



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

27 | 2023

La recherche en anthropologie à l'épreuve de la crise sanitaire

Enjeux et défis d'une ethnographie embarquée en santé publique

Le cas de SociocoViD durant la pandémie en Suisse

Stakes and challenges of an ethnographic journey in public health: the case of SociocoViD during the pandemic in Switzerland

Nolwenn Bühler



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/12940>

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Ce document vous est offert par Bibliothèque cantonale et universitaire Lausanne



UNIL | Université de Lausanne

Référence électronique

Nolwenn Bühler, « Enjeux et défis d'une ethnographie embarquée en santé publique

Le cas de SociocoViD durant la pandémie en Suisse », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 27 | 2023, mis en ligne le 26 septembre 2023, consulté le 12 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/12940> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.12940>

Ce document a été généré automatiquement le 5 décembre 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

Enjeux et défis d'une ethnographie embarquée en santé publique

Le cas de SociocoViD durant la pandémie en Suisse

Stakes and challenges of an ethnographic journey in public health: the case of SociocoViD during the pandemic in Switzerland

Nolwenn Bühler

NOTE DE L'AUTEUR

La recherche qui a permis la publication de cet article est financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) dans le cadre du Programme national de recherche 78 Covid-19.

Numéro de subside : 4078P0_198464

- 1 C'est partagée entre l'incrédulité et la prise de conscience du sérieux du bouleversement à venir que je¹ me rappelle avoir parlé pour la première fois du coronavirus avec une amie, médecin de santé publique, moi-même étant anthropologue. Nous sommes alors en février 2020 et les images d'hôpitaux italiens débordant de patient.e.s intubé.e.s concrétisent la perspective d'une menace virale qui jusque-là paraissait lointaine. Alors que je me replonge dans ce souvenir, deux ans après, une autre crise liée à la pénurie d'énergie fait la une des médias. Le covid-19 semble relégué à un passé déjà lointain, symptôme d'une économie de l'attention qui en mettant la focale sur un seul objet, invisibilise les autres (Fassin, 2022). Pour ma part, je reste frappée par l'intensité de cette crise et cet apparent retour à « la normalité ». En effet, je suis dans la dernière phase de SociocoViD – un projet d'anthropologie médicale mis en place et réalisé en collaboration avec une équipe de médecins et épidémiologistes – phase de recul où je cherche à donner un sens à cette expérience.

- 2 Si pour certain.e.s le terme de crise fait l'objet d'usages et d'interprétations tellement multiples qu'il en vient à être vidé de tout contenu analytique (Ordioni, 2011), pour d'autres la crise, à la fois régime construit et expérience vécue, continue néanmoins à servir de révélateur « jetant une lumière crue sur des phénomènes qui lui préexistaient » (Baxerres *et al.*, 2021). De la même manière qu'un révélateur photographique, elle permettrait ainsi d'accroître la visibilité des processus, des normes et des valeurs qui sous-tendent et organisent la vie en société, mais serait également une « force capable de la modifier, plus ou moins durablement selon les formes politiques qui pourraient en émerger, ou non » (Cherblanc *et al.*, 2020 : 1). Je saisis ainsi la pandémie comme « une observation qui produit du sens » (Janet Roitman citée dans Fassin, 2022 : 7), comme une opportunité pour aborder la question de la recherche en anthropologie embarquée en santé publique, quand elle est mise à l'épreuve d'une crise sanitaire.
- 3 Dans son livre intitulé *De la démocratie en pandémie*, la philosophe Barbara Stiegler (2021) appelle les chercheur.se.s à sortir du silence généré par la « peur d'ajouter des polémiques à la confusion » et rappelle que « le devoir des milieux universitaires et académiques [est] de rendre à nouveau possible la discussion scientifique et de la publier dans l'espace public, seule voie pour retisser un lien de confiance entre le savoir et les citoyens, lui-même indispensable à la survie de nos démocraties » (Stiegler, 2021 : 17). Si je la rejoins entièrement sur le principe, j'aimerais, en retraçant l'historique du projet SociocoViD, attirer l'attention sur certaines conditions de possibilité nécessaires pour ce faire. À partir de la riche littérature analysant et discutant la place de l'anthropologie dans la réponse aux épidémies, je présenterai dans une première partie la manière dont les sciences sociales de la santé ont été impliquées dans la gestion de la crise en Suisse. Le cas particulier de SociocoViD me permettra ensuite de montrer comment l'interdisciplinarité constitue l'une des modalités d'engagement des sciences sociales en temps de crise. Je rendrai ainsi compte des possibles reconfigurations, tant dans les positionnements, objets et approches de recherche que dans les types de relation qui s'établissent entre anthropologie et santé publique. Au travers de cette étude de cas, j'aimerais ainsi contribuer aux réflexions émergentes sur les sciences sociales « en train de se faire » (Bieler *et al.*, 2021 ; Thoreau, 2019) pour éclairer de façon plus globale les enjeux soulevés par la tension entre une anthropologie « de » et une anthropologie « dans » la santé publique.

Quels apports de l'anthropologie en temps de crise sanitaire ?

- 4 En menaçant les collectifs dans leurs dimensions tant sociale et politique que biologique, les épidémies fournissent un terrain particulièrement propice aux différentes formes d'engagement anthropologique, qu'il soit théorique ou pratique. Déjà en 1963, Benjamin D. Paul insistait sur l'importance d'intégrer les dimensions sociales et culturelles de la santé pour améliorer l'efficacité des interventions de santé publique, et montrait que la prise en compte des conceptions et pratiques locales permet d'identifier des facteurs de propagation des infections et de comprendre en quoi les mesures de prévention peuvent (ou non) atteindre leurs objectifs (Paul, 1963). En développant une compréhension en profondeur des individus et en situant leurs comportements dans des contextes locaux et globaux plus larges, la démarche

anthropologique permet de mettre au jour les rationalités sous-jacentes aux pratiques, les définitions locales de la maladie, les priorités et préoccupations des personnes concernées, mais également d'identifier les multiples facteurs qui déterminent l'accès aux soins ou l'appropriation de mesures de santé publique, autant d'éléments susceptibles de rendre compte des violences structurelles qui affectent les vies et les trajectoires de santé des individus (Stellmach *et al.*, 2018 ; Hahn & Schoch-Spana, 2021 ; Manderson, 1998).

- 5 Ainsi, l'anthropologie est devenue dans certains contextes une alliée de la santé publique et de la santé globale, comme l'illustre la crise épidémique d'Ebola de 2014-2016 qui a touché plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Pour la première fois, les acteurs de la santé globale ont véritablement fait appel à la communauté des anthropologues qui s'est engagée de multiples manières pour, d'une part, documenter et analyser la réponse à la crise, mais également pour enrichir socialement et culturellement les interventions en travaillant avec les communautés concernées et en servant de « courtiers culturels » (*cultural brokers*). Ce à tel point que l'anthropologie en est venue à signifier « une position éthique d'alliance radicale avec les populations locales, de justice sanitaire mondiale, d'engagement à long terme en faveur des systèmes de santé et des droits de l'homme, ainsi que d'opposition à la violence, à la coercition et aux abus passifs ou actifs de la part d'institutions puissantes² » (Abramowitz, 2017 : 436).
- 6 L'engagement des anthropologues auprès des acteurs de santé publique et santé globale révèle des enjeux épistémiques, politiques et éthiques liés à leur positionnement et à la forme que prennent leurs interventions. L'anthropologie des épidémies montre l'importance de cultiver et de défendre la force critique et la réflexivité de la discipline en inscrivant le phénomène des épidémies dans une perspective historique, politique, et économique plus large afin de comprendre, par exemple, comment il participe à l'accroissement de logiques biosécuritaires (Caduff, 2012 ; Fortané & Keck, 2015) ou d'appréhender la violence structurelle affectant les vies (Farmer, 2004). Or, dans les pratiques de collaboration entre anthropologues et acteurs de la santé les apports critiques et réflexifs sont souvent réduits à un ensemble de méthodes qualitatives, les données sociales et culturelles étant considérées comme de simples variables juxtaposables aux variables médicales (Lambert & McKeivitt, 2002). Ceci est d'autant plus vrai en temps de crise sanitaire, lorsque le régime temporel de l'urgence fait prévaloir l'action sur la compréhension en profondeur des phénomènes sociaux et leur analyse critique (Stellmach *et al.*, 2018). Les méthodes et présupposés épistémiques anthropologiques qui requièrent un temps long – celui de la création de relations de confiance, de l'observation répétée et de la confrontation attentive de multiples sources de données aux théories et concepts qui informent les analyses – sont ainsi mis à l'épreuve. Le risque est alors de se cantonner à une *anthropologie dans la santé publique* qui perde de vue une perspective critique et contribue à reproduire les logiques de pouvoir sous-jacentes au déploiement des interventions sanitaires, en facilitant la gouvernance des populations concernées. En d'autres termes, l'anthropologie des épidémies est confrontée à deux extrêmes, l'un mu par un idéal moral, l'autre par un idéal scientifique : « d'une part, l'engagement et la collaboration non critiques au nom de la vie humaine et, d'autre part, la distanciation critique et l'isolement au nom de la connaissance³. » (Kelly *et al.*, 2019 : 14). Ainsi, dans une perspective symétrique, qui « consiste à questionner aussi bien le contexte

socioculturel et historico-politique que les aspects techniques de ce dispositif de lutte sans concéder de privilège épistémologique à l'un des deux aspects » (Faye, 2015), il est important de développer en parallèle une *anthropologie de la santé publique* qui utilise les ressources critiques et théoriques de la discipline (Parker & Harper, 2006). Ces ressources peuvent être mises à contribution notamment pour acquérir une compréhension fine des régimes économiques, politiques et temporels qui produisent les crises et contribuent à renforcer les inégalités, comme le montre la riche littérature sur la pandémie de covid-19 (Adams & Nading, 2020 ; Fassin & Fourcade, 2022 ; Kelly *et al.*, 2019 ; Manderson *et al.*, 2021).

- 7 La question qui constitue le fil rouge de cet article porte ainsi sur la possibilité de développer une anthropologie *de et dans* la santé publique, c'est-à-dire de promouvoir une perspective critique tout en collaborant activement avec des médecins et épidémiologistes. En d'autres termes, il s'agit de réfléchir à la possibilité d'une critique qui s'exprime dans l'action et l'engagement interdisciplinaire, en rendant compte du travail que cela implique, ainsi que des défis, difficultés et ouvertures que cela pose dans les pratiques de recherche.

De l'interdisciplinarité en théorie

- 8 Les rapports entre anthropologie et acteur.rice.s des mondes de la médecine et de la santé s'inscrivent dans une longue histoire marquée d'une part par les politiques (post)coloniales, d'autre part par les rapports de pouvoir entre disciplines liés à la (bio)médicalisation croissante des sociétés (Firth, 1978). Si la participation des anthropologues à la réponse aux épidémies peut prendre différentes formes de collaborations, j'aimerais dans cet article me pencher plus spécifiquement sur l'une d'entre elles : l'interdisciplinarité. Qu'est-ce que l'interdisciplinarité et comment la mettre en œuvre en temps de crise ? Cette question, probablement aussi ancienne que l'anthropologie médicale (Inhorn & Wentzell, 2012), nous invite à réfléchir aux zones frontières qui distinguent, mais aussi rapprochent des champs du savoir et de la recherche. Si l'interdisciplinarité est valorisée dans le paysage contemporain de la recherche (Louvel, 2015), de nombreux points de friction persistent pourtant, résultant de traditions et de positionnements méthodologiques, épistémologiques et conceptuels divergents (Inhorn, 1995 ; Bourgois, 2002).
- 9 De façon schématique, certains courants de l'anthropologie médicale – par exemple l'anthropologie médicale critique (Singer, 1989), l'anthropologie critique de la santé (Fassin 2000) ou l'anthropologie de la biomédecine (Margaret Lock & Nguyen, 2018) – mobilisent les apports des études sociales des sciences et des techniques, d'une perspective ou adoptent une démarche constructiviste, tendant à prioriser la mise en perspective critique sur l'application directe de résultats. Elles examinent ainsi la construction sociale⁴ des maladies, du risque, des évidences scientifiques et questionnent les effets des interventions médicales et sanitaires. Les sciences de la santé publique, pour leur part, reposent plutôt sur des présupposés positivistes cherchant à renforcer la robustesse des faits scientifiques et leur application interventionnelle. L'on insiste d'un côté sur le caractère local et situé de la biologie, et l'on cherche de l'autre l'idéal d'un corps universel et de règles biologiques générales (Lock & Kaufert, 2001) ; d'une part, les forces globales, les conditions structurelles et

systemiques (comme les politiques et économies qui déterminent la santé), de l'autre les facteurs biologiques et individuels, liés par exemple au style de vie (Inhorn, 1995).

- 10 Les études sociales des sciences et des technologies fournissent des outils analytiques pour saisir les enjeux soulevés par la collaboration interdisciplinaire. Analysant ce qui permet la coopération nécessaire au travail de production du savoir quand elle réunit des acteur·rice·s de différents mondes sociaux, Susan Leigh Star et James R. Griesemer (1989) ont proposé le concept « d'objet-frontière » pour décrire ces « [...] objets, abstraits ou concrets, dont la structure est suffisamment commune à plusieurs mondes sociaux pour qu'elle assure un minimum d'identité au niveau de l'intersection tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes » (Trompette & Vinck, 2009 : 3). Ces objets facilitent le travail de traduction qui rend possible la rencontre de différents mondes et le travail en commun, mondes qui ne sont pas nécessairement disciplinaires (Star, 2010), mais peuvent l'être dans certains contextes (Reddy *et al.*, 2019). Le concept de « travail des frontières » (*boundary work*) attire en revanche l'attention sur les efforts des scientifiques pour défendre leur champ d'expertise – dont les méthodes, valeurs, formes d'organisations, etc. répondraient aux critères de la « bonne » science – délégitimant ou rejetant ainsi d'autres formes de savoir jugés « non scientifiques » (Gieryn, 1983). Ce jeu autour des zones frontières – tant dans le contact, les échanges et les alignements qu'elles permettent que dans les hiérarchies qui s'établissent et se négocient – est à l'œuvre dans toute forme d'interdisciplinarité.
- 11 L'interdisciplinarité est souvent comparée à un puzzle dont les pièces – les disciplines – parviendraient à s'emboîter les unes aux autres dans un idéal de complémentarité permettant de produire une image complète (Mol & Hardon, 2020). Or, dans les pratiques de recherche, elle se négocie au quotidien et nécessite un important travail de bricolage, mais également la reconnaissance de la diversité, des limites et des forces de chaque approche dans un idéal de coexistence plus que de complémentarité. Dans l'approche ontologique défendue par Annemarie Mol et Anita Hardon, les réalités sont construites dans les pratiques (voir aussi Mol, 2002). Il s'agit moins pour les différentes disciplines de regarder une même réalité au travers de lunettes différentes que de montrer qu'elles construisent des réalités différentes, qui ne s'excluent pas pour autant les unes les autres et sont susceptibles d'être connectées, de s'aligner, mais aussi d'entrer en friction. Ces frictions ou tensions ne sont pas vues négativement, au contraire. C'est justement à partir d'elles, en les explicitant et les situant, que la réflexivité permettant de travailler ensemble ou de « co-laborer » peut se développer (Niewöhner, 2016).

La réponse des sciences sociales à la pandémie, ou comment défendre un territoire pour le social

- 12 En Suisse, les sciences sociales se sont rapidement mobilisées et engagées dans une forme de *boundary work* pour faire entendre leurs préoccupations en termes d'inégalités, rappeler l'importance des implications sociales et politiques de la pandémie, et mettre en évidence leurs apports empiriques, critiques et réflexifs. Différents canaux de communication ont été utilisés. D'une part, plusieurs figures reconnues comme expert.e.s sont intervenues dans les médias (RTS, 2020a, 2020b). D'autre part, plusieurs blogs ont rapidement été créés afin de diffuser des réflexions

plus rapidement et plus largement que par les canaux usuels de publication scientifique, à l'instar des blogs Viral et Co-Vies⁵ à l'université de Lausanne. Par ailleurs, certaines publications en *open access* ont rapidement vu le jour permettant de montrer comment les sciences sociales pouvaient contribuer à l'analyse et à la compréhension de cette crise sur la base d'expertises variées (Gamba *et al.*, 2020).

- 13 Cependant, l'intégration des sciences sociales dans la réponse à la pandémie est restée dans un premier temps périphérique, les représentant·es de ces dernières n'étant que faiblement impliqué·es, voire pas du tout, dans les sphères décisionnelles et les différentes *task forces* instituées, et ce contrairement aux acteur·rice·s biomédicaux·ales, comme l'illustre la composition de la *Swiss National Covid-19 Scientific Task Force*⁶. Grâce à un dispositif de consultation circulant sur la base de réseaux d'interconnaissance scientifique, et non selon des lignes institutionnelles, disciplinaires ou hiérarchiques, les sciences sociales ont néanmoins pu faire entendre certains messages. Par exemple, des expert·es en études de genre ont été consulté·es et ont pu rappeler l'importance des inégalités et recommander certaines mesures pour y pallier (NCS-TF, 2020)⁷.

Des possibilités de financement asymétriques

- 14 Les financements de recherche débloqués par les autorités fédérales pour favoriser la recherche scientifique sur le thème du covid-19 sont révélateurs du cadrage biomédical de la crise qui a prédominé en Suisse, comme dans d'autres pays européens (par exemple, Gaudillière *et al.*, 2021). Ils témoignent aussi de l'asymétrie entre sciences sociales et sciences de la vie dans la réponse apportée à la crise. En avril 2020, un appel du Fonds national suisse (FNS) a été lancé pour un programme national de recherche (PNR 78) sur le covid-19 avec un volume de financement de 20 millions de francs suisses. Explicitement tourné vers les besoins de gestion de crise, il faisait suite à un premier appel à propositions spécifique pour lutter contre la pandémie d'un budget de 10 millions de francs suisses. Ces deux appels étaient principalement focalisés sur les sciences de la vie, comme si elles seules étaient susceptibles d'apporter des réponses à la crise, soulevant un vent de révolte et d'incompréhension parmi les chercheur·se·s en sciences sociales qui ont adressé une lettre ouverte à la direction du FNS pour exprimer leur désapprobation (SAGW, 2022).
- 15 Cette lettre rappelle la dimension systémique et globale de la crise et critique le choix d'une définition restrictive de la santé centrée sur les causes des maladies et le recours unique aux solutions biomédicales et technologiques. Les apports des sciences sociales sont rappelés avec des exemples concrets qui évoquent tant une compréhension large des origines de la pandémie que les reconfigurations sociales, économiques, politiques qu'elle entraîne ou ses implications à court et long terme pour les individus et les organisations. L'intégration superficielle des sciences sociales en Suisse indique que leurs apports sont considérés comme peu utiles et moins légitimes en temps de crise sanitaire que ceux des sciences de la vie. La pandémie de covid-19 a confronté les pays du Nord à une problématique sanitaire – la gestion d'une épidémie – qui dans les esprits caractérisait davantage les pays des Suds. Tirant des leçons d'Ebola, la réponse à la crise aurait pu impliquer la communauté des anthropologues, et plus largement les sciences sociales. Pourtant, ce qui semble valable pour des contextes « culturalisés » des Suds n'a pas été considéré comme pertinent dans un pays d'Europe. Il est à noter qu'un second programme national de recherche – PNR 80 – spécifiquement dédié au covid-19 et aux

sciences sociales a été lancé en 2022, c'est-à-dire une fois passée la phase aiguë de la crise. Les sciences sociales ont ainsi été convoquées après coup, non pour contribuer à la gestion de la crise et à la prise de décision, mais pour analyser ses effets et rendre compte dans son sillage des lignes de failles qu'elle a générées. Tâche éminemment importante, mais choix qui reflète également une division du travail disciplinaire bien différenciée.

- 16 Le projet SociocoViD, un projet d'anthropologie médicale a été financé par le PNR 78, focalisé davantage sur les sciences de la vie et les recherches biomédicales, « malgré » son ancrage socio-anthropologique et son approche qualitative en raison notamment de la collaboration interdisciplinaire dans laquelle il s'inscrivait. Il constitue le volet qualitatif d'une étude de séroprévalence. Dans ce cadre, des entretiens semi-directifs ont été menés dans trois groupes de population : population générale (n = 20) ; requérant.e.s d'asile vivant dans un centre d'accueil (n = 13) ; employé.e.s de secteurs essentiels (chaîne de supermarchés et services postaux considérés d'utilité publique) (n = 24). Afin d'enrichir ces données, des entretiens complémentaires ont été réalisés avec des professionnel.le.s et des responsables des organisations étudiées (n = 10), ainsi que des observations ethnographiques et la constitution d'un corpus de sources (médias et rapports d'institutions) permettant de situer les analyses dans un contexte plus large. Il s'agit dans cette seconde partie de l'article de rendre compte, à partir de ce cas particulier, de certaines conditions de possibilité de l'implication de l'anthropologie dans une crise sanitaire et des reconfigurations des rapports entre socio-anthropologie et santé publique auxquelles la pandémie a donné lieu.

Naissance de SociocoViD

- 17 C'est dans un climat de grandes incertitudes quant aux modalités de transmission du virus que les autorités sanitaires du canton de Vaud se sont tournées vers une équipe de médecins et d'épidémiologistes travaillant dans un institut universitaire de santé publique. Les autorités leur ont donné mandat pour mener une étude de séroprévalence de la population du canton, afin d'évaluer le taux d'immunité de la population, d'améliorer la compréhension des facteurs de risque et d'identifier les modalités de transmission du virus. Certains sous-groupes spécifiques considérés comme particulièrement à risque en raison de leurs conditions de vie ou de leur situation professionnelle ont également été inclus dans un premier temps, par souci du possible développement de clusters infectieux. Il s'agissait de requérant.e.s d'asile vivant dans un foyer d'accueil et d'employé.e.s de secteurs essentiels.
- 18 J'ai alors été contactée par une épidémiologiste et médecin, avec laquelle je collaborais dans le cadre d'un autre projet de recherche, pour discuter de la possibilité de contribuer qualitativement à cette étude. Lors de ce premier échange, nous avons convenu de l'importance déterminante des facteurs sociaux et culturels pour comprendre les modalités de transmission du virus et les implications de la pandémie. De plus, nous partageons l'idée selon laquelle les individus étaient inégalement affectés par les effets des mesures et dans des conditions bien différentes pour se protéger. Cette ouverture initiale, qui s'est concrétisée par l'élaboration de SociocoViD, a entraîné toute une série de (re)positionnements tant dans les objets et postures de recherche, qu'au niveau institutionnel et méthodologique.

Quel cadrage pour un projet de recherche anthropologique ?

- 19 En me saisissant des opportunités de collaboration et des besoins de recherche ouverts par la pandémie, s'est posée pour moi la question de savoir comment positionner mon objet de recherche et maximiser mon expertise. Cette question s'est certainement posée à un grand nombre de chercheur.se.s. En effet, l'adoption de mesures populationnelles sans précédent a non seulement bouleversé la vie quotidienne, mais aussi généré un sentiment d'urgence, qui pour ma part s'est traduit par une forme d'« obligation morale à agir » (Abramowitz, 2017) m'amenant à prioriser la crise par rapport à mes autres activités de recherche et à faire preuve d'une grande ouverture aux besoins du terrain.
- 20 Jusque-là, j'inscrivais mon approche dans une *anthropologie de la santé publique*, impliquant une distanciation analytique face aux pratiques, savoirs, méthodes, difficultés et questionnements des acteur.ice.s de la santé publique dont j'explorais les réalités, tout en défendant par ailleurs une posture engagée et collaborant activement avec eux, notamment dans le cadre de démarches dites « participatives » (Bühler *et al.*, 2023). Le choix de cadrer Sociocovid comme le volet qualitatif d'une étude épidémiologique m'a amenée à focaliser l'attention non pas sur les expert.e.s, mais sur les groupes de population impliqués. L'objectif était d'éclairer la manière dont ces individus étaient affectés par la crise et d'étudier leur rapport au risque et aux mesures de protection de façon qualitative et complémentaire aux analyses statistiques réalisées dans le volet quantitatif. Dans ce contexte d'urgence sanitaire, il s'agissait de faire une *anthropologie dans la santé publique*, c'est-à-dire d'explorer les expériences vécues de la pandémie et la vie ordinaire de différents groupes de personnes considérées comme vulnérables. Ce repositionnement a eu des conséquences sur les choix conceptuels et méthodologiques opérés. L'appel du PNR 78 étant dirigé sur les sciences biomédicales, nous avons insisté sur la complémentarité des approches épidémiologiques et anthropologiques, afin de montrer comment le savoir médical lui-même peut être concrètement enrichi par une compréhension fine des processus sociaux. Ce positionnement illustre comment, dans l'urgence de la crise, la légitimité de l'implication d'une démarche anthropologique peut se jouer sur la capacité à saisir les éléments sociaux et culturels qui échappent aux variables épidémiologiques, non pas pour produire une analyse globale de la réponse à la pandémie, mais afin de produire une analyse compréhensive des vécus, besoins et difficultés de groupes spécifiques de la population. Une analyse s'inscrivant dans le périmètre bien défini d'une étude épidémiologique pour éclairer certaines zones laissées dans l'ombre par les statistiques et ainsi fournir des explications complémentaires à celles des épidémiologistes.
- 21 L'obtention du projet a aussi impliqué des repositionnements institutionnels, m'amenant à quitter mon emploi dans une autre université pour en endosser la responsabilité, devenant ainsi officiellement une collègue, institutionnellement subordonnée aux médecins et aux épidémiologistes avec lesquel.le.s je collaborais jusque-là de façon extérieure. Mon arrivée a représenté une opportunité unique de travailler de façon rapprochée avec des acteur.rice.s que je côtoyais jusque-là de plus loin dans mes activités de recherche, et donc de comprendre de près leur monde – leurs pratiques de recherche, leurs méthodes, leurs difficultés, leurs objectifs, leurs valeurs. Cependant, cela impliquait aussi pour moi de passer d'une université où mes activités

de recherche, d'enseignement et mon engagement institutionnel étaient reconnus en tant que tels, à un centre universitaire de santé publique où la connaissance et la légitimité de la socio-anthropologie de la médecine et de la santé n'était pas clairement reconnues, ce qui m'a demandé un travail d'adaptation interdisciplinaire conséquent.

De l'interdisciplinarité en pratique

- 22 Si des perspectives interdisciplinaires sont nécessaires à une compréhension en profondeur des multiples dimensions de la pandémie (Schmidt-Sane *et al.*, 2022), leur mise en œuvre dans les pratiques ne va pas de soi. Dans cette seconde partie, j'aimerais mettre en évidence le travail nécessaire à l'interdisciplinarité, ses possibles, mais aussi les difficultés et écueils qu'il génère en rendant compte de la collaboration avec 1) des médecins-épidémiologistes travaillant dans un département consacré à la recherche en épidémiologie et aux systèmes de santé ; et 2) des médecins et chercheurs dont les activités sont davantage orientées vers la clinique et la santé communautaire et travaillant dans un département consacré à la médecine sociale et aux vulnérabilités.

À la recherche d'« objets-frontières »

- 23 Dans le cadre de SociocoVID, et avec l'aide d'une chargée de recherche, j'ai d'abord cherché des outils conceptuels, méthodologiques et techniques qui puissent faciliter l'interdisciplinarité et servir d'« objets-frontières » facilitant la collaboration. Il s'agissait de trouver des concepts qui parlent à l'équipe médicale tout en étant susceptibles d'être étudiés ethnographiquement et connectés avec des théories critiques de sciences sociales. Nous avons décidé d'utiliser la notion⁸ de « conditions de vie » utilisée par l'OMS pour désigner les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, c'est-à-dire les facteurs non-médicaux qui influencent la santé dans la vie quotidienne par exemple le logement, le revenu ou la discrimination⁹. Cette notion centrale à la promotion de la santé permettait d'une part de mettre en avant les dimensions tant physiques que relationnelles et économiques du milieu de vie ; et d'autre part de rendre compte des inégalités systémiques et de la manière dont elles se matérialisent dans la vie des individus, tout en problématisant l'agentivité de ces derniers face à des éléments sur lesquels ils ont peu de prise. Recoupant les différents déterminants de la santé familiers des épidémiologistes, elle permettait aussi de les appréhender de façon qualitative et de comprendre comment, dans les expériences ordinaires, ces conditions de vie impactaient le rapport au risque et aux mesures de protection.
- 24 En articulant cette notion à celle de vulnérabilités, il s'agissait également de mettre en avant la dimension sociale ou structurelle de ces dernières (Bourgeois *et al.*, 2017 ; Blanc, 2019), tout en utilisant un terme familier du monde médical et susceptible de servir d'interface avec les médecins. En effet, la notion de vulnérabilités fait partie du domaine d'expertise de l'équipe de médecine sociale et communautaire travaillant à la promotion de l'équité en santé, avec laquelle nous collaborions. Dans la pandémie, le terme « vulnérable » a été utilisé pour désigner les catégories de personnes à risque de complications au sens médical du terme. Soucieuses¹⁰ de ne pas dissocier les dimensions biologiques et sociales des vulnérabilités, nous avons choisi de parler de ces dernières afin d'ancrer la question des inégalités dans l'étude des expériences ordinaires des

individus et de ne pas focaliser notre exploration uniquement sur des groupes considérés *a priori* comme vulnérables. Cela nous a également permis de questionner les usages de la catégorie elle-même dans le cadre de la pandémie et de défendre la dimension structurelle des inégalités, plutôt que leur biologisation ou leur individualisation.

- 25 J'ai également fait le choix de mettre en avant une approche syndémique, dans le but d'utiliser un modèle multi-causal des maladies intégrant des apports de l'anthropologie de façon complémentaire aux facteurs biologiques et médicaux sur lesquels travaillent nos collègues. L'approche syndémique a été développée initialement dans le cadre de l'épidémie de sida par des anthropologues travaillant dans la santé publique (Singer & Rylko-Bauer, 2021) pour rendre compte des multiples facteurs tant biologiques que sociaux générateurs de disparités de santé et de la manière dont ils se potentialisent dans certains groupes de la population. Ce modèle dynamique tenant compte de la complexité des interactions entre les différents déterminants de la santé permet de valoriser les apports d'une démarche socio-anthropologique auprès des professionnel.le.s de la santé publique. Bien que critiqué car perpétuant le modèle épistémologique médical de maladies isolables et tendant à effacer les inégalités structurelles, mais aussi l'histoire, la multitude d'acteur.trice.s, faisant exister un problème de santé, et les effets produits par l'usage d'une approche syndémique elle-même (Kehr & Engelmann, 2015), il me semblait néanmoins, très pragmatiquement, fournir un cadre propice à une approche interdisciplinaire soucieuse d'intégrer les déterminants sociaux et politiques de la santé.
- 26 D'un point de vue technique, j'ai cherché des interfaces qui facilitent l'opérationnalisation de l'interdisciplinarité. Alors que j'avais adopté dans mes travaux une démarche d'analyse inductive, informée ethnographiquement et nourrie par des cadres conceptuels et des théories de sciences sociales, j'ai opté pour l'usage d'un logiciel de codage – MAXQDA – facilitant l'analyse qualitative et recommandé institutionnellement. Il est à noter que ce logiciel convient au type d'analyses que j'avais effectuées jusque-là mais qu'il n'est pas indispensable non plus. Le choix d'y recourir pour ce projet procédait de la volonté de parvenir à un meilleur partage des données et des analyses, et de rendre les analyses plus « scientifiques » selon les critères médicaux, en systématisant et en visibilisant le processus d'analyse des entretiens. Si cet outil s'est effectivement révélé fort utile, il a aussi renforcé une vision plus positiviste de l'analyse, dissociant les données du contexte dans lequel elles ont été coproduites, ceci à l'intérieur même de l'équipe SociocoVID où des chargées de recherche ont travaillé à l'analyse de données qu'elles n'avaient pas elles-mêmes collectées. En facilitant dans une certaine mesure une démarche interdisciplinaire, ce choix a aussi réduit la portée ethnographique des analyses. Ces éléments illustrent l'importance et la force de détermination des outils techniques – de l'infrastructure – qui ne sont pas neutres et peuvent à la fois faciliter le travail de l'interdisciplinarité, mais aussi le conditionner, et raviver des formes subtiles de *boundary work*.

Mettre les « objets-frontières » au travail : reconfigurations

- 27 La mise en œuvre d'une véritable approche interdisciplinaire permettant des analyses croisées et un résultat commun, comme je l'imaginai, s'est avérée plus difficile que ma

bonne volonté initiale le laissait présager. Le manque de temps et notamment l'urgence à laquelle chaque équipe se trouvait confrontée n'ont pas facilité l'engagement de discussions et d'analyses communes. La pression à la productivité scientifique sous forme de publications renforce le fonctionnement disciplinaire en silos. Il est plus facile de faire ce que l'on sait faire, de publier dans les journaux que l'on connaît et qui sont reconnus scientifiquement dans notre communauté, que de croiser les perspectives pour ensuite rencontrer des difficultés à publier un travail interdisciplinaire. C'est ainsi que l'équipe médicale a publié au sujet de certains aspects comme l'hésitation vaccinale ou l'adhésion aux mesures de protection sans que les apports d'une anthropologie de la santé et de la médecine ne soient véritablement mobilisés (Dupraz *et al.*, 2021 ; Belloni *et al.*, 2023). De notre côté également, nous avons réalisé des analyses qui impliquaient certes certain.e.s de nos collègues comme auteur.e.s, mais n'en demeuraient pas moins centrées sur les seules données qualitatives et avaient été principalement élaborées de façon indépendante (Bühler *et al.*, 2021, 2022). Le choix des journaux dans lesquels publier des articles communs, dicté ici par les agendas des acteurs biomédicaux, détermine également le style d'écriture, le formatage et la manière de présenter nos données, laissant peu de place à la mise en valeur d'une analyse plus anthropologique. Ainsi, les possibilités en termes d'allocation de ressources, de temps, mais aussi du marché des publications scientifiques et de l'organisation institutionnelle sont déterminantes pour pratiquer l'interdisciplinarité.

- 28 Afin de favoriser les échanges et la collaboration, nous avons organisé des rencontres mensuelles avec les deux équipes de médecins impliquées qui ont permis au fil du temps d'explicitier davantage nos présupposés respectifs. Le temps pris pour échanger de façon formelle lors de réunions de travail et informelle lors des pauses, ainsi que le soutien institutionnel et l'attention accordée par chacun.e pour comprendre d'où parle l'autre ont été essentiels. Si l'objectif principal de ces réunions était initialement de nous renseigner mutuellement sur l'avancée des projets respectifs, nous avons ensuite travaillé véritablement en commun autour d'articles scientifiques spécifiques. En nous obligeant à opérer des choix méthodologiques et conceptuels et à produire une analyse articulant les différentes approches, ce travail concret nous a amené.e.s à expliciter nos présupposés épistémiques et à confronter des concepts apparemment similaires – tels les inégalités de santé ou le risque – mais ne recouvrant pas les mêmes réalités. Ce travail d'explicitation et de négociation, ce bricolage méthodologique et conceptuel, pour le bien du projet, ont favorisé la mise en œuvre de l'interdisciplinarité en rassemblant dans l'action les différent.e.s chercheur.euse.s.
- 29 Si la collaboration interdisciplinaire a ouvert des possibles et permis de légitimer la conduite d'un projet d'anthropologie médicale en santé publique, elle a aussi fortement déterminé la portée critique des analyses anthropologiques. Les pistes analytiques ont ainsi pris un tour différent avec les deux équipes impliquées – des médecins épidémiologistes travaillant dans une perspective populationnelle et des médecins de médecine sociale et communautaire travaillant dans la clinique et avec des communautés spécifiques, considérées comme vulnérables – en raison des affinités épistémiques et thématiques. Dans chaque cas, l'équipe du volet qualitatif a fait des efforts pour s'adapter aux spécificités et à l'agenda des chercheur.euse.s de santé publique.

Approche syndémique et expositions virales

30 Avec l'équipe d'épidémiologistes, ce sont les questionnements relatifs au risque et aux mesures de protection qui nous ont rassemblés. En lien avec leurs observations, nous avons choisi d'éclairer empiriquement les compréhensions du risque et les reconfigurations liées à la mise en place des mesures de protection. Ces notions ont servi d'« objet-frontières », nous permettant d'adopter un langage commun et de développer une certaine forme de réflexivité critique dans la collaboration. L'approche syndémique initialement proposée et imaginée comme une manière de politiser et d'intégrer les déterminants sociaux de la santé à la recherche épidémiologique n'a pas été retenue. En effet, cette grille de lecture de la maladie multicausale avait été proposée par l'équipe de SociocoViD et ne correspondait pas aux modèles utilisés par les épidémiologistes. De plus, dans l'urgence du début de la pandémie, les questionnaires utilisés dans le volet quantitatif n'ont pas été développés avec l'équipe de socio-anthropologues et n'incluaient pas directement des éléments qui auraient pu être mobilisés pour des analyses syndémiques. Le temps long, nécessaire à l'établissement de liens de confiance et aux échanges, a permis néanmoins de mobiliser ce cadre conceptuel vers la fin du projet. En effet, les échanges interdisciplinaires que nous avons instaurés dès le début se sont prolongés à la demande de l'équipe d'épidémiologistes. Nous avons abordé alors des thématiques plus transversales, ce qui a permis d'identifier les difficultés soulevées par la mise en œuvre d'une approche syndémique. Les contraintes inhérentes aux questionnaires quantitatifs, en matière de durée d'enquête pour les participant.e.s, mais aussi de validation scientifique, n'incitent pas à ajouter des questions de vulnérabilité structurelle qui soulèvent à leur tour une série de questions complexes quant à la meilleure manière de « mesurer » le social (Macintyre *et al.*, 2003). La prolongation du projet sous la forme d'un volet supplémentaire mené auprès d'une nouvelle population, celle des personnes incarcérées, a néanmoins permis d'intégrer concrètement ces questions afin de documenter les effets de la discrimination (Krieger *et al.*, 2005) en amont et non en aval de la recherche.

Vulnérabilités

- 31 Dans la seconde équipe, c'est la notion centrale de vulnérabilité et des notions connexes telles que l'iniquité en santé et les inégalités de santé qui ont fonctionné comme « objets-frontières » permettant d'articuler nos différentes perspectives. Composée de clinicien.ne.s confronté.e.s dans leurs pratiques à la souffrance des patient.e.s et aux inégalités sociales, car travaillant avec des populations dites vulnérables telles que les migrant.e.s et requérant.e.s d'asile, les sans-papiers, ou les usager.ère.s fréquent.e.s des urgences (Bodenmann *et al.*, 2020 ; Bodenmann *et al.*, 2007 ; Bodenmann *et al.*, 2015 ; Morisod *et al.*, 2022), cette équipe était d'emblée plus familière des approches socio-anthropologiques. En effet, ces médecins-chercheur.se.s sont plus habitué.e.s à traiter de la complexité des relations humaines que l'autre équipe, plutôt habituée à l'abstraction des données statistiques. Ceci explique pourquoi ce qui fonctionne bien avec une équipe n'opère pas nécessairement dans une autre.
- 32 Le rassemblement autour de projets communs a ici aussi été très utile. Par exemple, la réalisation d'une revue de la littérature sur la notion d'équité en santé ancrée dans une

perspective socio-historique plus large et questionnant l'inflation de ses usages en temps de pandémie a véritablement donné lieu à une réflexion croisée où chaque approche a pu être valorisée. J'ai également été associée à une analyse sur l'imposition d'une taxe aux urgences qui a renforcé le sentiment de faire équipe et de pouvoir contribuer en mobilisant la littérature critique en socio-anthropologie de la santé et de la médecine (Morisod, 2022). Ainsi, non seulement un travail épistémique (Bieler *et al.*, 2021), mais aussi un important travail de *care* entre collègues (Laugier, 2011), peu visible, relationnel, exigeant un temps lent, se sont révélés indispensables à l'interdisciplinarité qui a légitimé la conduite d'un projet d'anthropologie en santé publique, et qui représentait pour moi une manière de porter la critique dans l'action. De plus, l'évolution des relations interdisciplinaires, montre bien comment l'urgence du début ouvre la possibilité d'une collaboration, puis amène les projets à se développer de façon parallèle, pour permettre dans une troisième phase – celle du temps ordinaire – le développement d'une meilleure intégration des approches socio-anthropologique et de santé publique.

Conclusion : persévérer dans et avec l'inconfort de l'engagement

- 33 En documentant l'historique du projet SociocoViD, j'ai cherché à contribuer à une analyse de l'interdisciplinarité « en train de se faire ». J'ai montré comment la pandémie de covid-19 a ouvert des nouvelles possibilités de collaboration entre anthropologie médicale et recherche épidémiologique/médicale, ceci dans un contexte de crise sanitaire où les sciences biomédicales étaient priorisées et reconnues comme principal savoir légitime. Dans la première partie de l'article, j'ai montré comment les sciences sociales ont répondu à la crise du covid-19 en Suisse et sous quelle forme – un projet interdisciplinaire – une étude d'anthropologie médicale a pu être financée. Tout au long de la recherche, un travail sur les frontières a été effectué pour légitimer l'approche anthropologique, comme cela avait déjà été observé dans le contexte d'Ebola (Lees *et al.*, 2020). L'urgence sanitaire des débuts de la pandémie et l'approche interdisciplinaire choisie pour SociocoViD ont ouvert des possibles pour la recherche en anthropologie dans la santé publique. Toutefois, l'ambition de faire une anthropologie réflexive et symétrique (Faye 2015), visant à produire et de produire des analyses critiques, tout en contribuant concrètement à compléter les savoirs médicaux en éclairant la dimension sociale et politique des conditions de vie des individus et en intégrant des données qualitatives, a été mise à mal plus d'une fois. Le financement « par projet » dans un cadre analytique aux lignes prédéterminées s'est fait au détriment d'une approche anthropologique plus globale. Malgré les efforts et l'ouverture des équipes médicales et de santé publique qui ont fait une place à SociocoViD, j'ai souvent eu le sentiment qu'une certaine hiérarchie des savoirs déterminait la légitimité que le projet de recherche avait dans l'institution, ainsi que les possibilités de collaboration. Par exemple, la perspective constructiviste et critique qui caractérise certaines approches socio-anthropologiques est peu comprise et le paradigme dominant reste très positiviste, mettant à mal l'importance d'une perspective réflexive. De façon générale, ce qui est valorisé en santé publique est un savoir basé sur les faits, tourné vers les interventions et l'impact en termes de santé, et

non pas un savoir qui remet en question les catégories sur lesquelles il se base, ou les inscrit dans un contexte social et politique plus global.

- 34 Je me suis ainsi souvent sentie prise en tension entre une anthropologie *de* et *dans* la santé publique, entre un parcours académique en socio-anthropologie duquel je suis issue et une volonté de travailler à des formes d'interdisciplinarité. J'ai dépassé ces limites en m'impliquant ultérieurement dans d'autres projets de recherche interdisciplinaires : l'un consistant à étudier le vécu de la pandémie par les autorités sanitaires et sécuritaires qui m'a permis d'approfondir la compréhension de la pandémie dans sa globalité ; l'autre utilisant la méthode de *l'experience-based co-design* (Donetto *et al.*, 2015) pour co-construire avec les populations impliquées dans SociocoViD des recommandations de santé publique sur la base de leurs réalités. Faire une anthropologie à la fois *de* et *dans* la santé publique est coûteux et peut être inconfortable en fonction du cadre institutionnel, des hiérarchies qui sous-tendent les pratiques de recherche et des temporalités de la crise. En mettant à l'épreuve nos sociétés et nos systèmes de santé et en pointant les limites d'une approche exclusivement biomédicale, la pandémie de covid-19 a permis de rappeler que les sciences sociales de la santé sont cruciales, bien qu'elles n'aient pas été convoquées en Suisse initialement, dans l'urgence des débuts de la pandémie. Le travail relationnel de confiance et d'intercompréhension, lent et invisible, nécessaire à la collaboration interdisciplinaire, a permis de renforcer leur légitimité par la suite – et à terme, pour autant que les conditions institutionnelles soient réunies, mais au risque de faire reposer ce travail sur des individus, dans le cadre d'initiatives isolées. Si la crise sanitaire liée au covid-19 a permis d'éclairer la complexité des rapports entre socio-anthropologie de la santé et santé publique, elle a également mis en exergue ses apports potentiels, rappelé la nécessité de leur prise en compte institutionnelle pour leur meilleure reconnaissance et intégration et ouvert de nouvelles possibilités de collaboration. Alors que les discours autour de la crise du système de santé se multiplient (RTS, 2023), il me semble important de continuer à habiter l'inconfort, de persévérer avec les tensions, les incompréhensions, les découragements, les compromis, dans la volonté de faire coexister les réalités médicales et socio-anthropologiques, les deux étant indispensables en temps de crise.

J'aimerais chaleureusement remercier les équipes médicales et de sciences sociales avec qui j'ai eu la grande chance de pouvoir travailler dans le cadre du projet SociocoViD : Murielle Bochud, Patrick Bodenmann, Valérie D'Acremont, Semira Gonseth Nusslé, Célia Burnand, Véronique Grazioli, Cloé Rawlinson, Mélody Pralong, Tiffany Martin, Julie Castro, Maurane Chollet, Julien Dupraz, Kevin Morisod, Audrey Butty, Giulia Belloni, Caroline Veys-Takeuchi, à Unisanté, Francesco Panese et Nils Graber à l'UNIL. Sans votre soutien, votre confiance, votre ouverture, et le partage de vos réflexions et questionnements, ce projet n'aurait pas pu voir le jour. Un immense merci pour vos relectures et retours sur cet article. Grâce à vous, l'interdisciplinarité en pratique reste un défi stimulant, motivant et porteur de possibles.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMOWITZ S., 2017. « Epidemics (Especially Ebola) », *Annual Review of Anthropology*, 46, 1: 421-445. DOI:10.1146/annurev-anthro-102116-041616
- ADAMS V. et NADING A., 2020. « Medical Anthropology in the Time of COVID-19 », *Medical Anthropology Quarterly*, 34, 4: 461-466. <https://doi.org/10.1111/maq.12624>
- BAXERRES C., DUSSY D. et MUSSO S., 2021. « Le vivant face aux “crises” sanitaires », *Anthropologie & Santé*, 22 [en ligne], <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9735> (page consultée le 3/07/2023).
- BELLONI G., DUPRAZ J., BUTTY A., PASQUIER J., ESTOPPEY S., BOCHUD M., GONSETH-NUSSLE S. et D'ACREMONT V., 2023. « SARS-CoV-2 Seroprevalence in Employees of Four Essential Non-Health Care Sectors at Moderate/High Risk of Exposure to Coronavirus Infection: Data From the “First Wave” », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 65, 1: 10-15. DOI:10.1097/JOM.0000000000002690
- BIELER P., BISTER M. D., HAUER J., KLAUSNER M., NIEWÖHNER J., SCHMID C. et VON PETER S., 2021. « Distributing Reflexivity through Co-Laborative Ethnography », *Journal of Contemporary Ethnography*, 50, 1: 77-98. DOI:10.1177/0891241620968271
- BLANC G., 2019. *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris, Bayard.
- BODENMANN P., ALTHAUS F., BURNAND B., VAUCHER P., PÉCOUD A. et GENTON B., 2007. « Medical Care of Asylum Seekers: A Descriptive Study of the Appropriateness of Nurse Practitioners' Care Compared to Traditional Physician-Based Care in a Gatekeeping System », *BMC Public Health*, 7, 1: 310. DOI:10.1186/1471-2458-7-310
- BODENMANN P., BAGGIO S., IGLESIAS K., ALTHAUS F., VELONAKI V.-S., STUCKI S., ANSERMET C., PAROZ S., TRUEB L., HUGLI O., GRIFFIN J. L. et DAEPEN J.-B., 2015. « Characterizing the Vulnerability of Frequent Emergency Department Users by Applying a Conceptual Framework: A Controlled, Cross-Sectional Study », *International Journal for Equity in Health*, 14, 1: 146. DOI: 10.1186/s12939-015-0277-5
- BODENMANN P., PAHUD-VERMEULEN B., BOUCHE L., SANCHIS ZOZAYA J. et BAUERMEISTER M., 2020. « Populations précarisées, COVID-19 et risques d'iniquités en santé : guide du réseau socio-sanitaire vaudois », *Revue médicale suisse*, 691, 2 : 859-962.
- BOURGOIS P., 2002. « Anthropology and Epidemiology on Drugs: The Challenges of Cross-Methodological and Theoretical Dialogue », *International Journal of Drug Policy*, 13, 4: 259-269. DOI: 10.1016/S0955-3959(02)00115-9
- BOURGOIS P., HOLMES S. M., SUE K. et QUESADA J., 2017. « Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care », *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92, 3: 299-307. DOI:10.1097/ACM.0000000000001294
- BÜHLER N., PRALONG M., BURNAND C., RAWLINSON C., GONSETH NUSSLÉ S., D'ACREMONT V., BOCHUD M. et BODENMANN P., 2022. « “Flexible Lockdown” in Switzerland: Individual Responsibility and the Daily Navigation of Risk and Protection », In ALI I. et DAVIS-FLOYD R.

(dir.), *Negotiating the Pandemic. Cultural, National, and Individual Constructions of COVID-19*. Abingdon et New York, Routledge: 110-124.

BÜHLER N., PRALONG M., RAWLINSON C., GONSETH S., D'ACREMONT V., BOCHUD M., et BODENMANN P., 2021. « Caring During COVID-19: Reconfigurations of Gender and Family Relations During the Pandemic in Switzerland », *Frontiers in Sociology*, 6 [en ligne], www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.737619 (page consultée le 5/07/2023).

BÜHLER N., FRAHSA A., MORAND BOURQUI R., VON GÖTZ N., BOCHUD M., et PANESE F. 2023. « Between Data Providers and Concerned Citizens: Exploring Participation in Precision Public Health in Switzerland », *Public Understanding of Science (Bristol, England)*, July, 9636625231183265. DOI:10.1177/09636625231183265

CADUFF C., 2012. « The Semiotics of Security: Infectious Disease Research and the Biopolitics of Informational Bodies in the United States », *Cultural Anthropology*, 27, 2: 333-357. DOI:10.1111/j.1548-1360.2012.01146.x

CHERBLANC J., DORAIS F.-O., TREMBLAY C. et TREMBLAY S. (dir.), 2020. *La COVID-19 : un fait social total. Perspectives historiques, politiques, sociales et humaines*. Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi [en ligne] : <https://constellation.uqac.ca/6071/> (page consultée le 5/07/2023).

DONETTO S., PIERRI P., TSIANAKAS V. et GLENN R., 2015. « Experience-Based Co-Design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector », *The Design Journal*, 18, 2: 227-248. DOI:10.2752/175630615X14212498964312

DUPRAZ J., BUTTY A., DUPERREX O., ESTOPPEY S., FAIVRE V., THABARD J., ZUPPINGER C., GREUB G., PANTALEO G., PASQUIER J., ROUSSON V., EGGER M., STEINER-DUBUIS A., VASSAUX S., MASSEREY E., BOCHUD M., GONSETH NUSSLÉ S. et D'ACREMONT V., 2021. « Prevalence of SARS-CoV-2 in Household Members and Other Close Contacts of COVID-19 Cases: A Serologic Study in Canton of Vaud, Switzerland », *Open Forum Infectious Diseases*, 8, 7: ofab149. DOI:10.1093/ofid/ofab149

FARMER P., 2004. « An Anthropology of Structural Violence », *Current Anthropology*, 45, 3: 305-325. DOI:10.1086/382250

FASSIN D., 2000. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1: 95-116. <https://doi.org/10.7202/015638ar>

FASSIN D., 2022. « Un moment critique », In *La Société qui vient*. Paris, Seuil : 7-33.

FASSIN D. et FOURCADE M. (dir.), 2022. *Pandemic Exposures: Economy and Society in the Time of Coronavirus*. Chicago, HAU.

FAYE S. L., 2015. « L'“exceptionnalité” d'Ebola et les “réticences” populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie & Santé*, 11. DOI: 10.4000/anthropologiesante.1796

FIRTH R., 1978. « Social Anthropology and Medicine. A Personal Perspective », *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12 : 237-245. DOI:10.1016/0160-7987(78)90040-6

FORTANÉ N. et KECK F., 2015. « Ce que fait la biosécurité à la surveillance des animaux », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 9, 2 : 125-137. <https://doi.org/10.3917/rac.027.0125>

GAMBA F., NARDONE M., RICCIARDI T. et CATTACIN S. (dir.), 2020. *Covid-19 : le regard des sciences sociales*. Zurich, Seismo. DOI:10.33058/seismo.20735

GAUDILLIÈRE J.-P., IZAMBERT C. et JUVEN P.-A., 2021. *Pandémopolitique : Réinventer la santé en commun*. Paris, La Découverte.

- GIERYN T. F., 1983. « Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists », *American Sociological Review*, 48, 6: 781-795. DOI:10.2307/2095325
- HACKING I., 2008. *Entre science et réalité : La construction sociale de quoi ?* Paris, La Découverte.
- HAHN R. A. et SCHOCH-SPANNA M., 2021. « Anthropological Foundations of Public Health; the Case of COVID 19 », *Preventive Medicine Reports*, 2: 101331. DOI:10.1016/j.pmedr.2021.101331
- HARAWAY D., 2018. « Staying with the Trouble for Multispecies Environmental Justice », *Dialogues in Human Geography*, 8, 1: 102-105. DOI:10.1177/2043820617739208
- INHORN M. C., 1995. « Medical Anthropology and Epidemiology: Divergences or Convergences? », *Social Science & Medicine*, 40, 3: 285-290. DOI:10.1016/0277-9536(94)E0029-R
- INHORN M. C. et Wentzell E. A. (dir.), 2012. *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*. Durham, Duke University Press. DOI:10.1215/9780822395478
- KEHR J. et ENGELMANN L., 2015. « Double Trouble. Towards an Epistemology of Co-Infection », *Medicine, Anthropology, Theory*, 2, 1 : 1-31.
- KELLY A. H., KECK F. et LYNTERRIS C., 2019. *The Anthropology of Epidemics*. Londres, Routledge. DOI: 10.4324/9780429461897
- KRIEGER N., SMITH K., NAISHADHAM D., HARTMAN C. et BARBEAU E. M., 2005. « Experiences of Discrimination: Validity and Reliability of a Self-Report Measure for Population Health Research on Racism and Health », *Social Science & Medicine*, 61, 7 : 1576-1596. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.03.00
- LAMBERT H. et MCKEVITT C., 2002. « Anthropology in Health Research: From Qualitative Methods to Multidisciplinarity », *British Medical Journal*, 325, 7357 : 210-213. DOI:10.1136/bmj.325.7357.210
- LAUGIER S., 2011. « Le care comme critique et comme féminisme », *Travail, genre et sociétés*, 26, 2 : 183-188.
- LEES S., PALMER J., PROCUREUR F. et BLANCHET K., 2020. « Contested Legitimacy for Anthropologists Involved in Medical Humanitarian Action: Experiences from the 2014-2016 West Africa Ebola Epidemic », *Anthropology & Medicine*, 27, 2 : 125-143. DOI: 10.1080/13648470.2020.1742576
- LOCK M. et KAUFERT P., 2001. « Menopause, Local Biologies, and Cultures of Aging », *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Council*, 13, 4: 494-504. DOI: 10.1002/ajhb.1081
- LOCK, M. et NGUYEN V.-K., 2018. *An Anthropology of Biomedicine*. John Wiley & Sons.
- LOUVEL S., 2015. « Ce que l'interdisciplinarité fait aux disciplines. Une enquête sur la nanomédecine en France et en Californie », *Revue française de sociologie*, 56, 1 : 75-103. DOI: 10.3917/rfs.561.0075
- MACINTYRE S., MCKAY L., DER G. et HISCOCK R., 2003. « Socio-Economic Position and Health: What You Observe Depends on How You Measure It », *Journal of Public Health*, 25, 4: 288-294. DOI: 10.1093/pubmed/fdg089
- MANDERSON L., 1998. « Applying Medical Anthropology in the Control of Infectious Disease », *Tropical Medicine & International Health*, 3, 12: 1020-1027. DOI:10.1046/j.1365-3156.1998.00334.x

- MANDERSON L., BURKE N. J. et WAHLBERG A. (dir.), 2021. *Viral Loads: Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*. Londres, UCL Press. DOI:10.14324/111.9781800080232
- MOL A., 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, Duke University Press.
- MOL A. et HARDON A., 2020. « What COVID-19 May Teach Us about Interdisciplinarity », *BMJ Global Health*, 5, 12: e004375. DOI:10.1136/bmjgh-2020-004375
- MORISOD K., 2022. « Instauration d'une taxe aux urgences : enjeux d'équité en santé », *Revue médicale suisse*, 18, 776 : 675-679. DOI:10.53738/REVMED.2022.18.776.675
- MORISOD K., DURAND M. A., SELBY K., LE POGAM M. A., GRAZIOLI V. S., SANCHIS ZOZAYA J., BODENMANN P. et VON PLESSEN C., 2022. « Asylum Seekers' Responses to Government COVID-19 Recommendations: A Cross-Sectional Survey in a Swiss Canton », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25, 3: 570-579. DOI:10.1007/s10903-022-01436-3
- NCS-TF, 2020. *Genderungleichheiten in der Covid-19-Krise – Swiss National COVID-19 Science Task Force* [en ligne], <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/gender-aspects-of-covid19-and-pandemic-response/> (page consultée le 5/07/2023).
- NIEWÖHNER J., 2016. « Co-Laborative Anthropology: Crafting Reflexivities Experimentally », In JOUHKI J. et STEEL T. (dir.), *Etnologinen tulkinta ja analyysi: Kohti avoimempaa tutkimus-prosessia* [Ethnological interpretation and analysis: Towards a transparent research process]. Helsinki, Ethnos : 81-125.
- ORDIONI N., 2011. « Le concept de crise : un paradigme explicatif obsolète ? Une approche sexospécifique », *Mondes en développement*, 154, 2 : 137-150.
- PARKER M. et HARPER I., 2006. « The Anthropology of Public Health », *Journal of Biosocial Science*, 38, 1: 1-5. DOI:10.1017/S0021932005001148
- PAUL B. D., 1963. « Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 346, 1: 34-43. DOI:10.1177/000271626334600104
- REDDY E., HOOPLE G. et CHOI-FITZPATRICK A., 2019. « Interdisciplinarity in Practice: Reflections on Drones as a Classroom Boundary Object », *Engineering Studies*, 11, 1: 51-64. DOI: 10.1080/19378629.2019.1614006
- RTS. 2020a. « "On ne pourra pas tout contrôler, mais on compte sur la responsabilité individuelle" - Rts.Ch - Suisse » [en ligne], www.rts.ch/info/suisse/11311491-on-ne-pourra-pas-tout-controler-mais-on-compte-sur-la-responsabilite-individuelle.html (page consultée le 5/07/2023).
- RTS, 2020b. « Les inégalités sociales se trouvent exacerbées par la crise du Covid-19 », [en ligne], www.rts.ch/info/suisse/11235798-les-inegalites-sociales-se-trouvent-exacerbees-par-la-crise-du-covid19.html (page consultée le 5/07/2023).
- RTS, 2023. « L'hôpital aux urgences ? » [en ligne], www.rts.ch/emissions/infrarouge/13780837-lhopital-aux-urgences.html (page consultée le 5/07/2023).
- SAGW, 2022. « Les sciences humaines et sociales et le Covid-19 en Suisse », Newsletter Pertinence sociale [en ligne], www.sagw.ch/fr/ssg/actualite/evenements/details/news/die-geistes-und-sozialwissenschaften-und-covid-19-in-der-schweiz00 (page consultée le 16/06/2023).
- SCHMIDT-SANE M., GRANT C., RIPOLL S., HRYNICK T. et ABBAS S., 2022. « Introduction to the Special Issue: Operationalising Social Science for Epidemic Response », *Anthropology in Action*, 29, 1: 1-4. DOI:10.3167/aia.2022.290101

- SINGER M., 1989. « The Coming of Age of Critical Medical Anthropology », *Social Science & Medicine* 28, 11: 1193-1203. DOI:10.1016/0277-9536(89)90012-9
- SINGER M. et RYLKO-BAUER B., 2021. « The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis », *Open Anthropological Research*, 1, 1: 7-32. DOI: 10.1515/opan-2020-0100
- STAR S. L., 2010. « Ceci n'est pas un objet-frontière ! », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4, 1. DOI:10.3917/rac.009.0018
- STAR S. L. et GRIESEMER J. R., 1989. « Institutional Ecology, "Translations" et Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social Studies of Science*, 19, 3: 387-420. DOI:10.1177/030631289019003001
- STELLMACH D., BESHAR I., BEDFORD J., DU CROS P. et STRINGER B., 2018. « Anthropology in Public Health Emergencies: What Is Anthropology Good For? », *BMJ Global Health*, 3, 2: e000534. DOI:10.1136/bmjgh-2017-000534
- STIEGLER B., 2021. *De la démocratie en pandémie : Santé, recherche, éducation*. Paris, Gallimard.
- THOREAU F., 2019. « L'embarquement par son objet. Trois politiques de l'enquête sur les clôtures virtuelles (*virtual fences*) », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13, 2 : 399-423. DOI:10.3917/rac.043.0399
- TROMPETTE P. et VINCK D., 2009. « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, 1 [en ligne], <https://journals.openedition.org/rac/18242> (page consultée le 5/07/2023).

NOTES

1. L'article est rédigé à la première personne afin d'assumer la dimension située du propos mais les réflexions présentées résultent de collaborations et d'échanges collectifs plus larges. Les personnes qui ont collaboré de près ou de loin au projet ont relu l'article et ont pu faire des propositions de changements. Elles figurent dans la rubrique remerciements.
2. Nous traduisons : « *An ethical location of radical alliance with local populations, global health justice, long-term commitment to health systems, and humans rights as well as opposition to violence, coercion, and passive or active abuse by powerful institutions.* »
3. Nous traduisons : « *On the one hand, uncritical engagement and collaboration in the name of human lives, and on the other hand, critical distancing and self-guarded isolation in the name of knowledge.* »
4. Pour une problématisation de la notion de construction sociale et une analyse des divers points de blocage qu'elle génère, voir Hacking (2008).
5. CO-VIES20. Vivre (dé)confiné-e-s, penser en commun : <https://covies20.com/a-propos/> ; Viral, Les multiples vies du Covid-19 : <https://wp.unil.ch/viral/>
6. The Swiss National COVID-19 Science Task Force : <https://sciencetaskforce.ch/en/organisation-expert-groups/>
7. Ce document présente différents aspects où les femmes sont touchées plus durement par la pandémie et les mesures prises pour la contenir, par exemple les difficultés de carrière générées par l'augmentation du travail domestique lors du confinement, l'impossibilité du télétravail pour un grand nombre de professions où les femmes sont surreprésentées, l'absence de prise en compte dans les mesures des familles non-normatives (monoparentales, divorcées, etc.), ou encore les difficultés propres à certains groupes comme les femmes issues de la migration ou les personnes LGBT+. Ce document recommande de prendre systématiquement en compte l'impact

différencié en termes de genre dans les prises de décision et l'élaboration des mesures et de renforcer la participation des femmes et bureaux d'égalité dans les prises de décision.

8. Le terme de « notion » est préféré à celui de concept pour pointer le caractère indéterminé et ouvert à diverses interprétations de ces définitions.

9. Voir : https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 ou le glossaire suivant : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

10. L'équipe de SociocoViD était constituée uniquement de chercheuses, d'où l'emploi du féminin.

RÉSUMÉS

Quelle place pour l'anthropologie en temps de crise sanitaire ? Cet article propose d'aborder cette question en retraçant la naissance et le développement de SociocoViD, un projet d'anthropologie médicale développé dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire avec une équipe d'épidémiologistes et de médecins spécialisés en médecine sociale, dans le Canton de Vaud en Suisse. L'objectif de cet article est de mettre en lumière les différents enjeux méthodologiques, épistémiques et institutionnels que la mise en place du projet a soulevés en documentant les pratiques de l'interdisciplinarité « en train de se faire ». Dans la première partie, je rendrai compte de la réponse des sciences sociales à la pandémie en Suisse. Dans la seconde partie, j'analyserai les modalités de collaboration spécifiques déployées dans ce projet en me concentrant sur l'important travail relationnel et épistémique nécessaire à une démarche interdisciplinaire. En montrant comment l'interdisciplinarité permet de légitimer l'approche anthropologique tout en cadrant la portée de ses analyses, ce projet sert d'étude de cas pour ouvrir une réflexion plus large sur le rôle et la capacité critique de l'anthropologie dans un contexte de crise sanitaire.

What is anthropology good for during a sanitary crisis? This article aims to address this question by narrating the birth and development of SociocoViD, a medical anthropology project developed within the framework of an interdisciplinary collaboration with a team of epidemiologists and social medicine physicians in the Swiss Canton of Vaud. The objective is to highlight the various methodological, epistemic, and institutional challenges that the implementation of the project raised by documenting the practices of interdisciplinarity *in the making*. The first part of the article will discuss how the social sciences responded to the pandemic in Switzerland. In the second part, the specific modalities of collaboration deployed in this project will be analyzed by focusing on the important relational and epistemic work necessary to build an interdisciplinary collaboration. By showing how interdisciplinarity both legitimizes and frames the scope of an anthropological approach embarked in public health, this project serves as a case study to open up a broader reflection on the role and critical capacity of anthropology in a health crisis context.

INDEX

Keywords : interdisciplinarity, crise, pandemic, anthropology, public health, Switzerland

Mots-clés : interdisciplinarité, crise, pandémie, anthropologie, santé publique, Suisse

AUTEUR

NOLWENN BÜHLER

Unisanté, Centre Universitaire de médecine générale et de santé publique (Département
Vulnérabilités et Médecine sociale & Département Epidémiologie et Systèmes de santé)
Université de Lausanne (UNIL, Institut des Sciences sociales), nolwenn.buhler@unil.ch