

Soigner L'Autre

Ethnologie d'un centre de soins humanitaires en France

Jaqueline Ferreira ¹

L'article présenté ici est le fruit d'une ethnographie d'un centre de soins gratuits à Paris, le centre Parmentier, qui appartient à une ONG de caractère humanitaire, Médecins du Monde ². Ce centre compte avec le travail de bénévoles et reçoit des gens qui ont des difficultés d'accès aux soins : sans domicile, sans papiers, sans ressources. La grande majorité des patients sont des étrangers, venus principalement de l'Afrique sub-saharienne et du Maghreb. Parmi eux, la plupart sont en situation irrégulière.

Le fait d'être brésilienne et d'avoir exercé la médecine et des recherches dans le domaine de l'anthropologie de la santé dans les bidonvilles brésiliens m'a amené à soulever plusieurs questions concernant la population que je recevais au Brésil: conditions de soins, culture des patients. Si bien que, moi aussi, je suis devenue un objet de réflexion pour ces soignants qui, à travers moi, élargissaient leurs connaissances. Ces situations avaient en quelque sorte un caractère instigateur et préparaient une réflexion sur le caractère universel et relatif de la pratique des soins.

Étant donné que des exercices de recherche chez soi et chez les autres sont nécessaires à la construction du savoir anthropologique, j'ai été attirée par la possibilité de réaliser une étude de terrain en France, lorsque je suis arrivée dans ce pays. L'idée d'éprouver « l'exotique » dans toutes ses dimensions en tant qu'étrangère, a joué un rôle important dans cette décision. D'autant plus que mon travail de terrain effectué depuis plusieurs années

¹ Centre de Santé École Germano Sinval Farias- FIOCRUZ (Fund. Oswaldo Cruz), jaquetf@yahoo.com.br

² Ce travail est partie intégrante d'une thèse soutenue à l'EHESS intitulé « Soigner les Mal Soignés » sous la direction de Sylvie Fainzang et publié dans l'année 2004. Voir Ferreira (2004),

dans les bidonvilles brésiliennes m'était devenu trop « familier »³. Je désirais par ailleurs, tout en continuant des recherches auprès de personnes en situation de précarité, élargir mon terrain en m'appuyant sur l'expérience acquise auprès des populations brésiliennes.

Sylvie Fainzang (1987) a développé des aspects méthodologiques et théoriques inscrits dans le cadre d'un changement radical de terrain. La méthode proposée consistait, dans son cas, à passer d'un terrain africain à un terrain français, et de poser des questions identiques dans ces deux univers culturels différents. Selon l'auteur, il est tout à fait possible de réaliser une étude comparative entre deux sociétés aussi différentes en cherchant des variables et des invariants dans leurs systèmes symboliques respectifs. Plus tard, l'auteur développe l'idée d'une anthropologie pratiquée « chez soi » et impliquant des situations que l'anthropologue partage avec ses informateurs: la situation de « culture partagée » ou d'« expérience partagée ». L'auteur se demande alors, lorsqu'un anthropologue travaille chez lui, auprès d'un groupe d'immigrants, si on doit considérer qu'il fait de l'anthropologie « chez soi » ou de l'anthropologie « exotique ». Dès lors, l'anthropologie « chez soi » devient une notion fluide et en construction permanente, en fonction de l'objet d'étude et des groupes étudiés (Fainzang, 2001).

D'autre part, Claudia Fonseca (1987), en réalisant une enquête chez les sous-prolétaires en France et au Brésil, a mis en évidence la difficulté d'effectuer dans ces deux contextes le même genre de recherches, pour appréhender les différentes réalités historiques, sociales et économiques. Toutefois, elle considère que cette méthode située dans le long terme lui a permis de mieux saisir la « *construction symbolique d'un mode de vie sous-prolétaire* ».

En tenant compte des considérations de ces deux auteurs, je me situe, d'une part, comme quelqu'un qui pratique une anthropologie « exotique », en partant de l'idée qu'il est possible d'établir les mêmes problématiques dans un terrain radicalement différent, si l'on s'attache aux constantes d'un univers symbolique qui donne leur signification aux différents événements de la vie. Toutefois, ceux-ci vont prendre des formes diverses selon la société envisagée. Considérant la différence des réalités sociales et culturelles de

3 Michel Cros et Daniel Dory nous rappellent que l'exotisme est en constante formulation en anthropologie. Ils pensent que l'on peut comprendre comment l'anthropologie construit ses savoirs en étudiant l'anthropologie dans une analyse bourdieusienne des champs scientifiques en situant les acteurs: chercheurs, enseignants et vulgarisateurs. (Cros, M., Dory, D. 1993: 128).

ces deux pays, cette étude n'a pas la prétention d'être une étude comparative entre le Brésil et la France. J'espère néanmoins, par ce biais, apporter dans ce domaine une nouvelle contribution en proposant un « regard brésilien », c'est-à-dire, un regard anthropologique façonné par les recherches anthropologiques brésiliennes.

Étant donné que l'observation participante est la spécificité de la recherche anthropologique, ce travail s'appuie sur cette technique. Aussi, les conversations informelles avec des bénévoles et des patients, les rapports produits par le centre, les dossiers médicaux et sociaux sont des sources que j'ai utilisées comme données. Pendant plus d'un an, j'ai fait des observations dans les différents espaces et dans différentes situations : la salle d'attente, l'accueil médical, la salle de soins, et lors de différents entretiens portant sur l'ouverture des dossiers sociaux. Avec les bénévoles j'ai réalisé des entretiens centrés sur des points précis que j'ai cherché à vérifier. Le fait d'être médecin m'a permis de faire des observations sur les consultations médicales qui avaient lieu auprès de généralistes, de gynécologues et de psychiatres ⁴.

Ainsi, j'envisage une compréhension des pratiques particulières en usage au centre, au niveau des soins et du social aussi bien que des représentations partagées par les différents acteurs de ce rapport d'altérité.

Les origines de la Mission France

Ici et là-bas, c'est en ces termes qu'un membre de Médecins du Monde a résumé le débat qui a accompagné l'ouverture de la Mission France, organisme dépendant de Médecins du Monde. Habitée à des missions à l'étranger, cette ONG française, fondée en 1980, prend l'initiative d'un tournant, à la suite du travail de réflexion de ses membres, et oriente des missions vers la France quelques années plus tard. Dès lors, l'ouverture de la Mission France en 1986 s'est faite dans un moment de tensions générées par les interrogations sur les missions internationales et par la prise de conscience de la pauvreté qui sévissait au niveau local. Créée initialement à Paris, conçue comme devant être temporaire et ayant pour objectif de témoigner et d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les personnes éloignées de l'accès aux soins, la Mission France existe aujourd'hui depuis dix-neuf ans et a élargi son im-

4 Sur les aspects concernant les spécificités de ces observations voir : Ferreira, J. 2004.

plantation puisqu'elle a ouvert des centres dans vingt cinq villes de France.

Les interventions humanitaires médicales qui ont eu lieu dans le Tiers Monde, dans un contexte de guerres ou de catastrophes ont mis en relief représentations sur les aspects de l'altérité culturelle des populations secourues. Dans le contexte de la Mission France d'une part, il s'agissait de chômeurs en fin de droit, de « sans domicile fixe », de demandeurs d'asile, non couverts pas la sécurité sociale et dont la précarité économique ne leur permettait pas de payer les frais d'une consultation. Ainsi, la question de la rencontre avec l'Autre s'imposait à nouveau, soit l'Autre dans la précarité sociale, soit l'Autre étranger. Pendant mon terrain, les immigrants formaient la majorité des patients reçus. Ce qui sert d'argument décisif dans la légitimation de l'ouverture de la Mission France; cet argument figure d'ailleurs dans le recueil de témoignages d'un des fondateurs: *On va bien au Mali, alors pourquoi ne pas soigner les Maliens en France?* (Weber, 1985 : 145).

La construction de l'inhospitalité

En ce que concerne la relation entre bénévoles et patients les altérités diverses se reflètent dans les éléments structurels de la relation entre nationaux-immigrants, bénévoles-usagers, soignants-soignés. Si bien qu'en quelque sorte décrit un univers de classifications et de jugements. Ils sont établis dans un rapport de ressemblances et de différences ayant trait à la nationalité des patients, à leur culture et à leur situation sociale. Autrement dit, il y a autant de critères pour marquer les différences entre français et immigrants, que pour marquer les différences entre les immigrants, ou entre les ethnies. Il arrive ainsi qu'on se réfère à l'Afrique du nord ou du sud, à la couleur de la peau ou à la nationalité. Ces aspects ne peuvent être notés que par l'observation de petites remarques ou de récits incidents, liés à une prise en charge qui se veut respectueuse de l'égalité en même temps que des particularités culturelles.

En effet, la relation entre bénévoles et patients met en jeu le contexte de rencontre avec l'Autre en situation d'exclusion sociale, les expériences de la souffrance, de la maladie, de la stigmatisation. Au fil du temps, le rapport d'altérité passera du français en situation d'exclusion à l'immigrant. Ainsi, à l'étrangeté qui, tout d'abord, était associée au statut socio-économique des patients, vient s'ajouter l'étrangeté liée à l'exotique. Dès lors, l'interaction entre individus immigrants induit une approche entre le *je* et l'*Autre*.

Néanmoins il faut prendre en compte les contextes qui sont marqués par l'histoire, le social et le politique où se situent les rapports entre français et immigrants..

Les immigrés sont aujourd'hui au coeur du problème des villes européennes que l'on considère comme les moins hospitalières. Si l'on envisage l'hospitalité en tant qu'accueil de l'altérité, on peut la mettre en rapport avec la condition d'étranger des immigrants. On pourrait ainsi analyser la résistance de la société d'accueil à reconnaître le statut de l'étranger qui en fait un membre de la communauté, selon la perspective de Julian Pitt Rivers (1967). L'auteur soutient que tout étranger, que ce soit chez les esquimaux, dans les sociétés africaines ou dans les sociétés occidentales, est « mis à l'épreuve » avant d'être intégré dans la société d'accueil. Cependant, il n'accédera jamais à la condition de membre à part entière.

En effet, l'impossibilité d'un ancrage stable dans le nouveau pays, impossibilité liée aux logements précaires et au travail incertain entraîne des difficultés matérielles et symboliques qui rendent les individus plus susceptibles de présenter des maladies et des troubles psychologiques. L'impossibilité d'accès aux structures de soins de droit commun les amène à chercher les associations caritatives et humanitaires. Le développement de ces structures permet les soins mais offre aussi une hospitalité limitée et les patients ne les utilisent que de manière ponctuelle. Au-delà des principes humanitaires établis par ces associations, il ne faut pas négliger que ces dernières opèrent avec des individus qui sont aussi porteurs de représentations de la société d'accueil. Dans le cas du centre, on remarque que malgré le projet associatif, reposant sur la reconnaissance et le respect de la différence, la mise en pratique est traversée par les représentations collectives qui sont à l'origine des jugements portés sur l'immigrant. Par exemple, il s'agit de séparer les *étrangers intégrables* et les *non-intégrables*; les premiers sont représentés par les immigrants qui ont l'intention de rester et qui sont perçus comme disposés à assimiler les valeurs, nouvelles pour eux, de la société d'accueil; les seconds, ceux que l'on nomme les *touristes*, les étrangers de passage, considérés comme voulant simplement profiter du système social français.

Il est certain que la désignation « touriste » adoptée par la Mission France correspond à un statut juridique, à savoir, un séjour de moins de trois mois en France. Cependant, les mots ne structurent pas uniquement une désignation, mais aussi des pensées, des attitudes et des actions. Alors, comment les repré-

sentations sur le « touriste » peuvent-elles influencer les rapports entre les bénévoles et les immigrants du centre qui se trouvent dans cette catégorie?

Pour Dominique Schnapper (1997), les mots faisant référence à l'immigration ne sont pas de simples instruments de discussions, mais les résultats de politiques et de rapports sociaux à propos desquels *le rôle du sociologue est de rappeler les significations des mots pour que le débat prenne son véritable sens*. En effet, la série des classifications ayant porté sur des immigrants au cours de l'histoire attire l'attention de plusieurs auteurs qui s'emploient à montrer que les principes de ces classifications sont dépendants de politiques et d'interactions entre les membres de la société. Alexis Spire (1999), par exemple, montre bien comment s'opère le passage du statut d'*étranger* travailleur à un autre, celui de *l'immigré* qui vient s'installer définitivement dans la société d'accueil. En effet, tout au long de son histoire industrielle, la France a fait appel à des travailleurs étrangers et les principales vagues migratoires sont liées aux périodes de reconstruction qui ont suivi les deux grandes guerres mondiales, et à celle qui correspond du boom économique des années 60. A partir des années 70, tous les gouvernements européens ont décidé d'arrêter l'immigration, la limitant aux familles, aux demandeurs d'asile, aux étudiants, aux travailleurs saisonniers et aux citoyens de la communauté européenne. Ainsi, avec la perte de l'importance économique, l'immigration est devenue indésirable. De même l'opinion publique, à propos de l'identité nationale, considère les immigrants comme une menace pour l'homogénéité culturelle, l'unité nationale et la démocratie.

Alexis Spire montre ainsi comment la stigmatisation est socialement construite, *l'immigré* étant désormais associé à la situation de travailleur non qualifié, tandis que *l'étranger* est incarné par des individus appartenant à un niveau de formation plus élevé. De même, comptent aussi les relations entre les pays, le rapport entre les sociétés et les cultures: l'étranger est l'espagnol, l'italien et le portugais. Les immigrants sont les maghrébins, surtout les algériens. Il y a ainsi, une définition institutionnelle de l'immigré construite statistiquement afin d'établir des politiques d'intégration, utilisés à l'égard d'une population qui immigré massivement, menaçant le marché du travail et une identité nationale française.

Dans ce travail de compréhension abordant les différences entre les immigrants, Catherine Quiminal (1983) remarque combien l'immigration est un phénomène structurel des sociétés impérialistes. Ainsi, même les flux migratoires

se font toujours dans un rapport d'inégal développement entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Il y a donc une distinction hiérarchique qui obéit à un projet français d'intégration privilégiant les immigrants blancs du sud de l'Europe tandis que les immigrants arabes et noirs doivent conserver la mobilité.

Suivant cette perspective de classement prise comme conséquence de politiques mises en oeuvre, Didier Fassin (1996) aborde la représentation de l'étranger comme *clandestin*, terme qui désigne des personnes en situation irrégulière (et exerçant un travail, lui aussi irrégulier). Ce qui fait que le mot *clandestin* est porteur de jugements tels ceux qui présentent les immigrants qui se trouvent dans cette situation comme des personnes illicites, dissimulatrices, qui ne sont pas dignes de confiance. Néanmoins, selon l'auteur, cette situation de clandestinité est construite au fur et à mesure du séjour des étrangers en France et est fonction des histoires migratoires individuelles et d'une politique de visas qui permet à l'État de s'affranchir de sa responsabilité dans la précarisation et l'exclusion des étrangers.

Bref, les classifications sont des questionnements relevant d'un rapport entre immigration, irrégularité et exclusion. C'est pourquoi, classifier n'est pas seulement rassembler, mais disposer selon des relations particulières. Ce qui fait partie de la nécessité de lier et de rendre compréhensible la relation existant entre les personnes, en se référant à des critères sociaux.

Dans ce sens, si l'on revient à l'essai classique de Julian Pitt-Rivers (1967) sur les lois de l'hospitalité envers l'étranger, on peut remarquer que ces lois obéissent aussi à des critères de classement que chaque société établit selon ses propres échelles de valeurs. D'après l'auteur, il apparaît clairement que l'acceptabilité de l'étranger est liée au fait qu'il peut être incorporé à la communauté. L'étranger, au départ, a pour caractéristique essentielle d'être inconnu et, de ce fait, d'être quelqu'un qui n'inspire pas la confiance.

Inspirée par cet aphorisme, je propose de placer cette discussion sur le statut de touriste dans le centre, dans la perspective de l'hospitalité. Au milieu des représentations négatives du touriste, le désir de rester est identifié comme le signe d'un désir d'intégration, à savoir l'acceptation des codes d'organisation de cette société et la manifestation de respect de ceux qui viennent d'ailleurs. Les conceptions négatives sur le *touriste* font apparaître l'idée d'une frontière tracée entre, d'une part, les étrangers qui méritent d'obtenir de l'aide et de l'autre, les étrangers dérangeants, les touristes. En effet, le touriste est une figure emblématique associée à l'idée du plaisir, du frivole, du

futile. Être étiqueté touriste est toujours une mise en accusation; le touriste est quelqu'un qui vient bousculer le quotidien local. Et cette mise en accusation est la source d'un malaise mal vécu par tous les étrangers: que ce soit l'étranger que l'on accuse de faire du *tourisme médical* quand il vient se soigner en France, ou les bénévoles des ONGs qui, eux, font du *tourisme humanitaire*, quand ils vont soigner ailleurs, ou les ethnologues qui pratiquent le terrain dans des sociétés lointaines⁵. Bref, le touriste, comme tout agent d'altérité, menace l'ordre social.

Les soins

Les prescriptions du centre concernant les touristes sont claires: pour les personnes de passage, le médecin n'ira pas plus loin que des soins primaires. Les médecins, pour leur part, voient leur compétence enserrée dans un conflit: soigner et juger. La question est évidente du point de vue déontologique comme le rappelle un médecin: *si les touristes ont une vraie pathologie, effectivement on les soigne*. Cependant, la complexité de tels choix éthiques vient d'une double confusion entre l'instance médicale et l'instance du droit et c'est une ambiguïté qu'il est difficile de dépasser dans le quotidien. S'il y a ambivalence, c'est que les objets de ces situations se prêtent à des interprétations diverses. La question qui se pose est de savoir comment juger quelles sont les plaintes légitimes face à une population qui présente un large cadre de détresses physiques et morales. La solution adoptée consiste à prendre le problème à l'envers, dans une formulation négative: établir la définition de plaintes illégitimes de soins humanitaires si elles s'éloignent du concept de pathologie. Pour cela l'évocation de la « médecine humanitaire » révèle la reconnaissance de plaintes méritant des soins humanitaires. C'est le cas de la valorisation de la douleur, par exemple, qui explicite la souffrance.

Donc les touristes peuvent en toute légitimité se soigner au centre s'ils présentent une « pathologie légitime ». C'est la même logique qui régit la difficulté de prendre en charge du point de vue médical les demandes autres des patients. Ce qui fait que les « vrais malades » ont plus de légitimité que les cas sociaux, car ils provoquent moins d'ambivalence et d'ambiguïté.

5 J'apprends l'expression *tourisme humanitaire* auprès de bénévoles d'une Mission au Mali que j'ai accompagné. À propos du *tourisme ethnologique* voir. Picard, M. ; Michaud, J. 2001.

Néanmoins, il est possible de voir dans les interactions quotidiennes entre médecins et patients des négociations sans cesse recréées. Il s'agit des consultations qui se situent en marge des règles officielles du centre. Ainsi, la nature des symptômes du patient jouera un rôle prépondérant dans sa prise en charge. Par exemple, le cas considéré comme intéressant du point de vue médical deviendra ainsi, un malade au statut exceptionnel qui peut surmonter l'interdiction de sa prise en charge en tant que touriste. Donc, si le touriste, en raison de son statut ambigu, ne valorise pas la démarche soignante, on s'attache cependant aux problèmes qui peuvent être soignés et de ce fait mettent en évidence les compétences médicales. De sorte qu'en dépit de règles contradictoires et contraintes à l'exercice de la pratique médicale, celle-ci, dans plusieurs cas, ne peut s'exercer que grâce à l'initiative, aux marges de manœuvre dont disposent les médecins.

En ce qui concerne le contexte du centre, les soignants utilisent de critères pour établir des lignes de partages entre les patients. Ces critères ont rapport au corps, aux symptômes, aux maladies et aux comportements des patients. Ainsi, au sujet des patients français et des immigrants, on rappelle les référents socio-économiques. Dans ce cas, le représentant par excellence du patient français est le *sans domicile fixe*. Son étrangeté à lui est celle de son corps et des éléments qui entourent sa vie: l'alcoolisme, les chiens, la violence. En ce qui concerne les patients immigrants, les soignants reconnaissent qu'ils vivent cette étrangeté dans le rapport à la langue, ou lorsqu'ils sont confrontés aux notions de pudeur propres aux maghrébins ou aux croyances des africains, par exemple. Par ailleurs, il existe, dans les raisonnements médicaux, autant de critères établis au sujet des ressemblances et des différences qui distinguent les immigrants: les maghrébins se plaignent plus, avec les africains le contact est plus difficile, etc.

Pour surmonter l'étrangeté qui caractérise la population, les soignants rappellent l'exercice de la clinique, condition d'une familiarisation. Ce sont des aspects qui vont influencer les raisonnements médicaux. Raisonner par similitude fait partie de l'activité du médecin qui doit parvenir à interpréter des situations variées grâce aux informations et aux inférences socioculturelles de ses patients ⁶. Aussi, sont perçues comme partie intégrante de la pratique médicale les aptitudes à juger, prévoir et maîtriser un processus techni-

6 Sur ce point voir notamment Cicourel, A. 2002).

que et les rapports sociaux qui lui sont associés. C'est ainsi qu'existent aussi différents repères pour juger le risque. Si, pour les français le risque est représenté par les pathologies associées à la précarité, pour les immigrants, il est le fait de leur culture. Ces notions prennent toute leur dimension dans la constatation des différences qui existent entre les risques concrets liés aux conditions de vie précaires des patients français et les différentes conceptions du corps, de la santé et de la maladie qui sont associées à la culture des patients immigrants. Dès lors, une tendance se précise qui consiste à renvoyer les autres savoirs, ceux qui ne sont pas compatibles avec les raisonnements médicaux, dans le domaine de la « croyance », et à les attribuer au système de valeurs d'une culture, d'une classe sociale ou d'une ethnie.

On ne peut pas négliger la pénétration des discours anthropologiques dans les autres champs de l'action sociale. C'est le cas des idées répandues par le relativisme culturel à propos du *respect des cultures*⁷. Dans le contexte pluriculturel de soins qu'est le centre, ce type de remarque est courant. Les soignants cherchent à écarter cette étrangeté en ayant recours à une pratique de *respect* et de *familiarisation*. De sorte qu'une *prise en charge culturellement adaptée* est placée sous le signe du respect des cultures. Ainsi, dans la mesure où certaines *croyances* ne sont pas considérées comme porteuses de risque, elles sont respectées. De la même manière, les actes thérapeutiques sont eux aussi négociables, selon ces prémisses. Le meilleur exemple est celui des patients musulmans qui n'acceptent pas de piqûres pendant le ramadan. Une infirmière déclare: *On ne les fait pas, on les respecte*.

Toutefois, la jonction des connaissances culturelles sur les patients et du savoir clinique, est un élément indissociable de la pratique médicale qui l'utilise comme référence soit dans les raisonnements médicaux soit dans les jugements moraux portés sur les différentes situations. Les soignants, que ce soit dans les bidonvilles du Brésil, dans une Mission Humanitaire en Afrique, ou en France, sont susceptibles d'avoir des représentations de l'Autre qui influenceront leurs pratiques. Cela n'empêche pas que les soignants profitent de ce contact multiculturel pour s'interroger autant sur le savoir médical dont ils sont censés se servir, que sur le vécu des patients. On note ainsi des invariants dans la pratique médicale, que ce soit lorsqu'on soigne le Même ou l'Autre chez soi ou lorsqu'on soigne l'Autre ailleurs.

7 Comme le montre l'article de Verbunt, G. et Lobody, F. 1992

Les soins humanitaires

Il est certain que la pratique du soignant est basée sur un certain nombre de croyances combinant des rites qui finissent par être indissociables du savoir objectif dont le rôle est de garantir un minimum de cohérence. À partir de ce principe, il importe de restituer le regard de l'Anthropologie sur la pratique des soins dans un contexte socio-politiques et culturels déterminés. Pour le comprendre, revenons à l'objet de cette étude: les soins humanitaires.

Pour les Organisations Humanitaires en effet, il est une nécessité primordiale: apporter des soins médicaux occidentaux à des populations en détresse. Les bénévoles s'investissent de telle façon dans ce rôle, qu'ils acceptent d'exercer leur mission dans des conditions précaires. D'autre part, tout en soulignant l'importance de l'exercice d'une pratique « universelle », ils insistent sur la relativisation de la technique et la nécessaire prise en compte des aspects sociaux et culturels⁸. En fait, le discours de la Médecine Humanitaire vise à légitimer une compétence justifiant son exercice. Ce qui est particulièrement net lorsque les représentants de l'Humanitaire revendiquent l'application des connaissances acquises dans les Missions opérées dans le Tiers Monde à leur exercice de la médecine en France, auprès des plus démunis.

Sur le terrain, on remarque combien les soignants du centre soulignent leur *familiarisation* avec les différences culturelles et le *respect* des cultures concernant la pratique de soins. Si cette attitude constitue un facteur valorisant pour ces soignants, il peut être compris dans une perspective anthropologique comme une *prise en charge culturelle*, en réifiant les individus dans une étiquette culturelle⁹. Néanmoins d'autres comme Bernard Hours (1989) encore renforcent ces pratiques en raison de la nécessité de s'éloigner d'un *aplatissement culturel* de cette prise en charge. En conséquence une question se pose: s'agit-il d'adapter les malades à une rationalité médicale ou d'adapter cette rationalité aux malades? Pour y répondre, il faut revenir à d'autres aspects concernant les concepts de *soins humanitaires*.

En fait, sont revendiquées en tant que *soins humanitaires* une prise en charge du patient dans sa globalité et la remise en question de soins trop attachés à la technique. Il en résulte une indétermination entre tout ce qui

8 Rony Brauman dans un récent ouvrage où des membres de « Médecins Sans Frontières » relatent et réfléchissent sur leurs missions à l'étranger, souligne cet aspect. Voir Brauman, R. 2000

9 Des critiques sur le discours culturaliste des soignants figurent dans les articles du périodique: *Hommes & Migrations. Santé, le traitement de la différence*. (Fassin, D. Coord, 2000)

est physique/moral, profane/technique, cure/carre. Or, on connaît bien la conception de la biomédecine, dominée par le modèle cartésien d'une structure humaine fondée sur une séparation nette entre le corps et l'esprit. Cependant, cette opposition n'est qu'une construction sociale et historique. A l'âge classique comme à l'époque médiévale, les champs médicaux, philosophiques et religieux étaient imbriqués et enseignaient que l'équilibre de l'homme était le résultat de deux principes: physique et moral. L'avènement de l'anatomie pathologique met fin à ces amalgames en inaugurant une nette délimitation du champ médical et désormais toute indétermination entre physique et moral est placée dans un domaine extraordinaire de la médecine. Bref, le corps appartient à la médecine et l'âme est reléguée hors du champ de la biomédecine. Ces conceptions se répercutent dans la relation médecin-malade. Si, pour la médecine hippocratique, l'individualisation du patient, situation où le malade aide le médecin à combattre les maladies, était importante, l'anatomie pathologique renforce la distance au malade (Foucault, 1972). Or, c'est justement dans cette prise en charge globale que prend sens le travail de *soins humanitaires* comprise comme une humanisation de soins.

Par ailleurs, il y a des contraintes qui pèsent sur ces pratiques de soins: l'impossibilité de suivi des patients; les conditions socio-économiques ou les aspects culturels des patients. Et on note que, dans le discours du personnel soignant, lorsqu'il fait l'interprétation de ses pratiques, sont mis en évidence deux types de logiques: les uns regrettent l'impossibilité d'appliquer une pratique « classique » pour soigner ces malades. D'autres valorisent leur propre capacité à s'adapter eux-mêmes à ces malades et à ce contexte qu'ils perçoivent comme une compétence acquise sur le terrain et qui donne du sens à leur travail.

Considérations finales

En effet, les rapports d'altérité qu'entretiennent bénévoles, patients et chercheur dans le centre sont marqués par des différences de nature et de degré où les catégories sociales et culturelles sont confondues car, si il existe au centre, une grande diversité de nationalités, d'ethnies et de cultures, des relations s'y établissent aussi entre différentes classes sociales.

Le fait d'être brésilienne, a joué un rôle important dans cette recherche. L'étranger est un élément qui établit des formes particulières d'interaction

avec le groupe. Il s'agit d'une tension mutuelle et d'une condition particulière, faite de distance (l'éloignement du proche) et d'étrangeté (la proximité du lointain)¹⁰. En effet, j'ai pu expérimenter les différentes relations entre distance et proximité pendant tout le terrain. Ainsi, par exemple, pour les patients immigrants, ma présence était rassurante dans la mesure où ils se sentaient plus proches de quelqu'un qui, lui aussi, était étranger. Par ailleurs, il faut préciser que mes expériences en tant que médecin et anthropologue en réalisant des recherches anthropologiques dans le domaine de la santé et de la précarité ont été, dans un premier temps, circonscrites aux bidonvilles brésiliens. Alors, il me fallait observer Autre dans toutes les dimensions. L'observation d'un contexte de soins destinés à des personnes en difficultés socio-économiques en France m'a permis d'élargir ces expériences en confrontant différentes formes de précarité et différents contextes de soins. J'ai pris connaissance sur le terrain d'enjeux de l'Humanitaire, de l'exclusion sociale et de l'immigration en France. Le fait que ce travail ne comportait pas de comparaison explicite entre le Brésil et la France n'a pas empêché que, maintes fois, j'ai pu remarquer des situations similaires à celles que j'avais connues auparavant. Et, à l'intérieur même de cette comparaison, il devient possible de dégager les éléments relatifs au contexte culturel de ceux qui, dans la pratique médicale, sont universels. Cependant, si j'ai pu retrouver des similitudes avec ce que j'avais déjà rencontré dans mon travail auprès de populations socialement défavorisées, les soins donnés dans un contexte multi-culturel m'ont semblé étrangers à mon expérience.

Ainsi, si le fait d'être médecin m'a permis de questionner et d'observer des aspects pertinents de la pratique médicale, il m'a fallu construire l'altérité face à ces pratiques, avoir une distanciation vis à vis du savoir médical. En effet, le travail d'anthropologue est tout à fait différent du travail de soignant. Si le soignant cherche à comprendre la réalité du patient parce que son objectif est d'intervenir dans cette réalité, l'anthropologue, pour sa part, cherche à interpréter cette réalité à la lumière de catégories anthropologiques, pour la rendre analysable du point de vue théorique. Par exemple, l'anthropologue interprétera la remarque d'un médecin: *les égyptiens vont à plusieurs endroits en même temps*, dans une perspective d'*itinéraires thérapeutiques*¹¹. Alors qu'un

10 Comme le signale Simmel, G., 1994.

11 Selon la perspective de Augé, M. 1986. « L'anthropologie de la maladie. » *L'Homme*, 26:81-90.

médecin diagnostiquera une « *paranoïa* » chez un patient algérien devenu impuissant après avoir subi une agression physique, l'anthropologue, lui, s'interrogera sur les spectres de masculinité et d'honneur propres à la culture de celui-ci. Et, dans le même ordre d'idées, le chercheur tend à replacer et à expliquer la *passivité* des patients immigrants qui attendent *la dernière minute* pour régler leurs conditions de séjour, dans la perspective des obstacles que représentent les démarches à faire, démarches propres à faire basculer le quotidien de quelqu'un qui se trouve déjà en situation précaire.

Effectivement la pratique médicale comporte plusieurs implications et ces réflexions n'ont pas la prétention d'apporter de réponses ni de recettes sur la question complexe et difficile qu'est l'apport de soins dans un contexte de précarité socio-économique et multiculturelle. Mon objectif est ici de mettre en perspective quelques éléments participant du corpus de croyances de la biomédecine en vigueur et de permettre une réflexion sur la pratique de soins dans un contexte d'altérité. Autrement dit, il s'agissait de s'interroger sur ce que signifie *Soigner* dans le contexte de la précarité, et plus précisément ce que signifie *Soigner les Mal Soignés* pour les différents groupes culturels concernés.

Références Bibliographiques

- BRAUMAN, Rony, 2000. *Utopies Sanitaires*. Paris : Le Pommier-Fayard.
- CICOUREL, Aaron, 2002. *Le Raisonnement Médical*. Paris : Seuil.
- CROS, Michelle., DORY, Dory, 1993. « Au-delà de l'exotisme: l'ethnologie? ». *Journal des Anthropologues*, 52 : 127-133.
- FAINZANG, Sylvie, 1987. « Être ou ne pas être un autre. L'accès au terrain en milieu péri-urbain français. ». Gutwirth, Jacques. et Péttonet, Collete. *Chemins de la ville Enquêtes Ethnologiques*. Paris : CTHS, 123-137.
- FAINZANG, Sylvie, 1994. « L'objet construit et la méthode choisie: l'indéfectible lien. » *Terrain*, 23 : 161-172.
- FAINZANG, Sylvie, 2001 « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements nouvelles problématiques. » *Sciences Sociales et Santé*. V. 19, n. 2, juin : 5-27.
- FASSIN, Didier, 1996. « Clandestins ou Exclus? Quand les mots font des politiques. » *Politix*.34 : 77-86.

- FASSIN, Didier, 2000. *Hommes & Migrations. Santé, le traitement de la différence*. N.1225.
- FERREIRA, Jaqueline, 2004. *Soigner les Mal Soignés - Ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde*. Paris : L'Harmattan.
- FONSECA, Cláudia, 1987 « Faire parler la méthode: l'enquête chez les sous-prolétaires en France et au Brésil. Gutwirth, Jacques. et Péttonet, Collette.. *Chemins de la ville Enquêtes Ethnologiques*. Paris : CTHS, 189-201.
- FOUCAULT, Michel, 1972. *Naissance de la Clinique: une archeologie du regard médical*. Paris : PUF.
- HOURS, Bernard, 1989. *L'Idéologie Humanitaire ou l'espectacle de l'altérité perdue*. Paris : L'Harmattan.
- PICARD, Michel; MICHAUD, Jean, 2001 « Tourisme et Sociétés locales » *Anthropologie et Sociétés*. 25 (2): 5-13.
- PITT RIVERS, Julien., 1967. « La loi de l'hospitalité ». *Les Temps Modernes*, 253 : 2153-2178.
- QUIMINAL, Catherine, 1983.« De l'indigène à l'immigré: figures de la politique étatique de l'immigration. » In: Buci-Glucksmann (dir) *La Gauche, le pouvoir, le socialisme*, Paris: PUF, 167-171.
- SCHNAPPER, Dominique, 1992. *L'Europe des Immigrés*. Paris : Ed. François Bourin.
- SIMMEL, Georges., 1994. « L'étranger dans le groupe ». *Tumultes*, 5 : 199-205.
- SPIRE, Alexi, 1999. « De l'étranger à l'immigré ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 129 : 50-54.
- VERBUNT, Gilles.et Lobody, François, 1992: « Le respect des cultures, Faut-il en parler? ». *Intercultures*. 16: 11-15
- WEBER, Olivier, 1985. *French Doctors*. Paris: Robert Laffont.

