'entends: une direction) à l'observation.

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Delaporte Y., 1986, "L'objet et la méthode. Quelques réflexions autour d'une enquête d'ethnologie urbaine", *L'Homme*, 97-98, XXVI (1-2): 155-169.

Douglas M. (ed.), 1987, *Constructive Drinking. Perspectives on Drink from Anthropology*. Cambridge University Press - Maison des Sciences de l'Homme.

Fabre-Vassas C., 1989, "La boisson des ethnologues", *Terrain*, n°13 ("Boire"): 5-14.

Fainzang S., 1986, *"L'intérieur des choses". Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.

Fainzang S., 1988, "La maladie de Lucie", *Ethnologie française*, XVIII, 1: 55-63.

Fainzang S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Editions de l'EHESS (Coll. Les Cahiers de l'Homme).

Fainzang S., 1990, "De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie", *Encyclopédie Universalis* (nouvelle édition).

Fainzang S., 1992, "Maladie, identité et guérison dans un groupe d'anciens buveurs: Vie Libre", *Ethnologie française*, XXII, 1 (Numéro spécial: "Corps, maladie et société"): 5-18.

Fainzang S., à paraître, "L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang", *L'Homme*.

Lacoste-Dujardin C., 1977, "La relation d'enquête", *Hérodote*, n°8: 21-44.

Lévi-Strauss C., 1958, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon.

Sahlins M., 1980, *Au coeur des sociétés. Raison utilitaire et raison culturelle*, Paris, Gallimard (Bibl. des sciences humaines).

Fin du texte