

# Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain

Muriel Darmon

► **To cite this version:**

Muriel Darmon. Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. Genèses. Sciences sociales et histoire, Belin, 2005, Quantifier, pp.98- 112. 10.3917/gen.058.0098 . halshs-00425841

**HAL Id: halshs-00425841**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00425841>**

Submitted on 9 Apr 2020

**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.

**A paraître in *Genèses*, mars 2005**

**Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain\***

Muriel Darmon

L'exigence de réflexivité lors de l'enquête peut être comprise comme une définition, ou plutôt une redéfinition, des limites de cette dernière et de ses matériaux : l'analyse inclut la personne, la position et les catégories de l'enquêteur dans le champ de l'enquête, les erreurs ou les blocages ne sont plus des accidents à éliminer mais des matériaux à prendre en compte, l'étude des entretiens ne se limite pas à celle du texte enregistré mais déborde sur celle de la situation d'entretien et d'enquête, tout comme celle des données statistiques se penche sur l'amont des conditions de leur production. Ainsi, le temps de l'enquête ne se réduit pas aux moments évidents et explicites de recueil des matériaux, mais, dans un mouvement inverse, redéfinit comme matériau potentiel tout événement qui prend place lors de l'enquête. Ce type de posture conduit à accorder une place à l'analyse de ce qui pourrait sembler n'être qu'une condition de possibilité de l'enquête et du début des " choses sérieuses " : les négociations de terrain et leur résultante, acceptation ou refus.

Dans certains cas en effet, l'entrée sur le terrain dépend quasi exclusivement d'un accord formulé, et parfois même formalisé, par une autorité compétente. C'est évidemment le cas lorsque le terrain choisi est une institution fermée dans laquelle il n'est possible au sociologue d'entrer (c'est-à-dire de pouvoir ultérieurement négocier observations et entretiens auprès des différents membres de l'institution) que suite à une autorisation explicite qui met en jeu la hiérarchie institutionnelle. C'est ce " droit d'entrée " que l'on doit, par exemple, obtenir d'un proviseur de lycée avant même de pouvoir négocier l'observation de ses cours avec tel

enseignant ou l'entretien avec tel élève. Ou, comme dans le cas qui va nous occuper, d'un chef du service d'un hôpital psychiatrique où l'on souhaite réaliser des séquences d'observations et des entretiens avec des patients dans le cadre d'une approche sociologique de l'anorexie.

### **Faire commencer l'enquête avant son début**

Si ces négociations sont avant tout une condition de réalisation de l'enquête et un préalable nécessaire, elles peuvent aussi être construites comme un objet de plein droit de la recherche et devenir ainsi un véritable matériau d'analyse du terrain lui-même et non pas seulement de la position de l'enquêteur, de ses réussites et de ses échecs, ou de sa plus ou moins grande capacité, située, à négocier son entrée sur le terrain. Par exemple, dans les cas où elles se soldent par la cession d'un droit d'entrée à l'enquêteur, il peut être intéressant de s'en servir comme levier pour mettre en lumière certaines des lignes d'autorité qui structurent le terrain. Pour " qui " l'accord donné par l'interlocuteur qui peut délivrer le droit d'entrer vaut-il ? Sur quels espaces donne-t-il pouvoir d'entrer, sur quels autres donne-t-il seulement l'autorisation de négocier à nouveau et ponctuellement la présence de l'enquêteur ? Dans le cas d'une négociation " réussie " auprès du directeur médical dans une clinique psychiatrique pour adolescents (la clinique C), l'accord ne vaut que comme droit de présence dans l'enceinte de la clinique et droit d'ouvrir des négociations avec chacun des chefs de service. Une négociation " réussie " avec l'un de ces chefs de service ouvre la possibilité de séquences d'observation de la " vie professionnelle quotidienne " de ce service, notamment des réunions de synthèse ou des passages en revue quotidiens des patients lors des " flashes ", mais vaut également comme accord pour l'observation des différents moments du travail infirmier : l'accord du chef de service vaut donc " pour " celui des infirmiers, mais il ne vaut pas " pour " celui des autres médecins du service qui peuvent accepter ou refuser la présence de l'enquêteur aux entretiens cliniques. Quant aux patients, les négociations de terrain

fournissent un angle d'approche de la configuration mouvante des personnes qui en sont "responsables". Les autorisations qui m'ont été données par les médecins, dans différents services, pour faire des entretiens avec leurs patients posaient toutes comme condition l'accord exprès des patients suite à une présentation de mon enquête auprès de chacun d'entre eux. En revanche, quand les médecins (seniors ou internes) ont accepté que j'assiste aux entretiens qu'ils menaient avec les patients, l'accord des patients à ma présence n'était pas plus sollicité que dans le cas des différents membres de "l'équipe" qui peuvent assister à ces entretiens (infirmiers, stagiaires, psychologues...). Dès lors, si tout le discours des patients à l'hôpital n'appartient pas aux médecins, ces derniers possèdent suffisamment de pouvoir sur la situation d'entretien clinique pour donner un accord qui "vaut" pour celui des patients. Enfin, le "pouvoir de dire oui" à l'enquête sociologique permet aussi de faire l'hypothèse que le patient hospitalisé "appartient plus" au médecin et à l'institution qu'à sa propre famille : si la permission du médecin ne vaut pas pour celle des patients, on peut noter que l'accord des parents n'est pas entré en ligne de compte, même pour les patients mineurs hospitalisés. Ce dernier s'impose seulement dans le cas de patients mineurs traités "en ambulatoire" (qui sont donc sortis des murs de l'hôpital) pour lesquels on m'a expressément demandé de solliciter l'accord des parents en même temps que le leur. Ainsi, les chaînes des diverses négociations et autorisations peuvent apprendre beaucoup sur le fonctionnement de l'institution observée, avant même les observations qu'elles rendent possibles.

### **Gros plan sur un refus de terrain**

Bien plus, même lorsque l'on se voit refuser l'entrée sur le terrain, on peut transformer en matériau d'enquête une expérience sociale désagréable pour l'enquêteur (parfois dans son déroulement, mais surtout par ce qu'elle implique comme coûts de réorientation du terrain). Dans la recherche dont il est question ici, les refus de terrain ont été relativement nombreux, mais surtout assez divers dans leurs modalités, et c'est sur l'un d'eux, particulièrement

marquant, que l'on va se concentrer. Ce refus de terrain n'est ni le premier ni le dernier de la trajectoire d'enquête, commencée en DEA (Diplôme d'études approfondies), mais c'est certainement le plus violent. Il se situe à un moment crucial de la constitution du terrain, à la fin de la première année de thèse. Je dispose alors d'un premier corpus d'entretiens, réalisés pendant l'année de DEA à l'hôpital H dans le cadre d'une enquête brève et très centrée autour du recueil d'entretiens avec les patientes qui ne m'a pas vraiment familiarisée avec le monde médical ou psychiatrique. Ma demande de poursuivre le terrain à l'hôpital H recevant une réponse négative – on en évoquera certaines des raisons plus loin – je cherche alors d'autres terrains possibles. Dans un deuxième hôpital, le chef de service rencontré (le professeur X) ne refuse pas vraiment le principe de mon entrée mais me suggère néanmoins d' "essayer d'abord ailleurs", en me donnant quelques noms de "spécialistes reconnus de l'anorexie", dont celui du chef de service de l'hôpital A. Après plusieurs semaines de coups de téléphone ou de visites à l'hôpital – on est en juillet, et la secrétaire du chef de service est dans un premier temps en vacances – j'obtiens finalement auprès de cette dernière (sans qu'elle le consulte, supposerai-je ensuite) un rendez-vous avec le docteur Y, professeur de psychiatrie et chef de service à l'hôpital A.

### **Extrait du journal de terrain**

Mes premières rencontres avec la secrétaire s'étaient très bien passées. Je m'étais présentée comme étudiante en sociologie réalisant une thèse de doctorat sur l'anorexie à l'université Paris V. Elle s'était montrée intéressée et très encourageante sur ce projet, me trouvant un créneau dans l'emploi du temps du professeur Y. Lorsque j'arrive pour le rendez-vous, elle me regarde d'un air gêné et me fait entrer sans un mot dans la salle d'attente, puis dans le bureau du professeur Y, pièce spacieuse dont les murs sont couverts de bibliothèques. Il se tient assis derrière une grande table, en bois ancien, où s'entassent livres et papiers divers. Il me fait asseoir et comme il reste silencieux, je commence :

“ Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me recevoir (silence). Voilà, je suis étudiante en

sociologie, et je commence une thèse à Paris V sur l'anorexie. J'ai contacté le professeur X qui m'a envoyée vers vous...

– Qu'est-ce que vous voulez ?

– Eh bien, j'aurais deux types de demande, la première de solliciter un entretien avec vous pour bénéficier de votre expérience sur l'anorexie...

– Je ne vois pas en quoi mon expérience peut intéresser en quoi que ce soit la sociologie (silence).

– Justement, en fait la base de ma recherche c'est qu'il n'y a pas de travaux sociologiques sur l'anorexie...

– Vous voulez dire pas de travaux français ?

– Oui, en effet et d'ailleurs j'habite actuellement aux États-Unis et...

– Il y a des travaux sociologiques sur les comportements alimentaires, donc il y a des travaux sociologiques sur "l'anorexie". La sociologie ne peut pas s'intéresser à la pathologie.

– Bien sûr, mais en même temps il y a depuis quelques années des tentatives en sociologie pour travailler sur la pathologie, donc j'ai pensé que sur l'anorexie...

– C'est quoi l'anorexie ?

– Précisément, c'est l'une des questions que j'aurais souhaité vous poser...

– Vous ne savez même pas sur quoi vous travaillez. Vous n'avez pas de sujet de thèse de ce point de vue, il n'y a pas de clarté dans ce que vous dites...

– Justement, le manque de clarté, l'un des objets de la thèse c'est de construire une approche possible en sociologie de l'anorexie...

– (Il me coupe) Écoutez, c'est comme si une boulangère venait me voir, en me disant "je voudrais considérer l'anorexie par rapport à la boulange". L'anorexie par rapport à la boulange, ça existe et c'est facile : elles ne mangent pas de pain.

– Oui, mais la sociologie c'est une discipline scien... c'est un peu différent, alors que la boulange...

– La boulange, c'est une technique. Je ne vois pas la différence. La méthodologie en sociologie n'a pas de rigueur de toute façon...

– J'imagine qu'en effet...

– Mais bon, c'est un autre problème. Bon ! mais enfin, continuez, votre autre demande ?

– Voilà, j'aurais aimé solliciter votre aide pour réunir un corpus d'entretiens...

– Alors là je vous arrête tout de suite, c'est non. C'est hors de question (silence).

– Est-ce que je peux vous demander pourquoi ?

– Vous arrivez, vous voulez voir des patients. Qu'est-ce que vous pourrez dire des discours directs

[entendre ici : discours recueillis directement auprès des patients] que vous n'aurez pas dans les discours indirects [des médecins sur les patients] ?

– C'est aussi une question de travail universitaire, en faisant une thèse de sociologie je suis censée réunir moi-même un corpus...

– Oui, mais ce sont uniquement des contraintes institutionnelles.

– Certes, mais je ne peux pas être indépendante de ça...

– De toute façon il est hors de question que vous fassiez des entretiens avec des patients.

– Mais vous pensez que ça pourrait... leur faire du mal ?

– C'est un bien grand mot.

– Donc vous pensez que c'est impossible ?

– Écoutez, envoyez-moi votre protocole. C'est quoi votre protocole ?

– Eh bien, ça va sans doute reposer la question de la méthodologie en sociologie, mais... ce serait la réunion d'un corpus d'entretiens non directifs, avec juste une consigne qui...

– Merci, je sais ce que c'est qu'un entretien non directif.

– Je vous prie de m'excuser...

– Écoutez, je ne vois pas ce que vous voulez faire, et vous non plus, alors...

– En fait j'ai déjà préparé le sujet dans un DEA, et j'ai fait quelques entretiens, donc si...

– Dans quel service ?

– En fait, je préfère respecter l'anonymat pour garantir celui des interviewés et...

– (Il me coupe, et très violemment) Mais ce n'est pas possible, pour dire ça c'est que vous ne connaissez vraiment rien au monde médical ! Vous venez me demander de faire des entretiens dans le service et vous me parlez d'anonymat ! Là, c'est pas possible, vous pouvez sortir tout de suite.

– Bien, je... (je ne me lève pas et je cherche à prolonger la conversation. Il se lève, me montre la porte).

– Vous avez un sujet scabreux. Pour la sociologie. Au revoir. ”

## **Une situation de domination**

Cet extrait est sans doute suffisamment frappant pour sembler parler de lui-même. L'enjeu de cet article est pourtant de mettre en lumière l'examen précis qui peut en être fait et qui ne se limite pas à la dénonciation d'une violence fort visible. Premier niveau d'analyse : la façon dont il manifeste une situation de domination dans laquelle c'est l'enquêtrice qui occupe une

position dominée. Plus spécifiquement, l'interaction constitue un exemple de rencontres avec des " agents dominants et professionnalisés ". Cette domination opère par la mise en scène d'une double maîtrise par l'enquêté.

Maîtrise de son propre monde professionnel tout d'abord, qui s'exprime notamment par une accusation d'incompétence totale de l'enquêtrice (" vous ne connaissez vraiment rien au monde médical ") à l'occasion de mon refus de nommer mon terrain précédent. Cette mise en relation entre anonymat et monde médical peut s'interpréter à la lumière des normes et des pratiques de la recherche en milieu médical. Tout d'abord, les recherches menées dans les services hospitaliers anonymisent d'autant moins ces derniers que le fait d'être un lieu de recherche constitue un capital symbolique important pour ces services, voire dans certains cas un critère bureaucratique pris en compte dans l'évaluation de leur " qualité ". Lors de l'enquête de DEA, le service psychiatrique où j'avais réalisé les entretiens avait ainsi exigé que je le désanonymise dans mon mémoire. Par ailleurs, en faisant jouer l'anonymisation sociologique " contre " la demande de ce médecin, je mets en avant une déontologie inexistante pour lui par rapport aux pratiques évidemment très codifiées de " secret " dans le monde médical : un secret qui " rassemble " (les médecins entre eux, les équipes entre elles) tout autant qu'il exclut – lors des conférences portant sur des cas cliniques auxquelles j'ai pu assister, l'anonymisation des patients peut être très vite levée et les vrais prénoms réapparaissent.

Aux manifestations par Y de sa maîtrise du monde médical s'ajoute, et c'est là un signe encore plus patent de la situation de domination, une posture de maîtrise du monde de l'enquêtrice elle-même : toute l'attitude de Y vise à montrer qu'il sait ce qu'est la sociologie, une " technique " sans " rigueur ", qu'il sait qu'elle ne peut pas " être intéressée " par son expérience, qu'il connaît, mieux que l'enquêtrice, le champ bibliographique en sociologie, qu'il sait enfin, " merci ", ce qu'est un entretien non directif.

Or c'est la figure du " professeur " qui est au principe de cette double maîtrise. Celle tout



d'abord du professeur de psychiatrie qui pose des “ colles ”, des questions sans réponses possibles ayant pour but de démontrer la non-compétence médicale – compétence à laquelle je n'ai pourtant jamais prétendu, même implicitement, lors des diverses négociations : “ C'est quoi l'anorexie ? ”, “ C'est quoi votre protocole ? ” (par ce terme, c'est le modèle des projets de recherche en sciences “ dures ” qui est convoqué, et je ne peux pas plus répondre à cette question qu'à la précédente, faute de pouvoir donner des réponses valables dans l'univers médical). Celle, également, du professeur “ universel ” jouant le rôle de directeur de thèse de substitution : “ Vous ne savez même pas sur quoi vous travaillez. Vous n'avez pas de sujet de thèse de ce point de vue, il n'y a pas de clarté dans ce que vous dites... ”. Ce rôle fait classiquement partie du répertoire des “ imposants ”, et je l'ai rencontré bien souvent au cours des négociations de terrain. Un autre psychiatre m'a ainsi demandé, avant de donner son accord pour l'ouverture du terrain, un “ projet de recherche ”. Il me l'a rendu quelque temps après annoté de diverses remarques de type rhétorique ou conceptuel qu'il a commentées au cours d'un rendez-vous dans son bureau. Les exemples de ce genre sont légion au cours de la trajectoire de recherche. Au bout de quelques minutes, et alors que la discussion portait sur la possibilité concrète que je fasse une enquête dans son service, **un troisième psychiatre, chef de service**, me demande brusquement : “ Mais vous n'avez pas de papier, vous ne notez rien ? ”, avant de se lancer dans un exposé sur les causes de l'anorexie que je prends sous sa dictée, puis de se diriger vers la bibliothèque d'où il me rapporte deux ouvrages pour que j'en note les références.

C'est donc surtout la violence explicite de Y qui distingue, de ces situations récurrentes, la scène étudiée ici. De plus, on peut souligner une spécificité notable de cette violence par rapport aux analyses de “ S'imposer aux imposants ”. Pour les auteurs de cet article, les “ manifestations les plus brutales ” de la domination exercée sur l'enquêteur se trouveraient principalement dans les interactions avec des “ dominés des dominants ” et traduiraient une domination moins “ assurée ”, là où les “ dominants des dominants ” joueraient le jeu d'une

domination symbolique “ masquée ” et “ intégrant les règles de bienséance, de politesse et d’hypocrisie ”. Or, l’interaction présentée ici donne plutôt à penser que c’est la concentration des ressources dominantes qui permet une telle violence et l’expression aussi peu euphémisée d’un triple mépris, disciplinaire, de classe, et de genre, que condense en un raccourci frappant la comparaison boulangère.

Cette situation a toutefois également été rendue possible par ma propre inexpérience et mes maladresses dans la négociation. Elle m’a conduite à modifier les tractations ultérieures. Ainsi, l’année suivante, une négociation sur un même type de terrain s’est traduite par une acceptation. J’ai tout d’abord envoyé une lettre à en-tête officiel pour solliciter un rendez-vous, accompagnée d’un curriculum vitæ dans lequel je mettais en avant mes titres scolaires (l’ENS-Ulm et l’agrégation de sciences sociales). Je suis arrivée au rendez-vous avec un “ projet de recherche ”, rédigé ad hoc, où je mobilisais la sociologie américaine des maladies mentales (notes de bas de page en anglais à l’appui) et qui se terminait par la présentation d’un “ protocole ” de recherche (mentionnant un nombre souhaité d’entretiens, une évaluation de leur durée, une grille d’entretien, ainsi qu’une note méthodologique référencée sur le caractère “ inductif ” de la recherche en sociologie), accompagné d’une lettre de mon directeur de thèse s’engageant à me faire respecter toutes les consignes qui pourraient m’être données sur le terrain. Il ne s’agit pas de voir dans ces pratiques la “ clé ” de l’ouverture des terrains institutionnels difficiles, mais bien une demande qui s’inscrivait plus clairement dans les normes du monde médical. Le premier apport de ce refus de terrain a donc été avant tout pratique, dans la mesure où j’ai pu apprendre à ajuster ma demande au terrain vers lequel je me tournais.

On peut donc analyser cette interaction comme une situation de domination sociale, en mettant en rapport les propriétés sociales de l’enquêté (un homme, âgé – l’âge étant dans ce contexte signe de statut et d’une position au faîte de la légitimité dans le cycle professionnel – médecin et professeur de psychiatrie) et celles de l’enquêtrice, une jeune femme, une

étudiante dont les seules réactions sont défensives et qui ne se défend que par la remise de soi à l'institution (“ C’est aussi une question de travail universitaire, en faisant une thèse de sociologie je suis censée réunir moi-même un corpus... ”) en résistant à peine à l'imposition de problématique ( “ Oui mais la sociologie c’est une discipline scien... c’est un peu différent ”, “ ça va sans doute reposer la question de la méthodologie en sociologie ”, “ Je vous prie de m’excuser ”), et enfin une étudiante en sociologie, discipline dont, comme on l’a vu, la légitimité apparaît pour le moins problématique lors de cette interaction.

Cette dernière propriété de l’enquêtrice suggère toutefois une autre grille d’analyse. Étudiante, l’enquêtrice est aussi apprentie sociologue : elle représente donc, d’une certaine manière, sa discipline de formation. On peut faire l’hypothèse que dans la relation de l’enquêté à l’enquêtrice se joue également la façon dont le segment de la psychiatrie représenté par l’enquêté “ aborde ” la sociologie ou définit ses relations à la sociologie. Cette interprétation semble d’ailleurs d’autant plus pertinente qu’elle peut être mise en rapport avec la situation de domination évoquée ci-dessus. En évoquant la “ convention d’égalité ” qui sous-tend l’entretien comme situation sociale, Everett Hughes avance en effet que les interactions où l’enquêté se trouve dans une position dominante par rapport à l’enquêteur peuvent amener l’interviewé à s’adresser d’égal à égal, par-dessus la tête de l’enquêteur en quelque sorte, à un “ destinataire fantôme ” plus digne de ses propos (ici, “ les sociologues ” – reconnus – voire “ la sociologie ”) :

“ Mais que se passe-t-il lorsque, comme cela arrive de plus en plus souvent, un interviewer ordinaire, appartenant aux classes moyennes, rencontre un membre d’une élite financière, intellectuelle ou politique ? Mon impression est que ce type d’interviewé s’arrange pour rétablir l’égalité dans l’entretien en s’adressant subjectivement non pas à l’interviewer réel mais au responsable de l’étude ou à celui qui la commandite. Les différents usages subjectifs que font les interviewés de ces destinataires fantômes sont quelque chose qui mériterait d’être étudié de près ; certainement les personnes de statut élevé en sont plus conscientes et les utilisent plus souvent que les autres. ”

## **Une sociologie de la place de la sociologie**

Pour vérifier cette hypothèse, il est maintenant nécessaire de “ sortir ” de l’interaction décrite par l’extrait du journal de terrain et de la mettre en rapport avec les publications de ce psychiatre et sa position dans l’espace des discours médicaux sur l’anorexie. On peut ainsi prolonger la mise en objet de ce refus de terrain et en faire un matériau pour l’analyse de la place de la sociologie dans l’espace des discours sur la maladie mentale.

On est alors tout de suite confronté à une énigme apparente : les textes sur l’anorexie publiés par ce psychiatre – qui ne seront évidemment pas cités mais paraphrasés – font une place aux sciences sociales et témoignent d’une ouverture vers ces disciplines que semblent démentir sa pratique et ses propos cités plus haut. Il y est question d’une intrication nécessaire entre facteurs socioculturels et biologiques, et certains anthropologues sont cités : l’approche se donne donc à voir comme explicitement “ plurifactorielle ”.

Comment comprendre cette discordance entre un discours d’ouverture et une pratique d’exclusion de la sociologie, dans la personne de l’enquêtrice, de l’univers médical et de l’anorexie ? Il faut d’abord faire apparaître l’identité structurelle de posture épistémologique entre ces deux scènes de discours (la scène des publications et l’interaction décrite ci-dessus). Dans les deux cas en effet, le discours médical opère une véritable définition pratique de la place de la sociologie (à l’extérieur de l’hôpital et à l’extérieur de la pathologie) et de sa fonction (contextualisante). Ceci apparaît dans l’extrait de journal de terrain et permet d’éclairer des phrases un peu mystérieuses : “ Il y a des travaux sociologiques sur les comportements alimentaires, donc il y a des travaux sociologiques sur l’anorexie ”. Est ici en jeu le fait que je souhaite inscrire ma recherche dans le cadre du médical, que je travaille sur une “ pathologie ”, que je projette d’effectuer des entretiens pour obtenir des discours “ directs ” et non “ indirects ” (médicaux), que je ne me contente pas de travailler sur l’alimentaire ou sur le corps mais sur l’“ anorexie ”, bien que je sois aussi illégitime à l’aborder qu’une “ boulangère ”. L’adjectif “ scabreux ” peut alors être interprété à la lumière

des travaux de Mary Douglas sur les catégories de classement du propre et du sale : le terme sert à désigner ce qui n'est pas à sa place, ce qui fait désordre. Travailler sur l'anorexie n'est pas "scabreux" en soi, et l'adjectif ne s'appliquerait pas aux médecins qui se penchent sur cet objet, pas plus qu'il ne serait appliqué à un sociologue travaillant sur l'alimentaire. Mais travailler sur l'anorexie devient "scabreux" "pour la sociologie", c'est-à-dire quand la construction sociologique de l'objet crée le désordre et perturbe la place prédéfinie des disciplines scientifiques :

" Là où il y a saleté, il y a système. La saleté est le sous-produit d'une organisation et d'une classification de la matière, dans la mesure où toute mise en ordre entraîne le rejet d'éléments non appropriés [...] Il s'ensuit que la pollution est un type de danger qui se manifeste plus probablement là où la structure, cosmique ou sociale, est clairement définie. Les "polluants" ont toujours tort. D'une manière ou d'une autre, ils ne sont pas à leur place, ou encore ils ont franchi une ligne qu'ils n'auraient pas dû franchir. "

Procéder à l'exclusion de l'enquêtrice hors de l'hôpital réintroduit un ordre des discours et des disciplines que les diverses publications de ce psychiatre ou du pôle dans lequel il s'inscrit travaillent déjà à établir, tout en affirmant "intégrer" des "facteurs socioculturels" et les sciences sociales. Le social y est en effet intégré à condition qu'il reste à la place qui lui est désignée : extérieure (à l'hôpital ou au "noyau" théorique médical) et strictement contextuelle, c'est-à-dire périphérique (fournissant par exemple des considérations générales sur "le culte de la minceur" ou "la popularité des régimes", qui en aucun cas ne nécessitent de mener une enquête auprès de patientes hospitalisées pour anorexie). De cette apparente intégration du social, on peut avancer, comme le disait déjà l'anthropologue Robert Barrett de l'approche "bio-psycho-sociale" en psychiatrie, qu'elle extériorise le social tout en l'intégrant :

" Si elles englobent un large spectre de perspectives, les théories bio-psycho-sociales maintiennent

néanmoins la domination médicale en donnant la préséance au savoir biologique [...] Lorsque le modèle est représenté sous la forme d'une série de cercles ou de carrés concentriques [...] la biologie occupe le noyau le plus profond, entouré de zones périphériques concentriques – soit successivement la zone psychologique, interpersonnelle, sociale et culturelle [...]. Les idées qui modèlent cette représentation se reflètent dans le langage de la psychiatrie bio-psycho-sociale. L'adjectif "biologique" est généralement associé à des termes comme "racines", "base", "substrat" ou "noyau", alors que culturel va généralement avec "couche supérieure" [...]. Si on attribue une influence [aux facteurs des couches supérieures], c'est celle d'un simple facteur secondaire qui ne provoque pas la maladie. ”

En ce sens, le social est intégré mais tout en étant assigné à résidence, “ à sa place ”, à l'extérieur du “ noyau dur ”, du “ contenu ” de l'anorexie et en pratique de l'hôpital.

Ainsi, le refus du “ droit d'entrée ” et ses modalités peuvent être interprétés, malgré les apparences, comme une traduction pratique de la posture adoptée dans les publications – et montrent d'ailleurs clairement à quoi peut concrètement revenir cette ouverture apparente, qui est au mieux une tolérance si la sociologie reste à sa place. Posture qui, au-delà d'être celle de ce psychiatre, pratique (dans l'interaction) et théorique (dans les publications), est également une position identifiable dans l'espace des discours médicaux sur l'anorexie, que l'on retrouve par exemple dans l'approche “ intégrative ” promue par *le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), élaboré par l'Association américaine de psychiatrie.

### **Un refus parmi d'autres et des acceptations**

Il serait pourtant réducteur d'en rester à cette adéquation entre refus de terrain et position dans l'espace des discours et des traitements sur l'anorexie, sans mentionner les démentis qu'apporte la trajectoire de recherche à l'hypothèse d'un lien mécanique entre les deux : par exemple une acceptation de la part d'une psychiatre dont la position est proche de celle de Y, ou un refus provenant d'une psychiatre d'orientation psychanalytique. On peut cependant montrer aussi dans ces deux cas que les modalités d'acceptation ou de refus peuvent être

rapportées à des positions dans l'espace des discours.

Tout d'abord, j'ai obtenu un accord pour entreprendre une recherche à l'hôpital H provenant d'un psychiatre dont la position " plurifactorielle " était très proche de celle de Y. Si l'issue de la négociation a donc été différente, on peut cependant noter que les modalités de cette acceptation ne remettent pas en question le lien identifié plus haut entre relation pratique à l'enquêteur et position dans l'espace des discours sur l'anorexie. Ma présence dans le service en tant que sociologue a en effet été acceptée comme " un point de vue complémentaire " et on m'a même proposé, voire demandé comme condition du maintien de l'ouverture du terrain, de rédiger la partie " contexte socioculturel ", introductive et générale, d'un article qui serait écrit à l'intérieur du service, manifestant donc, dans cette acceptation comme dans le refus précédemment évoqué, la place forcément contextuelle accordée ou assignée à la sociologie. La différence entre un refus et une acceptation est certes de taille, et il ne s'agit pas de rapprocher outre mesure une situation où l'étudiante en sociologie est exclue de l'hôpital et du discours sur l'anorexie et une autre où elle est non seulement acceptée mais quasiment intégrée dans un projet de publication médicale. Il ne faut toutefois pas non plus négliger la parenté qui existe entre les représentations de la sociologie et de sa place dans les deux situations, et qui peut être rapportée à une position homologue des deux médecins rencontrés dans l'espace des discours.

On peut ensuite prendre le cas d'un refus de terrain provenant d'une psychiatre cette fois d'orientation psychanalytique – c'est-à-dire occupant une position dans l'espace des discours polairement opposée à celle de Y. À première vue, c'est pourtant la ressemblance des deux discours de refus qui frappe :

#### **Extrait du journal de terrain**

Ayant obtenu l'accord du directeur médical de la clinique C pour négocier observations et entretiens auprès des chefs des différents services de la clinique C, je prends rendez-vous avec tous, et notamment avec le docteur X.

Reçue par elle, je lui explique les grandes lignes de mon projet de recherche et explicite mes demandes.

Elle tique très nettement quand je prononce le mot “ patientes ”, fait la moue et dit “ ça, je pense que ce ne sera pas possible ”, avant d’ajouter d’un ton assez “ significatif ”, en laissant entendre que la question n’est pas anodine : “ Et je peux vous demander comment vous avez eu l’idée de travailler là-dessus ? ” Je lui réponds en lui parlant de ma maîtrise sur les jumeaux, et du fait que je pense que cela peut être intéressant, au moins du point de vue de la sociologie elle-même, de travailler en sociologue sur des sujets a priori “ psychologiques ” et d’aborder autrement la question du normal et du pathologique. Elle me laisse parler et m’écoute, puis prend la parole assez fermement :

“ Il faut savoir ce que vous faites, vous faites un travail sociologique mais non clinique. Et un travail sociologique, je le vois comme ce qu’a fait Ehrenberg sur la dépression, il faut que vous travailliez sur les discours autour de l’anorexie, tout ce qui s’écrit sur l’anorexie, l’image de l’anorexie dans le monde moderne. Ça me paraît difficile de vous introduire dans le service, ce sont des moments très intimes et vous n’êtes pas une clinicienne. [...] Alors ça pourrait être intéressant de voir ce qu’en disent les sociologues, les médecins, les pédagogues... En utilisant le fait que vous êtes aux États-Unis... mais de là à vouloir voir les gens, je ne vois pas ce que ça peut vous apporter... [...] La sociologie, de toute façon, ce n’est pas de la clinique [...] Je ne veux pas de voyeurs dans mon service, pour le dire crûment [...] Et puis, la sociologie ne peut pas faire n’importe quoi, la sociologie c’est l’étude du fait social, ce n’est pas la clinique, la sociologie doit rester à sa place... ”

Certains des arguments utilisés rappellent nettement ceux de Y. On retrouve notamment, outre une posture de maîtrise à l’égard du monde de la sociologie (“ un travail sociologique, je le vois comme ce qu’a fait Ehrenberg sur la dépression ”), la manifestation de l’assignation à résidence de la sociologie à une “ place ” nécessairement extérieure à un noyau qui lui échappe : la sociologie ne peut travailler que sur les discours et les représentations “ autour ” de l’anorexie, et ce surtout sans “ voir les gens ”. “ La sociologie, ce n’est pas de la clinique ” : cette évidence, martelée deux fois, possède toute la force des tautologies et sa vérité n’est pas contestable. En même temps, elle opère sur un présupposé qui, lui, l’est, et qui constitue une véritable imposition de problématique : seul un point de vue “ clinique ” – c’est-à-dire défini disciplinairement, mais aussi pratiquement comme une thérapeutique – peut être appliqué à un objet “ clinique ”. Elle présuppose en outre que le “ fait social ”, qui



est l'unique objet sur lequel la sociologie peut travailler, existe en soi, indépendamment d'une approche qui le construit, qu'il existe comme un ordre de phénomènes délimité a priori qui n'inclut pas l'anorexie et qui légitime le refus du droit d'entrée dans le service.

Cependant, si l'on y regarde de plus près, les registres sur lesquels le refus s'appuie ne sont pas du même ordre que ceux mobilisés par Y. Ainsi, le terme de "voyeurisme" renvoie moins l'enquêtrice à l'incompétence scientifique (comme c'était le cas de la comparaison avec "la boulange") qu'à une potentielle perversion. De même, c'est par une qualification du service comme lieu "intime" (et non comme lieu où l'on ne peut entrer sans "protocole") qu'est justifiée l'exclusion de la sociologie. Enfin, la façon dont est posée la question des raisons (forcément profondes et biographiques) pour lesquelles j'ai choisi ce sujet dénote aussi un processus, voire une stratégie qui n'étaient pas à l'œuvre lors de la rencontre avec Y : la réinscription de l'enquête sociologique, à travers la personne de l'enquêtrice, dans l'espace du psychologique.

Il s'agit en fait là d'un trait récurrent du point de vue psychanalytique dans les négociations de terrain. Cette posture apparaît en effet également dans les interactions qui se sont soldées par des acceptations. On a montré plus haut comment les positions "plurifactorielles" se traduisaient par des relations analogues à l'enquêtrice (et à la discipline qu'elle représente) indépendantes de l'issue ou de la violence apparente des négociations. Une même démonstration peut être faite dans le cas des orientations psychanalytiques. Les modalités de l'acceptation et de l'intégration de l'enquêtrice sur le terrain font apparaître un recodage psychologique et psychanalytique de sa présence et de la façon dont elle présentait son sujet de thèse, comme dans le cas de ce psychiatre qui accepte mon entrée dans son service en me donnant les conseils suivants lors des différentes phases de la négociation de terrain :

" Il faut réfléchir à ce qui vous intéresse vraiment dans le sujet, à pourquoi vous vous y intéressez...

Peut-être que vous avez vous-même frôlé l'anorexie... ";

" il faut que vous trouviez, vous, ce que vous cherchez, vous ne pouvez pas être neutre car ça vous

touche, l'anorexie, vous êtes une fille... ce serait bien de faire un chapitre là-dessus, mais bon, je suis pas votre directeur de thèse ”.

Ma présence en tant que sociologue ne peut être, dans cette optique, justifiée uniquement par les raisons scientifiques et internes à la discipline sociologique que je lui donne. Elle s'explique nécessairement par des éléments qui font intervenir l'histoire personnelle et la psyché individuelle.

Or, ce processus de psychanalisation du social est aussi à l'œuvre dans les publications d'orientation analytique sur l'anorexie. La “ société ” peut être présente dans certains cas, mais elle est alors traitée comme un patient susceptible d'être psychanalysé : la société est par exemple “ narcissique ” et favorise “ la dépendance ” (comme c'est le cas de la mère de l'anorexique dans certaines approches psychanalytiques). Par rapport au premier modèle dégagé ci-dessus, celui des approches plurifactorielles où “ le social ” constitue un ensemble de facteurs indépendants agissant de manière contextuelle, le modèle psychanalytique prend en charge “ le social ” au moyen du même registre que celui qui décrit la psychopathologie individuelle et l'assimile dans une approche unique. Les modalités des refus et des acceptations de terrain peuvent donc bien être analysées comme la manifestation pratique de ces positions dans l'espace des discours sur l'anorexie, et ouvrir à une sociologie de la place (marginale, dans les deux cas) de la sociologie dans ces discours.

Une telle sociologie de la place de la sociologie pourrait par ailleurs s'appuyer sur deux types de matériaux supplémentaires. En premier lieu, une analyse sociologique de la réception de la recherche dont il a été question dans cet article permettrait d'approfondir la question du positionnement médical par rapport à la sociologie. Elle n'a, pour l'instant, été faite que sous la forme d'une sociologie spontanée des diverses présentations de mon travail “ sur le terrain ” (hôpital H, clinique C, débats publics avec des psychiatres – au nombre desquels ne figurait pas le professeur Y). Deux éléments sont cependant suffisamment marquants pour être notés. Tout d'abord, on ne retrouve ni la même fréquence ni le même degré de violence

que lors des négociations exposées ci-dessus. Au mieux – c'est-à-dire au pire – un professeur de psychiatrie a laissé entendre, lors d'un débat, que mon approche "intellectualiste" et "trop théorique" de l'anorexie ressemblait à la façon dont "ces jeunes filles" recherchaient dans "l'intellectuel" le refus de la maternité (que je refusais aussi, au moins théoriquement, puisque je m'obstinais à voir dans leur condamnation du "gros ventre" un positionnement dans l'espace social des corps). Cette psychanalyse du social à travers celle de la personne de la sociologue mise à part, la réception s'est passée sans difficultés sur mes différents terrains de recherche, parfois même avec un enthousiasme qui m'a laissée fort soupçonneuse de mon travail, puisqu'il ne suscitait pas la résistance que je pensais automatiquement soulevée par le point de vue sociologique (et qui est parfois considérée comme sa pierre de touche)... Mais, seconde donnée d'observation spontanée, cette réception pacifique n'en a pas été pour autant uniforme : pour le dire très grossièrement, mes deux terrains n'ont pas apprécié les mêmes éléments de mon travail. Ils n'ont pas mis en lumière (par leurs questions notamment) et ne se sont pas appropriés (par la manifestation d'un intérêt particulier ou une reprise de certaines idées) les mêmes aspects de mon approche, et l'on peut faire l'hypothèse d'une réception différenciée pour laquelle la position dans l'espace des discours et des traitements joue à nouveau. Ainsi, à l'hôpital H, où l'orientation générale et officielle du service est du côté d'une psychiatrie "psychiatrique" (approche plurifactorielle avec une insistance sur la causalité biologique), ce sont l'étude de la construction sociale des données épidémiologiques, les orientations pragmatiques de la sociologie interactionniste et l'exposé de la "carrière" anorexique et de sa dynamique interne, ainsi que l'analyse de l'incorporation de dispositions au cours de cette carrière, qui ont été particulièrement relevées. À la clinique C (d'orientation psychanalytique) en revanche, ce sont la mise en lumière de divers rapports aux corps et l'évocation de leur constitution historique, les dimensions distinctives et héritées des consommations alimentaires ou culturelles, l'idée d'un éthos de classe d'origine familiale (en l'occurrence de contrôle sur le destin corporel et social), qui ont été relevées avec intérêt.

La diversité de la réception selon la position dans le champ psychiatrique ne devrait donc pas être étudiée, si elle l'était, indépendamment de la diversité de la sociologie elle-même.

À cette analyse de la réception pourrait enfin s'ajouter l'étude du champ psychiatrique et des rapports institutionnels entre psychiatrie et sociologie, dont on peut faire l'hypothèse qu'ils sont dotés d'une efficace propre. Si je me suis concentrée dans cet article sur la mise au jour de la relation entre "prises de positions" par rapport à la sociologie et "orientations" thérapeutiques, c'est sans renoncer à l'idée que l'on pourrait adjoindre à l'étude de ces orientations la reconstruction de positions dans le champ psychiatrique dont la détermination ne serait pas uniquement intellectuelle ou thérapeutique, ce que les travaux disponibles au moment de l'enquête ne permettaient pas de faire. Il faudrait en effet pouvoir travailler cet "arrière-plan" comme R. Barrett l'a fait dans le cas de la psychiatrie américaine, en "lisant" les théories de la schizophrénie pour "ce qu'elles nous disent sur les organisations qui les produisent" et les relations qu'elles entretiennent : l'asile et l'institut de recherche universitaire au XIX<sup>e</sup> siècle, puis au XX<sup>e</sup> siècle, la fondation Rockefeller, les fonds nationaux de recherche comme le *National Institute of Mental Health*, l'industrie pharmaceutique, la psychanalyse, "divers mouvements de réforme comme la thérapie familiale et l'antipsychiatrie", ainsi que la génétique, la biochimie, la virologie, la sociologie et l'anthropologie, sans oublier le rôle du lobby, puissant et efficace au Congrès, constitué par les représentants des familles des malades (*National Alliance for the Mentally Ill*). Une analyse de ce type éclairerait sans aucun doute d'autres aspects des négociations de terrain présentées ici et permettrait de poser la question de la genèse institutionnelle des rapports différenciés à la sociologie mis au jour dans cet article.

On pourrait a priori imaginer un grand nombre de raisons pour lesquelles, ou au nom desquelles, une étudiante en sociologie peut se voir refuser l'entrée dans des services psychiatriques : en tout premier lieu la volonté de protéger les patients, de ne pas les "donner

en pâture ” – “ Il faudra obtenir l’accord des patients pour les entretiens, c’est pas du bétail ”, me dira un médecin après avoir donné son accord pour les entretiens – à une personne extérieure au milieu médical, considérée de ce point de vue comme non formée à réaliser des entretiens avec des patients ou pouvant perturber le fonctionnement du service par une observation même non participante. Or ce n’est pas sur ce type de problèmes que les refus de terrain se sont concentrés, mais bien sur une définition de la sphère médicale et donc corrélativement sur une définition de la sociologie et de sa place. Comme on l’a vu, il ne saurait être question de rapporter strictement acceptations et refus à des positions et prises de positions données dans le champ psychiatrique. Mais les modalités des refus et des acceptations peuvent effectivement constituer une entrée dans l’espace des discours médicaux sur l’anorexie et de la place qu’ils assignent au social. De ce point de vue, ces négociations livrent des attitudes en situation (des positionnements pratiques par rapport à la sociologie) auxquelles une enquête par entretiens auprès de psychiatres (et leurs réponses “ officielles ” à des questions comme “ que pensez-vous de la sociologie et de son rôle dans les théories sur l’anorexie ? ”) n’aurait sans doute pas donné accès de la même manière. La retranscription puis l’analyse des négociations peut donc bien, dans certains cas, fournir un matériau dont l’étude ne se réduit pas à une introspection inutile de l’enquêteur ou à une dénonciation purement vengeresse, mais permet d’utiliser une réflexivité tournée vers le terrain comme un outil décisif pour faire de la sociologie.