Danièle Carricaburu et Patrice Cohen

(2002)

“L'anthropologie politique de la santé.
Une pratique engagée de la recherche.
Un entretien avec Didier Fassin.”

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 :

Danièle Carricaburu et Patrice Cohen

“L'anthropologie politique de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier Fassin.”

Un article publié dans la revue **Innovations et sociétés**, no 2, 2002, pp. 9-16.
Une entrevue réalisé par Danièle Carricaburu et Patrice Cohen.

[Autorisation formelle accordée par l’auteur le 28 octobre 2008 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : dfassin@ehess.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 18 février 2009 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Danièle Carricaburu et Patrice Cohen

“L'anthropologie politique de la santé.
Une pratique engagée de la recherche.
Un entretien avec Didier Fassin”

Un article publié dans la revue **Innovations et sociétés**, no 2, 2002, pp. 9-16.
Une entrevue réalisé par Danièle Carricaburu et Patrice Cohen.

Danièle Carricaburu et Patrice Cohen

**“L'anthropologie politique de la santé.
Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier Fassin”.**

Un article publié dans la revue **Innovations et sociétés**, no 2, 2002, pp. 9-16.
Une entrevue réalisé par Danièle Carricaburu et Patrice Cohen.

Didier Fassin est anthropologue, sociologue et médecin. Il enseigne à l'Université Paris XIII, à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales et dirige un laboratoire mixte Université et INSERM, le CRESO (Centre de Recherche sur les Enjeux Contemporains en Santé Publique).

Pouvez-vous nous expliquer comment la thématique de la santé publique, dans sa dimension politique, a émergé dans votre itinéraire scientifique ?

Mon intérêt pour les sciences sociales, et pour l'anthropologie en particulier, m'est venu dans deux pays où je travaillais comme médecin au début des années quatre-vingt. En Inde, d'abord, sous le coup d'une double et brutale prise de conscience des inégalités et des différences - du social et du culturel, si l'on peut dire - et celui qui connaît Calcutta peut imaginer la violence qui se cache sous ces deux mots. En Tunisie, ensuite, dans la mise en oeuvre d'enquêtes épidémiologiques et de programmes de prévention du rhumatisme articulaire aigu, première cause de mortalité des jeunes dans ce pays, en découvrant combien un tel problème et les solutions qu'on pouvait lui apporter relevaient bien plus de choix politiques que de compétences médicales, constat naïf, j'en conviens. C'est dire, en tout cas, que, d'une part, les questions que je me posais en m'orientant vers les sciences sociales s'inscrivaient dans le champ de la santé publique, et que, d'autre part, les réponses

qu'il me semblait nécessaire de leur apporter relevaient d'une lecture politique aussi bien pour appréhender les inégalités que pour analyser des actions.

Cependant, lorsque j'ai fait mes premières armes en anthropologie, j'ai, bien entendu, commencé par suivre les voies les plus canoniques de la discipline, et compte tenu de mon domaine d'investigation, je me suis intéressé à la maladie et j'ai pris mes repères en anthropologie médicale. Mon premier travail portait sur un cas de maladie mentale chez un patient kabyle vivant en France et que son envoûtement supposé avait conduit en Afrique de l'Ouest : j'avais essayé, à son propos, de juxtaposer, sans prétendre réellement les articuler, des lectures psychiatrique, ethnologique et ethnopsychiatrique. Ma deuxième recherche, plus longue, qui avait pour cadre le Sénégal, a débuté elle aussi par l'étude d'objets traditionnels de la discipline : les représentations de la rougeole en milieu *peul* dans la Vallée du Fleuve, l'analyse d'un rituel en pays *Diola* au centre de la Casamance ; dans les deux cas, cependant, je m'intéressais surtout aux changements en cours et notamment à la manière dont le fait de vivre en ville, avec ses contraintes et ses possibilités nouvelles, liées en particulier à l'accès à des structures de soins et des programmes de prévention, transformaient les attitudes et les pratiques de ces citadins, souvent encore partiellement urbanisés.

C'est en enquêtant et en vivant dans la banlieue de Dakar au milieu des années quatre-vingt que, retrouvant les questions qui m'avaient amené vers les sciences sociales, je me donnais des objets qui m'intéressaient moins pour leur originalité – à l'époque on travaillait peu sur ces thèmes - que pour ce que j'entrevois de leur importance et de leur signification - non seulement pour la santé publique, mais plus largement pour la vie des gens ¹. Étudiant les dispositifs sanitaires, j'examinais en particulier la vente illicite des médicaments sur les marchés et dans les rues, pratique si banale et décriée, si fragmentée en apparence et en fait si bien organisée dans des réseaux politico-religieux. Observant les politiques locales de santé, je tentais d'appréhender le sens des rhétoriques et des pratiques autour de la participation communautaire, mot d'ordre populaire dans les institutions de développement mais recouvrant d'un voile opaque la réalité de ce qui se jouait dans les comités de santé. Constatant enfin les disparités sociales face à la maladie et aux

¹ *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Presses Universitaires de France, 1992.

soins, j'essayais de repartir d'histoires de vie et d'analyses de situations pour montrer comment le travail qualitatif permettait de prolonger plus finement et plus profondément les enquêtes épidémiologiques. Autrement dit, dans chacun de ces cas, il s'agissait de prendre un domaine traditionnel de la santé publique et de l'éclairer d'une perspective ethnographique permettant de lui restituer le sens qu'il revêtait dans une société urbaine ouest-africaine et, du même coup, de saisir, sous ses diverses formes, les opérations par lesquelles le politique devenait signifiant, ce qui est bien sûr la démarche inverse de celle de la science politique.

J'ai poursuivi cette exploration en travaillant en Équateur à la fin des années quatre-vingt, mais en changeant de nature d'objet et d'échelle d'analyse. Il s'agissait cette fois d'analyser les difficultés rencontrées dans ce pays, comme dans le reste du tiers-monde au demeurant, pour mettre en œuvre des programmes dits de réduction de la mortalité maternelle. Le risque pour une femme indienne vivant dans les Andes de mourir de complications d'une grossesse ou d'un accouchement était plus de cent fois supérieur à ce qu'il est pour une femme française et le sens commun, conforté par quelques travaux anthropologiques, attribuait cette situation à ce que l'on appelait des obstacles culturels. Les enquêtes que nous avons conduites alors avec Anne-Claire Defossez nous ont conduits à montrer combien cette lecture était réductrice et infondée². D'un côté, les conditions structurelles, bien plus que les manifestations culturelles, rendaient compte de la réalité épidémiologique : paupérisation et marginalisation des populations rurales, dureté de la vie quotidienne et déstructuration des liens familiaux sous l'effet des migrations des hommes, difficultés géographiques et financières d'accès aux soins dans des zones d'altitude délaissées par les pouvoirs publics, incorporation séculaire de l'indignité des Indiens constamment réitérée par les pratiques des professionnels de santé. De l'autre, la façon de traiter les paysannes *quechua* dans les structures sanitaires, bien plus que leur attachement aux traditions, expliquait leur réticence à s'y faire soigner et à y accoucher : tutoiement, insultes et plus largement, expression d'un mépris raciste ; brutalité dans les soins, non respect de la pudeur des femmes et, plus ordinairement, désintérêt à l'égard de leur souffrance ou de leur maladie ; taux très élevés de césariennes, dites de confort, c'est-à-dire pour éviter aux équipes obstétricales d'attendre l'aboutissement du travail des parturientes. Au

² *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud* (avec A.C. Defossez et M. Viveros), Universidad Externado de Colombia/IFEA, 1992.

fond, aux interprétations culturalistes, nous avons substitué une économie politique de la gestion des corps, un peu à la manière dont procédaient, à la même époque, Nancy Scheper-Hughes au Brésil et Paul Farmer en Haïti, dont nous ne connaissions pas les travaux.

De retour en France au début des années quatre-vingt-dix, je crois avoir poursuivi cet effort pour appréhender, de façon critique et en même temps ethnographique, cette santé publique sur laquelle on porte trop souvent un regard d'en haut, sur les politiques nationales ou même sur les discours qui les énoncent, en n'étant pas suffisamment attentif à ce qui se joue sur le terrain. Je l'ai fait notamment dans la région parisienne et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis, département où je travaillais et résidais.

Justement, pouvez-vous nous dire les thèmes sur lesquels vous travaillez actuellement et la manière dont vous concevez le domaine dans lequel vous menez vos recherches ?

Avec peut-être une certaine dose de ce que Pierre Bourdieu appelle illusion biographique, j'ai le sentiment que la cohérence de mes travaux au Sénégal, en Équateur, aujourd'hui en France, sur l'immigration et les discriminations, sur les inégalités sociales de santé et sur les politiques locales de santé, et en Afrique australe sur les inégalités face au sida et sur les politiques de prise en charge de l'épidémie, se fait autour de deux thèmes, partiellement liés : les inégalités et les politiques . J'aborde plus particulièrement ces deux thèmes à partir de questions sur le corps et sur la vie, plutôt que dans une perspective strictement de santé. Et dans les deux cas, j'essaie de les penser en termes à la fois de construction sociale et de production sociale. Je m'explique.

Les inégalités sont produites par la société ou plus justement manifestent l'état des rapports sociaux entre les individus : qu'un manœuvre ³ français de trente-cinq ans ait neuf années de moins à vivre, en moyenne, que l'ingénieur du même âge dit bien cette réalité. Il revient aux sciences sociales de comprendre, au-delà

³ *Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, 2000.

du repérage des facteurs de risque que permet l'épidémiologie, les processus par lesquels un ordre social se traduit dans les corps, ce que j'ai proposé d'appeler l'incorporation de l'inégalité⁴. L'exigence est ici de dépasser les habituelles approches comportementales ou culturelles qui consistent à relier catégories sociales et morbidité par la consommation d'alcool ou de tabac, comme si elles expliquaient les disparités, alors qu'elles ne font que les manifester.

Mais en même temps, ces inégalités sont construites, au sens où la société les nomme et les catégorise pour les appréhender et pour agir dessus : par exemple, au début des années quatre-vingt-dix, on s'est mis à parler d'exclusion pour qualifier les inégalités, ce qui traduisait une lecture dualiste du monde social, au demeurant entérinée par des sociologues comme Alain Touraine, mais critiquée par d'autres comme Robert Castel, qui a montré combien cette qualification était non seulement inexacte, mais politiquement dangereuse ; de manière parallèle, au cours de cette période, la notion de souffrance psychique a pris une place centrale dans l'interprétation des conséquences de la précarisation et de la disqualification des individus, notion à laquelle des spécialistes de santé publique, comme Antoine Lazarus, et des psychanalystes, comme Christophe Dejours, ont donné du crédit. Ainsi dessinées, l'exclusion et la souffrance ont donné lieu à des pratiques et à des dispositifs : aides d'urgence et consultations de précarité, dans le premier cas, lieux d'écoute et transformations de la médecine du travail dans le second. C'est dire qu'il revient aux sciences sociales d'être très attentives à la fois à la manière dont les inégalités sociales de santé sont produites, à travers les conditions de vie en particulier, et dont elles sont construites, à travers les catégories et les outils pour les interpréter ou les analyser. Ces deux perspectives, que l'on peut appeler réaliste et constructiviste et qui sont souvent défendues par des courants distincts de la sociologie, doivent être pensées ensemble.

Il en va de même des politiques. Elles sont produites par des acteurs qui bien sûr appartiennent à ce qu'on appelle les pouvoirs publics, l'État, ses services déconcentrés et les collectivités territoriales, mais qui sont aussi des professionnels de la santé ou du social, des associations ou des habitants. C'est dans ce sens que nous avons conduit un projet, il y a quelques années, sur la production locale de

⁴ *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses universitaires de France, 1996.

la santé publique, nous intéressant plus particulièrement à ce qui touche à la « question sociale », pour reprendre une expression revenue dans notre langage. Mais ces politiques sont également construites, au sens où ce qui entre dans le champ de la santé d'une part, et ce qui relève du domaine public d'autre part, relève d'opérations cognitives et de jeux sociaux dont les issues ne sont jamais données d'avance. C'est ce double travail de médicalisation d'un côté, et de publicisation de l'autre, que j'avais proposé d'analyser en termes de sanitisation du social ⁵. Il ne s'agit pas de dire que tout le social tend inexorablement à être absorbé par le sanitaire, mais plutôt d'indiquer des processus, souvent naturalisés par les acteurs (c'est inscrit dans les corps, donc c'est bien de la santé), alors qu'ils sont objets de luttes et de conflits (précisément pour définir si des problèmes, comme la toxicomanie, relèvent d'un registre ou d'un autre). Ce que nous nommons aujourd'hui maltraitance infantile nous apparaît comme un problème de santé publique, alors qu'il y a deux siècles, c'était une affaire de vie privée ; il y a un siècle, elle était traitée par les travailleurs sociaux ou par les juges ; il y a cinquante ans, les médecins, radiologues et pédiatres, en avaient fait une entité clinique, et seulement il y a une vingtaine d'années, les mauvais traitements aux enfants avaient, sous un nouveau nom, fait leur apparition dans le champ de la santé publique.

Cette double enquête, sur la production et la construction de la santé publique, nous conduit à des interrogations proprement anthropologiques sur la place et le sens que nous donnons non seulement à la maladie et à la santé, mais plus fondamentalement au corps, à la vie et au vivant. Ce qui est enjeu, me semble-t-il, est ce que je me suis efforcé d'appréhender en termes de bio-légitimité, pour reprendre et déplacer ce que Michel Foucault appelait bio-pouvoir ⁶. Là où il voyait le remplacement du droit de mort par le pouvoir sur la vie, il est aujourd'hui manifeste que ce qui se joue, dans les politiques locales et nationales de santé aussi bien qu'autour des laboratoires d'analyse du génome ou sur les scènes internationales de l'intervention humanitaire, c'est moins un pouvoir sur la vie qu'un pouvoir *de* la vie, autrement dit la reconnaissance de la vie - entendue comme *zoé*, vie nue, plus que comme *bios*, vie dans la cité, pour reprendre la distinction concep-

⁵ *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, 1998.

⁶ « Bio-pouvoir ou bio-légitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique », in *Autour de Michel Foucault*, M.-C. Granjon éd., Karthala, 2001.

tualisée par Giorgio Agamben - en tant que principe supérieur de légitimation de l'action. Une telle évolution, qui inclut, mais déborde le domaine de la santé publique, appelle une réflexion sur ce que j'ai proposé d'analyser du point de vue d'une économie morale des sociétés contemporaines.

Comment concevez-vous votre engagement social par rapport à la santé et à la médecine et vos relations, en tant qu'anthropologue et sociologue, avec les acteurs de la santé publique ?

Les deux points sont distincts, quoique liés. Ce que vous appelez l'engagement social par rapport à la santé et à la médecine implique, pour moi, un double exercice qui fait la singularité et, si l'on ose dire, la grandeur des sciences sociales : un travail empirique et une posture critique⁷. L'un et l'autre sont indispensables, le premier conférant sa légitimité à la seconde, celle-ci donnant son sens à celle-là. Par exemple, ce sont nos enquêtes sur les urgences hospitalières et sur les discriminations dans l'accès aux soins qui nous ont permis de constater l'existence de refus de soins dans les services publics et en médecine libérale et qui nous autorisent aujourd'hui à dénoncer ces pratiques ; il est à cet égard important que ces études aient été conduites dans le cadre d'appels d'offre émis par des institutions productrices de politiques plutôt que par des établissements de recherche, Institut de veille sanitaire dans le premier cas, Direction de la population et des migrations dans le second, car les conclusions de nos travaux ont ainsi plus de chances d'être en prise sur l'action publique.

Mais ce double exercice peut aussi se conduire plus à distance des politiques en s'intéressant à la nature même du politique au masculin singulier cette fois. Je l'ai suggéré déjà en indiquant l'axe de réflexion autour de la bio-légitimité. Lorsque j'ai travaillé sur les procédures de régularisation des étrangers en situation irrégulière, d'un côté, et sur les attributions d'aide d'urgence aux chômeurs, de l'autre, je me suis rendu compte qu'il y avait, entre les deux, des éléments communs dans la manière dont les solliciteurs étaient conduits, compte tenu de ce

⁷ *Critique de la santé publique. Approches anthropologiques* (avec J.-P. Dozon), Balland, 2001.

qu'ils comprenaient des modes de fonctionnement du monde social, à se servir de leur corps, de leur maladie, de leur souffrance pour fonder leur demande et aussi, en retour, dans la façon dont les agents des administrations mettaient en oeuvre des pratiques de jugement, afin de savoir qui avait droit et qui n'avait pas droit à ces ressources rares que sont les secours financiers et les titres de séjour. Autrement dit, ce qui me semblait important à analyser, mais aussi à porter dans l'espace public, c'était ces nouveaux fondements, relevant de la compassion plus que de la justice, de l'action en faveur des groupes dominés. Ces enjeux concernent aussi bien les décideurs que les exécutants.

Ce qui m'amène à la seconde partie de votre question, mes relations avec les acteurs de la santé publique. Une précision, pour commencer. Comme vous l'avez indiqué, ma première formation est médicale, j'ai exercé ce métier en tant que chef de clinique et je continue de le faire, certes modestement, en dirigeant un dispositif d'accès aux soins et de recouvrement des droits dans un hôpital de la banlieue parisienne et en y ayant moi-même une consultation hebdomadaire. Cet élément, s'il ne surdétermine pas mes relations avec les milieux de la médecine et de la santé, entre certainement en ligne de compte, à la fois dans la manière dont je vois les choses et dans la façon dont les autres me voient.

J'ai dit il y a un instant que je croyais à la nécessité d'associer un travail empirique et une posture critique. J'ajoute que celle-ci me paraît devoir être associée à une pratique dialogique et à une fonction didactique. Le dialogue a souvent été difficile dans les années de constitution de notre domaine de recherche. Il me semble qu'il devient plus constructif aujourd'hui, par une meilleure reconnaissance par les médecins de la place des sciences sociales et par une implication plus effective des anthropologues et des sociologues dans la médecine ou la santé publique. Je suis, pour ma part, souvent parti de problèmes, tels qu'ils se posaient dans ces métiers, pour les redéfinir sous la forme de problématiques de sciences sociales, avant de les reformuler en termes de conséquences de mes recherches pour les acteurs de santé publique ou du secteur social. Cet exercice doit évidemment être sans concession et j'ai eu souvent l'occasion d'écrire combien répondre à la « demande sociale d'anthropologie » en offrant des interprétations culturelles et culturalistes s'apparentait à un bradage de nos disciplines. Pour autant donc qu'il soit sans concession, et pour autant que le chercheur ait la rigueur épistémologique et éthique consistant à ne pas faire croire qu'il énonce *la* vérité, mais seule-

ment la vérité issue de sa construction théorique et de son observation empirique, il me semble que l'exercice peut induire un dialogue riche, même s'il est parfois contradictoire, avec les acteurs. Plus encore, il doit nourrir le travail pédagogique et, enseignant à des futurs professionnels de la santé et du social, j'accorde un grand prix à cette transmission de savoirs qui peuvent susciter une réflexivité critique sur leurs pratiques.

Ce numéro est le fruit d'un séminaire consacré à la santé comme objet de l'anthropologie et de la sociologie. Comment voyez-vous les rapports entre ces deux disciplines ?

Je me situe clairement dans la ligne maussienne d'une science du social, autrement dit, je ne pense pas qu'il y ait épistémologiquement de différence entre sociologie et anthropologie. Je suis moi-même professeur de sociologie à l'Université Paris XIII et directeur d'études en anthropologie à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. Je me suis toujours efforcé de puiser dans la littérature anthropologique et sociologique, de publier moi-même dans des revues des deux disciplines, de faire fonctionner des concepts et des théories issus des deux traditions. En même temps, force est de constater que des raisons historiques, tenant à la théorie plus ou moins explicite du Grand Partage, et aujourd'hui peut-être plus encore des raisons institutionnelles liées à l'organisation des milieux scientifiques, à leur recrutement et à leur légitimation, font que, dans les faits, beaucoup d'anthropologues et de sociologues se représentent eux-mêmes de part et d'autre d'une frontière assez étanche, avec des conséquences aussi sur la formation des jeunes chercheurs. Ce qui me paraît cependant aujourd'hui plus préoccupant que cette distinction entre les disciplines, ce sont deux choses : d'une part, les déchirements qui les traversent et les divisent l'une et l'autre ; d'autre part, leur éloignement progressif et revendiqué de ce qui se joue dans le monde social. Ces deux points se recoupent assez largement, dans la mesure où c'est par rapport au second que se jouent les tensions du premier.

Après une période longue où la pensée des sciences sociales s'organisait autour de paradigmes théoriques forts et globalisants, chacun avait pu constater une disparition de ces grands modèles d'interprétation du monde et leur remplacement

par des analyses plus limitées, plus fragmentaires, plus modestes, mais aussi souvent plus empiriquement fondées, en tout cas plus attentives aux choses telles qu'elles sont. Cette évolution me paraît avoir été féconde. Plus problématique me semble aujourd'hui la bipolarisation qui, souvent sur le mode de l'exclusive, s'opère précisément autour du rapport des sciences sociales au monde social, grosso modo, entre une approche qui fonctionne sur le principe de la dénonciation et du militantisme et une approche qui s'énonce en termes de traduction et de retrait.

Bien sûr, on retrouve là sous des formes nouvelles, plus élaborées, mieux informées aussi de certains errements du passé, les débats anciens au sein des disciplines, entre sociologies durkheimienne et wébérienne, entre anthropologies appliquée et fondamentale. Dans le contexte actuel, cependant, marqué à la fois par des changements rapides des sociétés et par une demande d'interprétation adressée aux sciences sociales, nous devons être particulièrement vigilants sur deux points. Premièrement, sur le risque d'affaiblissement des sciences sociales, par leurs déchirements internes et par la relève, souvent intelligente, que proposent les commentateurs, intellectuels ou journalistes. Deuxièmement, sur la capacité à parler à la fois scientifiquement et publiquement des sujets de société, en s'appuyant sur les règles d'épistémologie et de méthode qui sont parfois oubliées par certains, mais en ne s'enfermant pas pour autant dans un cercle d'initiés où d'autres se retirent.

Les discussions récentes sur la mondialisation et sur l'immigration, sur le PACS et sur le sida, sur le génome et sur la bioéthique ont montré la force normative que pouvaient déployer certains sociologues ou anthropologues en se réclamant de leurs disciplines, mais aussi la distance confortable à laquelle tendait à se tenir la plupart des autres. Il nous revient collectivement - et bien sûr de manière plurielle - d'inscrire nos travaux à la fois dans la science et dans le monde, puisque bien entendu l'une est le produit de l'autre, mais que, dans le même temps, celui-ci est sans cesse construit par celle-là. La tension entre engagement et distanciation, justement formulée par Norbert Elias, me paraît plus que jamais nécessaire à penser. Et à penser par rapport à ce que nous disons et à comment nous agissons.

Fin du texte