

Société Française de Médecine Générale

n° 64
novembre 2007

Sociologie et anthropologie *quels apports pour la médecine générale*

**DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

SFMG
Le plaisir de comprendre



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

Réalisé en partenariat avec sanofi-aventis

La SFMG tient à remercier le Dr Jean Luc Gallais
pour son aide à la réalisation de ce
Document de Recherches en Médecine Générale.

Directeur de Publication : Bernard GAVID

Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Comité de rédaction : Pascal CLERC, Didier DUHOT, Rémy DURAND,
Elisabeth GRIOT, Luc MARTINEZ

Mise en page : Micro Paddy (Courriel : macpaddy@free.fr) / Impression : Pralon Graphic
N° ISSN0767-1407 • Dépôt légal : novembre 2007

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	5
Quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale?	7
La sociologie	8
Qu'est-ce que la sociologie?	8
Sociologie et anthropologie, des sciences sociales qui approchent le réel par l'enquête de terrain	9
Comment la sociologie traite-t-elle de la médecine générale et des médecins généralistes?	9
La sociologie de la santé	10
L'approche théorique	11
L'approche pratique	21
Une nouvelle relation entre sociologie et médecine	30
Qu'est-ce que n'est pas la sociologie?	31
Introduction à l'approche anthropologique des soins	33
Écoles de pensées, concepts et méthodes de travail	33
Des regards croisés sur l'altérité	33
Des identités culturelles	33
Les temps constitutifs des enquêtes	34
Quelques liens entre cultures et soins, côté soignés	36
Des normalités	36
Des systèmes thérapeutiques	37
De la culture aux fondements sociaux des soins	38
Des professionnels porteurs eux aussi de cultures	41
Quelques modèles médicaux: le cas du « syndrome méditerranéen »	41
Des patients d'origine étrangère, à des patients étrangers aux normes des professionnels	42
Savoirs et soignants: des oppositions entre culture profane et scientifique à nuancer	43
Conclusion	47
Les soins, véritables bouillons de cultures	47
Les interactions soignant-soigné, des rencontres socioculturelles uniques à réinterroger	47

Éditorial

Peut-on décrire et comprendre la médecine sans mise en perspective historique et sociologique ?

L'interrogation sur la nature des rapports entre la médecine, ou plutôt les médecines, les soignés et les soignants est indissociable de tout sujet relevant de la « Santé ». Les demandes de soins et d'aides, éléments constitutifs de l'art de soigner, ne sont pas des exclusivités du domaine médical. Les pratiques magiques, religieuses comme les pratiques soignantes populaires n'ont pas disparu depuis l'avènement de la médecine scientifique.

Le modèle de la médecine fondée sur les faits probants favorise les données (plus ou moins aisément) objectivables et quantifiables. Ces dernières ne doivent pas toutefois faire écran à d'autres co-facteurs tout autant prégnants et décisifs qui conditionnent aussi bien le déroulement de la demande de soins que des réponses proposées.

L'histoire de la médecine est celle d'une construction sociale marquée par de forts enjeux idéologiques. Ils éclairent les évolutions des politiques des multiples acteurs sociaux, dont les médecins eux-mêmes. L'anthropologie médicale s'est historiquement d'abord penchée sur les pratiques exotiques, puis a rapidement investi les systèmes de soins, leurs méthodes et outils. La question récurrente de ce bio-pouvoir est devenue majeure dans la société d'autant plus que la santé a été instaurée comme un « marché ». Le bruit de fond médiatique médical et ses liens avec la gestion des questions sociales a participé à la transformation de la notion de « Droit à l'accès aux soins » à celui de « Droit à la Santé »

Malgré la simplicité apparente du questionnement initial sur la place nécessaire des sciences sociales dans toute approche santé, la réponse n'est pas un fait acquis pour nombre des acteurs clé de la santé, dont les médecins eux-mêmes. Pour la médecine générale, dans sa fonction d'interface entre le champ profane et le champ professionnel, la prise en compte des sciences humaines et sociales est pourtant un élément décisif pour toute approche du sens et de la complexité inhérente aux pratiques soignantes. Du côté des soins quotidiens, elle se traduit par exemple par les pratiques hétérogènes entre les médecins et des différences pour un même médecin face à un même problème au sein de sa patientèle. Ces variations conduisent à s'interroger sur les divers déterminants médicaux et sociaux en cause...

Pourtant les travaux d'ethnologues et de sociologues sur la santé sont souvent méconnus, négligés, scotomisés, voire déniés car ils posent des questions relatives à la place de ce bio-pouvoir dans la société. C'est souvent par la petite porte de la relation soigné-soignant que les sciences humaines sont entrées dans la formation médicale initiale ou continue, avec un focus sur la maladie et le couple médecin-malade. Les sociologues en portant leur attention sur la diversité des acteurs et sur le contexte social ont travaillé sur des aspects que les médecins laissaient pour leur part dans l'ombre. Ils ont mis à jour ce qui était hâtivement décrété comme relevant de la « logique », de « l'usage », de « l'implicite », ou du « qui va de soi »...

C'est notamment le mérite de chercheurs comme Eliot Friedson, Isabelle Baszanger, Martine Bungener, Jean Peneff ou Alain Ehrenberg, et bien d'autres, d'avoir porté leur regard de sociologues sur le champ médical et ses acteurs.

Leurs façons de regarder autrement les évolutions passées et présentes, aboutissent à d'autres mises en perspective des questions d'idéologies, des relations de pouvoir, des blocages et inerties des systèmes de soins comme des stratégies de santé publique et des inégalités sociales de santé.

Au travers de ces approches sociologiques diversifiées on retrouve les débats permanents qui impliquent notamment la médecine générale et les médecins généralistes. Ils imposent un regard distancié sur la place de la médecine selon les pays, leurs histoires sociales, politiques et culturelles. Ils condui-

sent notamment les professions de la santé à revisiter leur modèle dominant du moment. À revisiter et à relativiser, mais aussi à mieux saisir et agir sur les changements de paradigmes en cours comme en témoignent les exigences nouvelles du patient devenu « usager-consommateur-citoyen-contribuable » informé de façon claire, loyale et compréhensible tant au plan individuel qu'au travers des associations d'usagers.

L'approche sociale est présente partout et les exemples ne manquent pas. Quid de toute puissance présumée de la médecine et de la promotion médiatiquement assistée de la gestion du risque cardiovasculaire et du cholestérol ? Faut-il oublier ou passer sous silence que la baisse de mortalité observée est en grande partie liée à la réduction d'incidence de la mortalité une fois la morbidité survenue. Faut-il dans le même temps scotomiser par exemple le fait que le taux de survie après infarctus du myocarde varie surtout selon les catégories socioprofessionnelles. C'est là une des illustrations des inégalités sociales de santé. Dans une logique de santé publique quels sont les facteurs structurels qui participent à la différence de 4.6 ans d'espérance de vie entre les régions Midi-Pyrénées et celle du Nord pas de Calais ? Comment analyser rigoureusement les multiples raisons qui aboutissent à la différence de décès entre 35 et 65 ans pour les ouvriers et les cadres : 26 % contre 13 % ?

Dans une logique voisine, les données récentes sur l'accroissement des troubles musculo-squelettiques (TMS), les cancers professionnels ou le harcèlement professionnel peuvent-elles être examinées uniquement à l'aune de la biomédecine ? La clinique du travail selon la formule d'Yves Clot, aboutit au constat du développement de « l'écoute » dans les milieux professionnels au fur et à mesure de la dégradation des conditions du travail.

Les approches sociologiques éclairent aussi la forte tendance à la médicalisation de la santé. Elles donnent des arguments pour comprendre non seulement des questions relatives aux soins mais aussi pour expliciter des enjeux sociaux ou sociétaux au travers des débats modélisant sur la procréation médicalement assistée, la génétique ou l'éthique.

Si comme le soulignait Georges Canguilhem, « la santé a remplacé le salut », alors la diversité et la rigueur des outils, les méthodes et les acteurs pour investiguer ce champ et ces évolutions est une priorité. La santé est-elle surtout une production liée aux services des professionnels de la santé ou d'abord le résultat de comportements multiples individuels et collectifs dans un contexte de vie sociale (familiale, scolaire, professionnelle, environnemental, etc.) ?

Une telle vision ne conduit-elle pas à relativiser l'activisme médical et à renoncer à l'illusion de la toute puissance présumée d'une approche scientiste de la santé ? Elle rappelle aussi à la réalité concernant la « bienveillance » et la « neutralité » supposées des professionnels... Les résultats de travaux de sociologie amènent à la perte d'une certaine « candeur » des professionnels de la santé sur eux-mêmes et sur leurs pratiques !

En publiant dans ce Document de Recherche en Médecine Générale des travaux de sociologues et d'anthropologues, la SFMG illustre son intérêt de ces approches et leurs apports dans l'analyse des pratiques. Faut-il y voir un retour aux sources de la SFMG ? Il est indispensable de rappeler ici que la poignée des fondateurs de la SFMG était aussi des Balintiens et que, dès sa création en 1973, la SFMG avait systématiquement inclus dans ses travaux de recherche des sociologues, linguistes et psychanalystes. La théorisation de la médecine générale s'est faite avec leur concours.

Les sciences humaines et sociales sont donc essentielles pour argumenter les débats sur les évolutions et mutations du système de santé français. Ce sont des indicateurs des tensions contradictoires auxquelles est soumis un système complexe sur un aussi sujet central que la vie. Une raison de plus pour être attentif à ces travaux qui viennent alimenter notre « plaisir de mieux comprendre ».

La SFMG

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

Introduction à l'approche anthropologique des soins

Anne Vega

Comment les anthropologues procèdent-ils lors de leurs enquêtes, et pourquoi ? Quelles sont les applications de cette discipline, spécialisée notamment dans les domaines de la santé et de la maladie ?

Cet article ne vise pas à l'exhaustivité, mais à rendre accessible à des lecteurs non spécialisés quelques-unes des grandes orientations théoriques de l'anthropologie, moins connue du grand public français que sa voisine : la sociologie. À partir d'études menées tant du côté de soignés que de soignants, l'objectif est ensuite de présenter des dimensions culturelles et sociales, voire des constances susceptibles de ressurgir en situation de soins. Une troisième partie tente d'illustrer concrètement ces apports de connaissances au travers de premiers résultats d'observations menées en médecine générale (afin de partager des réflexions, voire d'ouvrir de nouvelles pistes de travail entre chercheurs et praticiens).

ÉCOLES DE PENSÉES, CONCEPTS ET MÉTHODES DE TRAVAIL

« La vérité, inépuisable, fugitive, en mouvement perpétuel, n'est vérité que dans la mesure où elle prend en compte toutes les positions arbitraires et tous les mouvements relatifs de chaque individu sur cette terre ». C. Fuentes, 1990, p. 780.

DES REGARDS CROISÉS SUR L'ALTÉRITÉ

L'Anthropologie est une discipline des sciences humaines qui a connu parallèlement à ces dernières de nombreuses métamorphoses. Intimement liée à l'histoire de la colonisation, elle s'est longtemps cantonnée aux « cabinets de curiosités » (collection d'objets « exotiques »). Puis elle s'est caractérisée par des théories évolutionnistes, qui postulaient la supériorité culturelle de l'Occident par opposition à des peuples restés à des stades « sauvages » ou « archaïques¹ ». Le développement d'investigations préhistoriques, archéologiques et d'études de terrain ont permis de découvrir progressivement la richesse historique de cultures non occidentales, qu'elles soient ou non porteuses de traditions écrites²; mais aussi de balayer les schémas purement mécanistes qui permettaient jusqu'alors d'expliquer la diversité humaine³.

Une rupture épistémologique intervient dans les années 50 : l'anthropologue Claude Lévi-Strauss, après avoir remis en cause la notion de races, montre (avec d'autres chercheurs) le primat des explications idéologiques et sociales pour comprendre les différenciations que les sociétés entretiennent entre elles. De plus, grâce à son analyse des mythes des Indiens du Brésil⁴, il fonde ce qui sera une des plus importantes écoles de pensée de la discipline : le structuralisme. Si l'ensemble des coutumes d'une société humaine est toujours marqué « par un style », elles forment des systèmes qui existent en nombre limité, et que l'anthropologue peut reconstituer⁵.

De récentes contributions ont aidé encore à transformer les regards posés sur les « autres » : le travail d'anthropologues venus d'ailleurs sur les sociétés occidentales⁶, et les nouveaux objets d'étude ici ou ailleurs (le monde de l'entreprise, du sport, de la médecine etc.). Ces deux courants tendent à démontrer *in fine* le caractère révolu des visions uniformes et figées de chaque société. Ces dernières sont au contraire soumises à l'histoire, fruits de contacts et de rapports sociaux divers. Autrement dit, aucune société ou ensemble culturel ne se développe sans rencontrer et marquer ses différences avec d'autres cultures, et il existe à l'intérieur de chaque culture des variations (individuelles, sociales). Ce sont donc des dynamiques en constant changement, plus ou moins cohérentes, dominantes ou dominées selon les époques.

DES IDENTITÉS CULTURELLES

Le projet actuel de l'anthropologie se révèle extrêmement ambitieux : étudier l'unité de l'Homme dans sa diversité, c'est-à-dire cerner les spécificités d'ensembles culturels ou de groupes particuliers, afin de relativiser certaines différences⁷, voire de mettre en évidence sinon des « invariants culturels », au moins des systèmes. Cet énorme champ d'étude a rendu nécessaire la création de spécialités, un peu comme en médecine (par exemple : l'ethnobotanique, l'ethnomusicologie, l'ethnologie rurale, l'anthropologie urbaine, du politique, des soins⁸ etc.), elles-mêmes rattachées à des spécialisations géographiques. De plus, ces spécialités sont parfois associées à d'autres sciences humaines voisines (socio-anthropologie, ethnopsychiatrie, ethnoscience etc.).

Autres points communs : l'utilisation d'au moins deux concepts fondamentaux, également partagés entre champs disciplinaires. Les anthropologues s'intéressent ainsi particulièrement à la culture, c'est-à-dire aux processus d'acquisition, de transmission de « tout ce que l'on trouve en naissant » :

aux modes de vie quotidiens, aux connaissances, mais aussi aux cadres de pensées qui les sous-tendent (« structures symboliques »). En effet, au cours de son existence – et souvent dès la petite enfance — les valeurs, les représentations (habitudes, croyances), voire les besoins de chaque individu se forment au sein de groupes auxquels il appartient (familial, professionnel, religieux, national etc.). Cependant, la culture n'est pas inébranlable telle un bloc s'imposant comme une structure massive à des acteurs conditionnés comme le croyaient les anciennes théories dites justement « culturalistes ». D'autres influences introduisent des ruptures et des continuités dans les conduites comme dans les relations : les cultures régionales et locales, rurales et urbaines, les différences de génération, de sexe, et d'appartenance sociale des individus. Le concept d'identité renvoie d'ailleurs également à des processus pluriels, mouvants et plus ou moins conscients :

un peu comme des poupées russes, elles se superposent chez les individus, sans être fixées une fois pour toute.

C'est donc au sein de multiples strates que s'opèrent des imprégnations, mais aussi des modifications de gré ou de force (rites d'initiations, immigration, maladie etc.), et des remaniements individuels. Cependant, les concepts de culture et d'identité renvoient en anthropologie une autre constante proprement humaine, peut-être la plus courante : notre application quotidienne à nous différencier les uns des autres. Ainsi, les notions de classes sociales (comme les notions de groupes ethniques) sont des constructions collectives permettant de nous distinguer, de nous reconnaître et d'être reconnu, par le choix (plus ou moins conscient et revendiqué) de traits, d'habitudes de consommation, de style de vie, d'une histoire, d'une origine, d'un territoire, d'emblèmes différenciateurs.

Des catégories de pensée universelles

Dans tous les groupes et toutes les sociétés, ces catégories sont constituées de systèmes d'oppositions, le plus souvent de type binaire. Ainsi, les relations sociales sont construites autour de deux grands paramètres différenciateurs : le semblable et le différent⁹. Les autres sont généralement dévalorisés, dès lors qu'ils se différencient de nos habitudes, et de nos représentations. La notion d'ethnocentrisme désigne cette attitude universelle de refus de la différence culturelle. Ainsi, le touriste, le journaliste ou l'anthropologue à l'étranger ne sont pas considérés tout à fait comme des hommes (« normaux »), puisque par exemple, « ils ne savent pas se lever à 5 heures du matin », « se laver correctement » et parce qu'ils « mangent n'importe quoi ».

De même, à l'hôpital, les soignés « étrangers » aux normes de l'institution peuvent être appréhendés à partir de divers stéréotypes de culture ou de classe, répandus dans chaque société.

Autrement dit, les anthropologues tentent de comprendre les logiques qui amènent les individus et les groupes à identifier, à étiqueter les autres, et à le faire de telle façon plutôt que d'une autre¹⁰.

LE TEMPS CONSTITUTIF DES ENQUÊTES

Ce qui différencie l'anthropologie de la sociologie, ce sont donc moins les concepts, les théories souvent communes (structuralisme, mais aussi marxisme, fonctionnalisme¹¹ etc.), ou encore leurs objets de recherche, puisque de plus en plus d'anthropologues travaillent dans leurs propres sociétés. Les anthropologues revendiquent plutôt des approches inductives et compréhensives : lors de leur enquête, leur objectif est de parvenir à prendre en considération l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans les comportements des enquêtés, et qui ouvrent accès à leur logique¹².

Ces méthodes qualitatives ont alors la particularité de s'inscrire dans la longue durée, et de privilégier sinon l'observation directe, au moins l'entretien approfondi « in situ » : au plus près des situations naturelles des sujets, et dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur et l'enquêté.

L'ENQUÊTE DE TERRAIN : UNE POSTURE HOLISTE AU PLUS PRÈS

Partir six mois sur le terrain est un minimum lorsque l'on cherche à décrire des faits sociaux ou des groupes de façon aussi complète que possible. Pour ce faire, les chercheurs disposent de la monographie : mot à mot, l'analyse exhaustive d'une unité sociale restreinte. Concrètement, durant cette première phase des enquêtes (dite « ethnographie »), il s'agit de recueillir un corpus de matériel très fourni, *a priori* hétéroclite (savoir-faire, témoignages, techniques, croquis, photos, arbres généalogiques etc.), sans théoriquement découper les champs au préalable (autrement dit, le chercheur procède un peu comme des documentaristes qui attendent et filment pendant des heures avant de procéder au montage).

Le fait de s'attacher à faire des descriptions minutieuses, un inventaire le plus exhaustif possible

APPROCHE ANTHROPO-

des éléments d'une totalité, implique alors de travailler avec un petit nombre d'informateurs (un groupe d'enquêtés restreint), à partir de terrains localisés (par exemple : un village, un service de soins, un cabinet de médecine générale)¹³.

Ces micros analyses sociales font des ethnographes « des spécialistes du particulier ». Cependant, la stratégie du temps vise à contrer au moins deux difficultés présentes dans toutes les enquêtes en sciences sociales. Pour résumer : « les poissons ne parlent pas de l'eau dans laquelle ils baignent », et « l'étranger ne voit que ce qu'il connaît ». Outre le fait que les enquêtés n'évoquent pas spontanément des habitudes, des gestes, des idéaux intériorisés ou considérés comme évidents, le chercheur doit lui-même tenir compte de ses propres préjugés, déformations professionnelles, et des jeux d'intérêts dans lequel il est inévitablement pris. L'ethnographe dispose pour cela d'un précieux compagnon de route : le carnet de terrain, dans lequel il peut inscrire ses impressions personnelles (et qui permet un début de distanciation par rapport au terrain).

Il lui faut ensuite encore du temps pour « être dans le bain », « faire partie des meubles » : sur le terrain, l'ethnographe cherche à gagner la confiance des enquêtés, à être noyé dans le jeu social pour « chausser les lunettes » de « ses »¹⁴ informateurs. Il dispose pour cela d'un autre outil : « l'observation participante ». Le plus souvent, il aide à la demande, et prend ce qu'on lui donne, en évitant au maximum d'intervenir de son propre chef, de filmer, d'enregistrer ou de « cadrer » ses entretiens.¹⁵

ETHNOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE : LE « REGARD ÉLOIGNÉ »

Après ce travail artisanal de fourmi, « à la loupe », nécessitant familiarisation, imprégnation, voire implication du chercheur, ce dernier laisse d'abord longtemps « reposer » le terrain, afin d'ac-

quérir un regard plus neuf. Devenu ethnologue, il peut alors commencer à analyser ses données : étudier son propre regard, et les conditions de son enquête ; articuler l'individuel et le collectif ; rechercher ce qui sous tend les pratiques observées, voire débusquer des contradictions avec certains discours recueillis. Cette seconde étape du travail est souvent également « chronophage ». Car il s'agit généralement de dépasser les discours idéologiques, communautaires de ses informateurs (l'image qu'ils veulent donner d'eux même¹⁶), de mettre à jour des pratiques informelles, peu conscientes — voire interdites -, et leurs logiques invisibles. Le projet de d'ethnologie est en effet de parvenir *in fine* à accéder à « l'implicite », « au mal connu », « au refoulé »¹⁷. Par exemple, à l'hôpital, du côté de soignants, le chercheur étudie leurs apprentissages au chevet de patients, les pratiques collectives de mise à distance de soignés, ou les conceptions du corps et de la personne véhiculées lors des soins¹⁸.

Comme toutes les disciplines en sciences humaines, l'anthropologie est l'aboutissement d'un long travail fondé sur le croisement incessant des données, afin de dégager des propriétés générales de la vie sociale. Cette dernière étape, fondée sur des analyses macro sociales (montées en généralisation) et visant à produire des théorisations, est la phase ultime de distanciation de l'anthropologue avec son objet de recherche, gage d'objectivation¹⁹. En pratique, le chercheur revenu parmi ses pairs perfectionne son questionnement grâce à des comparaisons sur une échelle mondiale (par exemple : en quoi les résultats particuliers d'une enquête sont-ils significatifs de tel ou tel autre phénomène général ou particulier décrit ici ou là ? Peuvent-ils l'éclairer, le nuancer, ou l'infirmier ? Peut-on en déduire une nouvelle hypothèse de travail sur les rapports unissant l'Homme au monde qui l'entoure ?).

Il devient alors en quelque sorte « l'astronome » des sciences sociales.

Des regards extérieurs de l'intérieur

En sciences sociales, les techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, les problématiques, le temps et les moyens disponibles pour chaque enquête. De plus, sociologues et anthropologues sont amenés à travailler ensemble, à combiner, et/ou à alterner les méthodes (observations, entretiens, utilisation d'outils statistiques etc.), voire à procéder de façon individualisée dans le face à face avec les enquêtés (à la manière du « colloque singulier » en médecine générale). Reste que le produit final de leurs enquêtes de terrain, dont l'objectif est comprendre les enjeux au quotidien de pratiques sociales, permet de faire changer les regards sur des groupes ou des faits étudiés (d'ou les réactions parfois virulentes d'enquêtés suite à leurs publications).

Il s'agit en effet de rendre familier ce qui est étrange (rapprocher ce qui semble *a priori* lointain), et inversement, de rendre étranger ce qui est proche, en mettant au jour ici ou là la complexité des pratiques sociales les plus ordinaires, telles qu'elles sont perçues par les enquêtés.

Rien n'est purement naturel ou inné chez l'Homme, « animal culturel » (Claude Lévi-Strauss). Ainsi, les différences qui semblent liées à des dimensions biologiques (le genre), les fonctions correspondant à des besoins physiologiques (la faim, l'appétit, le sommeil etc.) sont constamment « retravaillées » par les cultures, les groupes sociaux et chaque individu. Le corps est en effet le support de nombreux modelages qui ont fluctué dans l'histoire humaine : il est « mis au monde, nourri, lavé, habillé, porté, couché, paré, parfumé, conditionné, entraîné, soumis à de multiples apprentissages, soigné, parfois façonné physiquement, endurci, mutilé, marqué, tatoué, ritualisé, mortifié, dissimulé, masqué, supplicé, tué, embaumé, momifié, représenté, sublimé, parlé, en un mot : socialisé » ²¹.

DES NORMALITÉS

Pour n'évoquer ici que les façons de se soigner, les différences de pratiques thérapeutiques peuvent surprendre, voire déstabiliser des soignants. En effet, dans toutes les cultures, l'individu décide de prêter attention à certains symptômes ou douleurs, en fonction de son vécu personnel, mais aussi de son entourage et de ce qui est reconnu comme normal et pathologique dans sa culture. Un des apports de l'anthropologie de la maladie est justement d'étudier la fluctuation de ces deux notions (variables selon les groupes, les époques, et les degrés d'adhésion de chaque individu à tel ou tel système de soins).

Il existe ainsi des formes de pathologies reconnues par la (bio) médecine²², et qui ne sont pas considérées comme des maladies dans certains groupes, qui valorisent notamment une éthique de l'endurance et du travail, expliquant en partie des retards de consultations (par exemple pour le

paludisme, mais aussi la dépression, voire les HTA). Inversement, il existe des « syndromes culturellement conditionnés » : certaines maladies sont reconnues uniquement dans certains milieux, mais n'en sont pas moins vécues comme réelles par des malades et leur communauté : par exemple, les diagnostics de la célèbre « crise de foie » en France²³. En effet, chaque culture, et donc chaque système de soins développent des perceptions du corps interne particulières, des organes ayant une forte charge symbolique, à commencer dans nos sociétés. Le simple témoignage d'un patient permet d'illustrer cette affirmation : « le foie malade, c'est sale, c'est honteux [...] alors que — c'est drôle -, c'est pas la même chose pour le cœur. Quelqu'un qui meurt d'un infarctus, c'est pas une mort honteuse. Même s'il a fait des excès qui l'ont conduit à voir son cœur lâcher, mais c'est pas mal vu socialement, la crise cardiaque... » ²⁴.

Plus étonnant peut-être, des états jugés « normaux » à certaines époques dans une culture donnée peuvent conduire à des diagnostics de maladie à d'autres époques, ou dans d'autres groupes (par exemple, les attaques en sorcellerie). Autrement dit, au cours de l'histoire, de nouvelles pathologies apparaissent. En France, aux États-Unis et au Canada, la ménopause est ainsi de plus en plus associée à un état de maladie, la conséquence de dérèglements hormonaux, relevant de la compétence de la (bio) médecine. Or, elle était et reste dans de nombreuses cultures une étape « naturelle » du cycle féminin (des recherches comparatives témoignent d'ailleurs d'attitudes et de symptômes très divers selon les groupes dans ces sociétés²⁵). De même, on y assiste depuis quelques années à une médicalisation de la fatigue. L'épuisement professionnel, ou le syndrome du *burn-out*, est la conséquence d'un excès de travail et de don de soi au sein de groupes valorisant l'action, la performance et la maîtrise de soi. Il touche notamment des infirmières et des médecins généralistes qui doivent porter le poids d'interventions dans des domaines de la vie de plus en plus grands²⁶.

La médicalisation du corps social dans les sociétés occidentales

Très schématiquement, nous assistons dans nos sociétés à une augmentation constante de la consommation médicale, des pathologies déclarées, liée à une sensibilité croissante aux symptômes (bio) médicaux²⁷. En effet, si le pouvoir médical est de plus en plus contesté (contrôle du travail et par les usagers), paradoxalement, la médecine n'a jamais été aussi présente dans notre quotidien : régulation du sommeil, sexualité, difficultés au travail (du milieu scolaire à celui de l'entreprise), alimentation, activités sportives, fin de vie, etc.²⁸. Autant de domaines qui ne sont pas médicalisés dans de nombreuses sociétés et groupes sociaux.

Parallèlement, les soignés sont de plus en plus informés (notamment par le canal de la presse ou d'Internet) et plus critiques concernant les traitements, la qualité des soins et l'accessibilité des services. Des associations de patients, des groupes de défense des droits des usagers se développent,

APPROCHE ANTHROPO-LOGIQUE DES SOINS

accroissant leur autonomie vis-à-vis du savoir biomédical et ses capacités « d'expertise ». Ces évolutions sont plus ou moins bien vécues par les professionnels, d'autant que les études attestent du rôle grandissant des patients : déjà pourvoyeurs de retours (ils amorcent, voire imposent des médecins à leur médecin), ils sont aussi souvent centralisateur de leurs dossiers de soins (en raison d'une relative désorganisation du travail, voire d'un manque de coordinations entre médecins)²⁹.

Autre source possible d'incompréhension entre soignés et soignants : il existe non seulement d'importantes différences culturelles dans les nosologies³⁰, mais aussi dans les étiologies des maladies (les réactions face au Sida dans le monde en sont un exemple frappant). Elles renvoient plus globalement à des conceptions particulières de la personne³¹. Ainsi, dans nos sociétés dominées par la (bio) médecine, la maladie est souvent conçue comme la présence de quelque chose extérieure à l'individu, entrée par infraction dans son corps ou en excédent, qu'il convient d'anéantir et d'extirper³². Or, dans d'autres cultures, — par exemple maghrébines —, la maladie est au contraire pensée comme l'absence de quelque chose, suite à une défaillance physique, à la fin de la protection de l'individu ou à la perte d'une composante de la personne. Hospitalisés en France, des soignés peuvent alors se sentir en situation de « faiblesse » (ils préfèrent rester au lit, doutent de leur force), et avoir tendance au contraire à attendre des apports thérapeutiques (nourriture, médicaments, transfusion, visite de la famille, etc.), et moins des traitements à visée soustractive (régime alimentaire, prise de sang, opération chirurgicale).

DES SYSTÈMES THÉRAPEUTIQUES

Dans la plupart des sociétés, il existe également (parallèlement au modèle de soins biomédical) des « modèles additifs de la thérapie ». Il s'agit de renforcer les défenses de l'organisme et les forces de la personne (logique dite « homéopathique »). Ces modèles s'insèrent dans des systèmes de soins souvent qualifiés d'« holistiques » : on s'intéresse au mal en général, en s'appuyant sur des savoirs familiaux, populaires, et/ou sur des traditions religieuses et philosophiques (médecines chinoise, indienne, tibétaine).

D'autres systèmes de soins, qui ne sont ni en opposition, ni en contradiction avec les premiers, s'intéressent d'avantage à l'explication et à la recherche des causes profondes de la maladie. Ce sont des modèles dits « interprétatifs » et « persécutifs » (le malade est victime des actions d'autrui).

Par exemple, dans certaines sociétés africaines, on peut rechercher dans les désordres biologiques des signes de désordres sociaux. La maladie est en effet traditionnellement attribuée à des problèmes familiaux (et nécessite des traitements collectifs dont on reconnaît aussi l'efficacité en

Occident, face à certains troubles), à la transgression de règles de la société ou à un manquement à certaines obligations (adultère, offrandes à un ancêtre). La rupture de santé peut être considérée comme l'effet d'une action malfaisante (divinités, sorciers, ancêtres). Ces logiques de pensée expliquent pourquoi certains malades hospitalisés et biologiquement guéris en France, ne s'estiment pas guéris (la maladie est reliée à une multiplicité des causes, d'où le recours parfois à la divination³³).

Cependant, ces façons d'établir des liens, de rechercher des causes à ses maux se retrouvent à des degrés divers dans toutes les sociétés. Ainsi des études portant sur les patients atteints de cancer au Québec attestent de connaissances médicales finalement assez imprécises par rapport à celles tirées de leurs propres expériences de la maladie. Les enquêtés sont également influencés par des images culturelles présentes dans le folklore québécois (le cancer est associé à un « mal qui ronge »), par des biographies de célébrités atteintes du cancer, et par des éléments des médias souvent hétéroclites, voire contradictoires (objet de discussions entre malades). Enfin, le cancer est relié à des événements négatifs vécus (pauvreté, grossesses, travail malsain), selon l'idée que la misère est source de « démoralisation » et de « faiblesse » (ces états favorisant sa venue ou celle d'autres maladies). Cette pathologie est alors le symbole de misère économique, sociale et affective (mais il s'agit moins de se déculpabiliser que d'une logique qui veut que « le malheur attire le malheur »). D'ailleurs, de façon plus générale, les patients associent le cancer aux habitudes de vie, à l'évolution néfaste du monde moderne (pollution, stress, intoxication par la nourriture), mais aussi à des notions de fatalité, de destin, de hasard et d'hérédité.

Enfin, les sociétés dites « occidentales » sont également marquées par le multiculturalisme, le pluralisme médical. Il existe des oppositions, complémentarités, compétitions, interactions entre des systèmes médicaux. L'automédication, les « médecines parallèles », « alternatives » ou « douces » sont par exemple assez bien implantés (et les représentants de la médecine ne sont pas les derniers à circuler librement entre les différents systèmes de soins). Dans toutes les cultures, le corps est en effet imbriqué dans un système de relations et de correspondances, que des systèmes de médecines viennent réguler.

Autrement dit, ici ou ailleurs le monopole médecine est donc souvent un leurre : les compétences des (para) médicaux sont reconnues pour prévenir ou traiter certaines maladies, mais également les compétences d'autres personnes, spécialisées dans les soins quotidiens ou le traitement d'autres maux. En conséquence, on trouve normal que d'autres thérapeutes (« guérisseurs », « tradipraticiens », religieux etc.), et des proches du soigné interviennent activement dans les conseils, l'élaboration de diagnostics et de traitements³⁴.

DE LA CULTURE AUX FONDEMENTS SOCIAUX DES SOINS

ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES : PREMIÈRES PISTES D'EXPLICATION

Dans toutes les sociétés, il existe des définitions de la santé³⁵, de la maladie et plusieurs recours thérapeutiques. Ainsi, si le thérapeute choisi reconnaît la maladie de l'individu (son diagnostic est parfois une simple validation d'une maladie déjà pressentie par le malade et son entourage) il prescrira au soigné une cessation d'activité (elle est partout la condition pour la reconnaissance du statut de malade), et des traitements particuliers qui iront dans le sens des normes de la société et/ou du système de soins auquel le thérapeute appartient. Cependant, le soigné suivra plus ou moins ses directives et/ou les conseils de prévention (en France, le chiffre moyen de l'observance est ainsi d'environ 30 % selon la plupart des enquêtes épidémiologiques). De plus, en cas d'échec d'un recours, l'individu, quel que soit son milieu socio-culturel s'oriente vers d'autres systèmes de soins ou recours thérapeutiques, quitte à revenir aux uns ou aux autres afin d'être soulagé et de trouver un sens à ses maux, un écho à son discours sur la maladie ou la santé³⁶.

Rien n'est simple, en particulier en matière de santé ou de prévention, dès qu'il est question de près ou de loin de fécondité, de sexualité ou enco-

re d'alimentation. L'identité des patients et de leurs proches est alors directement en jeu. Ils sont travaillés malgré eux par d'autres nécessités et d'autres buts que strictement thérapeutiques. Le suivi des conseils ou des prescriptions (para) médicales n'est donc pas toujours évident (par contre, les dimensions relationnelles des soins deviennent vitales).

Ainsi, en France, par exemple, les accouchées suivent très rarement les conseils de prévention alimentaire pour leurs nouveau-nés (pourtant prodigués par leurs médecins accoucheurs) à part celles qui n'ont pas d'idées *a priori* sur la question. Au contraire, la grande majorité des femmes ont déjà « l'habitude avec leur premier enfant ». Les recommandations ou les traitements médicaux ne correspondent pas toujours à leurs habitudes familiales (« on ne t'a jamais donné cela et tu te portes bien »), et/ou sont parfois tout simplement coûteux. De plus, les discours des professionnels font parfois l'objet de méfiance, compte tenu de leur multiplication, voire de leur fluctuation, notamment en matière de régimes alimentaires pour les nouveau-nés (« c'est encore une nouvelle mode »). Plus évident : les discours de prévention médicale, même s'ils tentent d'expliquer clairement par exemple « l'importance de suppléments de vitamines D contre le rachitisme et K contre le saignement et maladie hémorragique » sont plus ou moins bien compris par les mères³⁷. Ils peuvent enfin être empreints de pré-supposés et renvoyer une image négative aux mères : « il faut combattre les défauts de la mère nature » ou « le bon sens »³⁸.

Un autre apport de l'anthropologie est alors de souligner l'existence de constantes, habituellement peu abordées dans les manuels de médecine : dans toutes les cultures, la maladie, mais aussi la naissance et la mort ne sont jamais seulement des événements biologiques et individuels. Ils intéressent à des degrés divers les proches (parents, amis) de la personne soignée, dépositaires de savoirs et d'expériences.

Parenté et rites de passage

Les pratiques et les normes liées à l'organisation de la famille servent de cadre affectif ou de guide au quotidien. Cependant, leurs variations, même en nombre limité, peuvent être également à la source de nombreux préjugés. Aborder les diverses conceptions relatives à la « parenté », mais aussi s'initier à la fonction de rites de passage pour être utile pour développer un véritable accompagnement « global » des patients : au centre des grands événements qui marquent les temps forts de l'existence (maladie, hospitalisation, mariage, naissance, mort), ils sont donc universellement partie prenante de soins, au cœur des préoccupations de nombreux soignés.

- La parenté définit les limites, attribue les rôles, statuts et place de chacun de ses membres. Elle désigne notamment les liens de consanguinité (biologiques ou construits culturellement), tels qu'ils sont conçus, vécus et organisés dans chaque société³⁹.

APPROCHE ANTHROPO-LOGIQUE DES SOINS

- Les rites de passage comprennent généralement trois étapes, décelables dans de nombreuses pratiques de soins : une période de séparation avec son état et son statut antérieur ; une période de marge, d'entre-deux (où la personne est particulièrement fragilisée) et une période d'agrégation, au cours de laquelle l'individu renaît, accède à un nouvel état ou statut. (Van Genneep).

L'IMPORTANCE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL : QUELQUES PROBLÉMATIQUES CONTEMPORAINES

En France, particulièrement dans certains milieux, et pas seulement chez des personnes d'origine étrangères, l'autonomie et l'indépendance en matière de soins sont restées, en général, prépondérantes : le soigné et ses proches participent activement à l'élaboration et au suivi des démarches thérapeutiques (la cellule familiale est encore le lieu « où tout se règle »). Cependant, dans le contexte d'une croissance des soins de santé et des services sociaux dispensés hors de l'hôpital, le rôle des patients mais surtout de leurs proches est de plus en plus important, de gré ou de force. Or, ce rôle reste encore trop souvent stigmatisé.

Ainsi, lors de la canicule de 2003, si les médias ont souligné le manque de réactivité de médecins généralistes, ils ont surtout stigmatisé les proches parents (« fin du lien social », familles « abandonnantes »), ce qui n'a fait qu'aggraver les traumatismes chez ces derniers⁴⁰. Cet événement éclaire une tendance également étudiée au Québec : celle de faire de plus en plus reposer sur des professionnels, des aidants à domicile la fin de soins curatifs, et plus globalement la responsabilité de soins de médecine générale (prises en charges de patients chroniques, de personnes âgées et/ou handicapés). D'où ce paradoxe : dans ces deux systèmes de santé, les prises en charges les plus complexes, ne relevant pas uniquement de soins techniques ou instrumentaux (to cure), se reportent *in fine* vers les moins formés et les moins rémunérés : « les petits personnels » (auxiliaires domestiques, agents des maisons de retraite) et les familles, c'est-à-dire encore majoritairement vers des femmes assumant déjà la prise en charge des soins familiaux⁴¹... « qui tiennent jusqu'à finir par renvoyer les gens aux urgences... » (urgentiste).

D'où l'urgence pour des anthropologues de pointer ces nouvelles problématiques de société⁴², et de rappeler pour finir d'autres données sociales auxquelles sont confrontées les soignés comme les soignants.

Si en matière de santé et de maladie, les données relatives aux habitudes culturelles et sociales au sein des groupes familiaux sont importantes, elles restent intimement liées aux conditions de vie, et notamment aux incidences du travail sur la santé (d'où des moyennes de vie inférieure aux moyen-

nes nationales parmi les catégories sociales « défavorisées »), à commencer dans les pays occidentaux.

Ainsi, Outre Atlantique, des politiques néolibérales entraînent la diminution des dépenses face aux charges collectives que sont la santé, l'éducation et la sécurité du revenu, et des effets déstabilisateurs sur certains groupes : malades mentaux, vieillards, femmes pauvres, catégories d'immigrants⁴³.

En France, les disparités devant la mort et les inégalités d'accès aux soins restent également importantes. Ainsi, l'accroissement brutal des dépenses des années 80 (intensification des soins coûteux, du nombre de consultations médicales) ne concerne qu'une très petite frange d'usagers (de 5 à 10 %). Autrement dit, ce sont les classes sociales les plus favorisées de la population qui bénéficient du système de santé⁴⁴.

De plus, la médicalisation de la société a entraîné également des effets paradoxaux, auxquels sont particulièrement confrontés les urgentistes et les généralistes : toute une partie de la population a totalement remis sa santé aux mains de la médecine, voire désappris à se prendre en charge de façon autonome.

Dernier paradoxe : suite à l'augmentation globale de l'espérance de vie, des professionnels (comme des proches) sont confrontés à au moins deux générations souffrant des conséquences du grand âge (sans références d'aide familiale, ni repères culturels puisque le phénomène est inédit) : multiplication des handicaps (vue, locomotion), des maladies chroniques et concomitantes, et des problèmes de santé mentale (dépression, épuisement, trouble de l'adaptation, relations de couples et filiales tendues). Or, en particulier « la folie n'est pas, à proprement parler, un domaine concernant le médecin généraliste, cependant il est confronté dans son exercice à ses diverses manifestations, davantage amené à réagir par instinct que par formation, et peu à peu par expérience sur le tas, plus que par réel apprentissage »⁴⁴.

À ceci s'ajoute enfin la prise en charge de certaines maladies (SIDA, hépatite, toxicomanie), complexifiant les décisions médicales, d'autant que certaines d'entre elles sont justement « sociales » (concentrées dans des zones suburbaines notamment chez les groupes d'origine culturelle différenciée), dimensions de la médecine également presque toujours marginalisées dans leurs formations initiales⁴⁶.

FRAGILISATIONS DE SOIGNÉS : QUELQUES MISES EN GARDE

Les formations initiales médicales ne permettent pas toujours aux soignants d'aborder la complexité des dimensions culturelles et sociales auxquelles ils peuvent être ensuite confrontés. Cependant, des approches purement culturelles des soins comprennent au moins deux risques : celui d'enfermer les « un tel » ou « les autres » dans une identité immuable (dans une culture uniforme qui les déterminerait totalement)⁴⁷, et celui de transformer des comportements qui relèvent d'abord de faits sociaux en distance culturelle (travers dans lequel sont tombés également bien des anthropologues). Or, on ne peut pas verser la totalité des attitudes humaines au seul crédit de la culture (de l'anthropologie ou de la sociologie), en oubliant que celle-ci n'existe qu'à travers des personnes qui la vivent⁴⁸. La relation intime à la maladie, à la douleur, ne met donc pas face à face une culture (ou un système thérapeutique) et un ensemble de lésions. Elle émerge plutôt d'une personne, dont l'histoire est unique, dans une situation douloureuse particulière, même si la connaissance de son origine de classe, de son appartenance culturelle, de sa confession, donne

des indications précieuses sur le style de son ressenti et de ses réactions, comme sur les réactions de ses proches.

Un des apports de l'anthropologie des soins est alors plutôt d'aider des professionnels à développer leurs aptitudes à l'écoute et à l'observation, c'est-à-dire à la prudence. Les traditions culturelles les plus enracinées se cristallisent sur les domaines en relation plus ou moins directe avec le corps (et la famille). Particulièrement lorsque les soins ont directement à voir avec les grands passages de l'existence (l'hospitalisation pour accoucher ou suite à un accident, une pathologie, la venue d'un professionnel chez soi, le passage en maison de retraite), les soins sont toujours des moments de fragilisation identitaire, voire une perte de repères fondamentaux pour les soignés⁴⁹. Autrement dit, certains font alors « de la résistance » à certains soins comme ils le peuvent, souvent de façon inconsciente : ils ont intégré certaines habitudes (parfois contradictoire avec celles des professionnels), ils sont travaillés par leurs maux, leurs capacités à se faire comprendre des soignants et à s'adapter sont parfois limitées, surtout s'ils éprouvent déjà des difficultés à s'exprimer et s'ils sont très âgés, et/ou dans des situations de précarité.

Disease, illness, sickness

Dans toutes les cultures, un triple espace permet aux anthropologues d'élaborer une théorie de la maladie : l'espace organique du corps (la maladie comme altération physique), l'espace psychologique de l'individu (la maladie comme expérience personnelle), et l'espace socioculturel (la maladie comme événement social). Dès lors, au même titre que des sociologues ou d'autres médiateurs, des anthropologues peuvent informer de conditions d'existence, d'habitudes, de références sociales et croyances culturelles dont sont porteurs certains⁵⁰ patients, dès lors que ces informations ne sont pas connues par des professionnels. Cependant, au sein de programmes de santé publique, ils sont souvent amenés à élargir les questions des responsables sanitaires et sociaux, afin de mieux prendre en compte cette triade de dimensions en interaction. Par exemple : la faible participation d'un groupe à une campagne de prévention est-elle seulement liée à des représentations et à des croyances particulières ? N'y a-t-il pas également des problèmes économiques sous-jacents ? Quel est le point de vue des populations dans l'analyse des problèmes rencontrés ? Quelles représentations ont les professionnels du groupe « cible » ? Ont-ils les moyens de communiquer sur des sujets complexes (comme la sexualité et la mort) ?

Autrement dit, l'approche anthropologique vise à se demander dans quelle mesure des dysfonctionnements ne sont pas également imputables à l'intervention des agents de santé.

Au même titre que les autres systèmes de soins, la (bio) médecine peut être étudiée par les experts en sciences humaines, car non seulement elle a une histoire, mais elle véhicule des représentations particulières de la maladie, du corps et du rôle du malade (et de ses proches) dont sont imprégnés à des degrés divers ses représentants.

De plus, toute relation thérapeutique peut être définie comme la rencontre d'au moins deux spécificités : celle du soigné, mais aussi celle des professionnels qui se succèdent à son chevet.

Dès lors, « un des paris de l'anthropologie médicale « chez soi » est de considérer le système biomédical (son discours et ses pratiques) comme n'importe quelle pratique sociale profane ou comme n'importe quel objet exotique »⁵¹. Cette orientation peut paraître saugrenue. Pourtant, il existe de nombreuses façons de se soigner, et de soigner : comme les soignés et leurs proches, les professionnels sont porteurs d'histoires, d'habitudes et de conceptions particulières des soins qui influencent leurs sensibilités et leurs rapports à la maladie, à l'alimentation, à la douleur, à la mort, etc.

QUELQUES MODÈLES MÉDICAUX : LE CAS DU « SYNDROME MÉDITERRANÉEN »

Quels que soient les lieux d'exercices et les spécialisations, des représentations communes, liées à des formations initiales identiques à l'hôpital, structurent les pratiques médicales. Centrées sur la pathologie et sur une dualité cartésienne corps/esprit, elles tendent à faire prévaloir des logiques de travail associées à des soins curatifs technicisés, et moins à un travail d'accompagnement (to care)⁵². Peu formés à d'autres habitudes et données socioculturelles en matière de soins, des soignants sont alors plutôt conduits à se positionner en tant qu'expert de la maladie, d'où leurs difficultés avec certains patients d'origine étrangère, mais plus globalement « de devoir traiter aussi la famille », c'est-à-dire à prendre en compte les liens entre les soignés et leurs environnements de vie (proches parents, domicile etc.).

Des recherches comparatives internationales montrent également l'existence de modèles culturels dominants du « bon » et du « mauvais » malade chez les soignants, particulièrement prononcés en milieux hospitaliers. En effet, comme dans d'autres institutions (scolaire, carcérale etc.), la persistance de la différence est peu admise à l'hôpital, voire très vite stigmatisée lorsque les directions ou les associations n'ont pas œuvré dans le sens d'une mise à plat des tensions et des incompréhensions engendrées (mise en place de

lieux de discussions, de relais ville-hôpital, de locaux adaptés etc.). Les ressentis, les émotions, les désirs d'hospitalisés ont alors souvent tendance à être interprétés hâtivement, ou à être mis de côté par des soignants, en particulier s'il s'agit de patients d'origine étrangère. À cet égard, le « *syndrome méditerranéen* » ou « syndrome Nord africain »⁵³, est pour les anthropologues une assez bonne illustration de la complexité des processus d'interactions entre soignants et soignés.

Ce syndrome décrit en effet des réactions somatiques et des malaises ressentis par certains soignés d'origine étrangère (remplacement d'un symptôme par un autre, plaintes multiples, maux diffus, volubilité anxieuse, état de prostration, sentiments de persécution, crise de nerfs, etc.). Il s'agit de réactions rapportées à leurs difficultés d'adaptation au système de soins hospitalier, et plus globalement à la complexité de leur situation de migrants. Ce syndrome est alors l'expression de la condition de l'immigré, dont le capital (santé et économique) est fondé sur la force de travail : la maladie, en anéantissant les dimensions de son « corps machine », brise aussi son statut et sa raison d'être dans le pays d'accueil. Le corps devient alors le support du langage, le trait d'union entre le système biomédical (où la dimension biologique importe) et le système culturel du patient.

Lié également à de possibles habitudes de soins différentes⁵⁴, « le syndrome méditerranéen » n'est pourtant pas un phénomène pathologique dont seraient porteurs de façon innée des patients d'origine étrangère ou latine. En effet, il regroupe généralement tous les éléments qui font apparaître les autres dans leurs aspects les plus choquants, au regard des formations, des habitudes, des attentes de professionnels⁵⁵. Plus précisément, ces perceptions négatives de la différence s'opposent trait pour trait à l'idéal du « bon malade », support d'investigations techniques médicales⁵⁶, et « discret », voire inconscients, particulièrement en France, où cette dernière notion sous tend à la fois intériorisation de la douleur, discrétion corporelle, et participation atténuée des proches aux soins (il faut plutôt « affronter » ses souffrances « courageusement » : sans se plaindre, et seul, au côté des l'équipes).

Aussi, par exemple, « les Maghrébins » sont-ils souvent jugés « trop bruyants », (donc « impolis »), en réaction à des normes de discrétion valorisées dans leur société, en milieu institutionnel. Le fait que cette gêne ressentie par les soignants dans les hôpitaux français n'apparaisse pas dans les pays méditerranéens comme l'Italie, l'Espagne ou au Maghreb montre qu'elle relève du champ culturel spécifique dans lequel ils évoluent. Autrement dit, le modèle du « bon malade » français discret pourrait être considéré comme un très « mauvais malade » dans d'autres pays (on pourrait même imaginer qu'il existât « un syndrome français » du point de vue de soignants maghrébins).

DES PATIENTS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE, À DES PATIENTS ÉTRANGERS AUX NORMES DES PROFESSIONNELS

La (bio) médecine véhicule des représentations, des pratiques et des discours médicaux dominants, souvent imposés aux patients en milieu institutionnel, et qui ne correspondent pas toujours à leurs références. Au-delà de cet exemple, ce sont donc tous les soignés « étrangers » aux normes culturelles implicites des professionnels (qui risquent de perturber le fonctionnement des services de soins, les logiques médicales) qui peuvent être l'objet de jugements négatifs. Ainsi, les écarts répétés par rapport aux comportements normaux et attendus dans la culture hospitalière (suivi des prescriptions médicales, des horaires de toilettes, des régimes alimentaires et des hiérarchies de statut implicites entre blouses blanches) sont souvent ressentis comme une menace, ou comme une volonté consciente de remettre en cause

la légitimité des savoirs et des façons de travailler des professionnels, particulièrement dans certains contextes de surcharge de travail.

Les figures de « mauvais patient » seraient alors des moyens par défaut permettant à des professionnels de reconstruire l'identité de malades dérangeants. Par effet de miroir, ces derniers révèlent des dimensions de la médecine généralement gommées ou tuées pendant les soins. Dans les pays occidentaux, les patients dérangeants sont ainsi souvent :

- celles et ceux qui empêchent les professionnels de conserver une distance émotionnelle (modèle médical classique des relations généralement acquises au cours des stages, et particulièrement affirmée dans les hôpitaux⁵⁷),

- et/ou de mobiliser des savoirs normalisés⁵⁸,

- celles et ceux qui font ressurgir leurs vies sociales pendant les soins, et/ou qui revendiquent souvent sinon des savoirs, au moins une autonomie remettant cette fois directement en cause la suprématie, l'universalité des savoirs professionnels.

Devenir un ignorant attentif aux autres, et plus encore à soi-même ?

Il est impossible de connaître en détail l'infinie variété des cultures, voire de gérer au quotidien la richesse des pratiques et la complexité des ressentis quand il s'agit des soins. L'idéal est plutôt d'être (ou de rester) conscient de ces variétés, et de la manière dont elles peuvent affecter les pratiques de santé et le rapport au corps de celui qui souffre, ou que la vie va quitter. Car ce qui pose problème, c'est lorsque le vécu du soigné (quelle que soit son origine) est mis entre parenthèse : ses expériences physiques et psychiques plus ou moins déplaisantes invalidantes et involontaires (douleur⁵⁹, handicap, solitude).

Dans les soins, de nombreux malentendus se cristallisent sur des domaines en relation avec le corps et les émotions (expressions de la douleur, conceptions du propre et du sale, du rôle des proches dans les soins, codifications de l'alimentation et du savoir-vivre différenciées⁶⁰). Les attitudes de certains patients peuvent parfois faire d'eux des « mauvais malades », dès lors qu'elles s'opposent à celles attendues « du bon malade ».

Dès lors, le rôle des anthropologues peut être de rappeler que :

- le sens des gestes, des mimiques et de réactions étrangères n'est jamais évident à interpréter *a priori*⁶¹,
- les modèles du « bon » ou du « mauvais » malade sont relatifs : ils sont des jugements fondés sur des normes qui sont loin d'être universelles,
- le « *syndrome méditerranéen* » est l'une des catégories permettant de penser de l'altérité, mais il tend justement à niveler la complexité des identités humaines (les différences individuelles, sociales et culturelles),
- Ce type de projections peut alors participer à aggraver l'état de santé de patients et la qualité des relations entre soignés et soignants (l'hospitalisation peut ainsi devenir pour les plus âgés des patients d'origine étrangère « une deuxième migration »).

Autrement dit, appliquer de façon trop rigide ses propres cadres classificatoires peut déboucher sur des erreurs d'interprétation et provoquer des souffrances inutiles. La démarche anthropologique, en procédant par de constants va et vient, vise dans ces cas à inviter les soignants à poser des regards introspectifs tant sur leurs habitudes que sur leurs catégorisations professionnelles.

SAVOIRS ET SOIGNANTS : DES OPPOSITIONS ENTRE CULTURE PROFANE ET SCIENTIFIQUE À NUANCER ⁶²

Chez les professionnels de la santé, les recherches en sciences sociales attestent l'existence de pratiques de défense à l'égard de certains patients (dont certaines catégorisations), de stratégies d'évitement de certaines tâches⁶³, et de discours non dénués de valeurs morales (particulièrement visibles dans les contenus des manuels de puériculture ou lors de consultations en pédiatrie⁶⁴), voire d'entreprises de normalisation sociale, et d'usages du mensonge⁶⁵. En effet, « *les soins indiquent non seulement une interaction entre deux personnes, mais des représentations de ce que sont ou doivent être les liens au sein d'une collectivité : parent-enfants, hommes-femmes, experts-profanes etc.* ». ⁶⁵ Autrement dit, les contenus concrets des face-à-face entre médecins et patients sont révélateurs de liens sociaux variés, sous tendus par des cadres moraux divers (systèmes de valeurs), mais aussi par des références symboliques (valeurs, représentations, systèmes de signes et de sens). Les études de terrain menées en France et Outre Atlantique confirment ainsi l'existence de très nombreuses connotations anthropologiques dans le travail, liées notamment aux risques perçus par les soignants : organes « bouc émissaires », conceptions du propre et sale antérieures à la découverte de la bactériologie chez des infirmières, imaginaires de l'immunité et de la contagion⁶⁶, notions « de destinée » ou « de rémission miraculeuses » ⁶⁷, rituels dans les salles d'opérations et autour du cadavre chez des médecins etc.⁶⁸

La variabilité de certains traitements médicaux et des types d'engagement de chaque praticien (type d'écoute, de contacts corporels, d'autonomie laissée aux patients et à leurs proches) traduit le caractère déterminant de sa spécialité, de son mode d'exercice et de sa situation dans le système de soin. Cependant, ces fluctuations attestent également de l'influence de combinaison de valeurs, tant professionnelles que personnelles⁶⁹. En effet, au même titre que les expériences de stages et/ou de remplacements marquants, l'environnement familial des soignants est l'occasion de socialisations⁷⁰, voire à l'origine d'expertises spécifiques. De plus, certaines orientations de soins évoluent au long des carrières de chaque soignant, le plus souvent dans la rencontre quotidienne avec les patients⁷¹.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE INDIVIDUALISATION DES FAÇONS DE SOIGNER PLUS VISIBLE

Entre « Art et Sciences », la médecine est associée à des connaissances théoriques et à des savoirs pratiques (elle est rarement uniquement l'application d'une science, mais un perpétuel dialogue entre

des savoirs scientifiques et des expériences humaines). À cet égard, les observations de consultations et de visites de médecins généralistes sont riches d'enseignements, voire de bonnes illustrations de ce qui se joue à des degrés divers dans les soins, côté professionnels.

Dans le système de santé, ces praticiens sont en effet en position d'interface. En relation avec diverses institutions (hôpitaux, maisons de retraites, Sécurité Sociale, laboratoires etc.), ils sont amenés quotidiennement à composer avec des spécialistes, les autres intervenants de la santé (dont en premier lieu les familles, notamment à domicile) et leurs « patientèles ».

Or, après des apprentissages purement hospitaliers, pour l'ensemble des soignants libéraux, les premières années d'exercice peuvent être particulièrement initiatiques. Ainsi, pour peu qu'ils soient citadins d'origine bourgeoise et installés à la campagne ou dans des banlieues suburbaines, ils découvrent « d'autres mondes », en particulier lors des visites à domicile : par exemple, des habitudes alimentaires « à risque », des milieux défavorisés « sans hygiène, sans aucune ressource », etc. De plus, les multiples aspects de l'autonomie de patients contribuent souvent à remettre en cause le monopole de leurs savoirs savants : non-observance (des ordonnances et prescriptions médicales), itinéraires thérapeutiques (consultations auprès de non experts : proches parents, secrétaires médicales, pharmaciens, aides à domicile, « rebouteux », etc.).

Souvent confrontés à une multiplicité de logiques soignantes, ils se doivent pourtant de rester au plus près de patients⁷². Or, dans le cadre d'exercice en cabinet privé, il est plus difficile aux généralistes de poser les limites d'une relation qui ne connaît pas les balises de l'institution hospitalière (regards permanents d'autres professionnels, règles formalisées etc.). De plus, en créant une relation individualisée avec des patients-clients, ces soignants sont plus directement confrontés aux dimensions sociales, aux paroles et aux désirs de ses derniers. Enfin, parce qu'ils sont particulièrement exposés quotidiennement à des maux personnifiés, et en contact avec des pathologies « hors normes » (du point de vue médical dominant), les généralistes sont alors conduits plus que d'autres praticiens à s'éloigner de normes médicales hospitalières, voire à développer des pratiques contradictoires avec les rhétoriques médicales de la rationalité scientifique⁷³ : « *le fonctionnement des généralistes est très informel, il n'y a pas de lignes de conduite. Il y a des médecins qui mettent la main à l'épaule, d'autres qui embrassent leurs patients, enfin le non verbal ne peut être l'objet d'études... Parce que c'est au-delà de la relation médecin-patient. Et si vous dites qu'ils ne sont pas neutres, — bon, c'est le cas -, mais il faut préserver le secret de la relation, c'est sacré... C'est étudier l'intimité dans la relation qui nous paraît très gênante* » (représentant du Conseil de l'Ordre).

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOIGNS

EXEMPLE DE PLURALISME MÉDICAL : EXTRAITS D'UNE MONOGRAPHIE (NOTES ETH- NOGRAPHIQUES)

« Les rencontres soignant-soignés sont le fruit d'ajustements multiples où des aspects parfois très intimes des protagonistes sont exposés, sans être tous compréhensibles, et c'est peut-être bien ainsi »⁷⁴.

En médecine générale (comme dans d'autres spécialités), sans s'immiscer dans l'intime, la diversité des prises en charge est assez logiquement repérable sur les registres alimentaires (régimes comportementaux), ne serait-ce parce qu'ils cristallisent universellement de multiples résonances sociales et culturelles : ce sont des pôles de ressource affectif et identitaire essentiels, donc rarement neutres.

Quelques entretiens enregistrés et retra- vaillés (présentation littéraire)

« Et les régimes protéinés ?

- Ça ne sert à rien : ça va te détraquer, et tu vas reprendre ensuite.

Même avec Valéria qui n'avait jamais eu besoin d'en faire, mieux valait ne pas aborder le sujet. Et lorsqu'il y avait vraiment de l'abus (des patientes abusées), le médecin jouait. D'abord, la généraliste vérifiait d'un air savant la courbe de poids, et la leur montrait :

- Tu es NORMALE, parfaitement normale !

Ensuite, avec les têtues, elle avait un moyen de dissuasion imparable :

- Bon, écoutes bien, disait-elle avec sa mine la plus consternée : à chaque repas, il faut des glucides et aussi des légumes (et forcément les belles convenaient qu'elles n'en mangeaient jamais, ou trop peu). Donc, il y'a quelque chose que tu ne fais pas bien, hein.

- Oui.

- Bon alors, tu vas noter tout, MAIS TOUT ce que tu manges sur une semaine complète, et on verra : ramènes juste ta petite liste COMPLÈTE.

- Alors je supprime quoi encore ? demandaient les femmes vraiment malades.

- Amènes moi ta liste déjà.

En cas d'ultimes tentatives de pourparlers (elles avaient vraiment pris des kilos cet été, il leur était impossible de manger des crudités), le piège se refermait tout à fait :

- Et écrit moi même ce que tu bois, hein !

- Pfff !

- Oui, je sais que ça prend du temps.

Et alors, la consultation commençait vraiment :

... Et arrêter de fumer, tu y as pensé ? (car alors, les réponses pleuvaient, toujours les mêmes imparables)

- Ah non ! Si j'arrête, je prends 4 kilos, et là, on

retourne à la dépression.

Le médecin riait, alors que c'était toujours triste (leurs mères étaient dépressives, elles n'avaient pas fait l'amour depuis des années, et cela faisait quatre ans que leur cardiologue voulait les voir). Puis elle s'arrêtait net. Le visage concentré et pénétré comme sur les meilleurs journalistes politiques de la BBC, mais avec en même temps cette propension à rougir derrière son bureau, et même à rire de son ignorance.

- ... Tu devrais peut-être aller le voir...

- J'ai peur !

- Il est gentil ! ».

Et, en fin de compte, grosses ou pas, les patientes de Valéria ne faisaient ni listes, ni régimes, ni rien parfois (Elles parlaient avec le médecin, et le plus surprenant, c'est qu'elles ne s'en portaient pas plus mal, parfois). Du moins, c'est ce que Valéria avait observé.

« Car les histoires de régimes alimentaires, c'est terrible, parce que la nourriture c'est impossible, en particulier pour les diabétiques : ce n'est pas uniquement de prendre un médicament, c'est de rentrer dans, enfin de s'impliquer dans le traitement, d'avoir cela dans la vie quotidienne, avec l'impression que tu es retiré du monde parce que tu ne peux pas manger un gâteau ou... Ça implique tant de choses ! ».

Après tout, les régimes, c'est un peu comme les histoires d'antibiotiques, — peut-être le plus révélateur chez les médecins pensa Aline⁷⁵.

Par exemple, lorsque la mère disait que sa fille ne mangeait pas bien le soir, Monsieur Paul vérifiait simplement si elle mangeait bien le matin. Puis, à défaut des solutions miracles, la consultation finissait toujours par prendre une allure assez personnelle :

« Et des soupes... maisons ?

- Tous les soirs ! ? s'exclamaient en chœur les familles ouvrières en face.

- ... Moi j'ai été élevé à la soupe, même en été.

- Et ça vous a réussi, admettaient les conjoints ébahis par la taille du médecin.

- Et vous n'avez pas été dégoûté ? » ajoutaient plus perfidement les cuisinières (insinuant que la soupe, il fallait la faire quand même).

Et M. Paul soupirait, car décidément les trois quarts du temps les patients riaient, et lui n'y comprenait rien :

« Et vous ? Vous en êtes où ? demandait-il au mari

- Alors lui, à l'inverse, il a diminué de moitié ! répondaient parfois les épouses.

- Ça alors ! C'est bien, félicitations ».

Mais alors le patient expliquait que c'était grâce au Calva, utilisé par son aïeul centenaire.

« Et puis dès fois, bizarrement, il y a des gens comme elle, qui veulent vraiment qu'on les aide,

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

qui veulent du sérieux et tout et tout.

- C'est-à-dire ? (lui demandait toujours Aline)
- Bin d'habitude, les gens ne veulent pas aller voir une diététicienne, alors on ne propose pas... Bon, c'est un truc qu'on pourrait faire... Mais ça demande du temps et de l'énergie... Et on peut pas tout faire quand même ».

Avec François, c'était beaucoup plus simple :

« Mon fils, il fait un blocage sur la viande, c'est... »

- Bin y'a qu'à lui donner autre chose, hein ! ».

Et c'était tout (simplement, en hiver, le médecin ajoutait : « et de toute façon, y'en a aucun qui mange en ce moment : ils sont tous cuits »).

Il n'était jamais d'accord avec les mamans :

« Mais non, attends poussin : il n'est pas chétif votre gamin : il est charpenté, hein : c'est de l'os et du muscle ! »

- C'est pas du gras ? Heu, y'a pas lieu de surveiller l'alimentation ?

- Y sera grand et costaud, comme son père ! »

En sortant de chez François, les pères de famille petits bruns ronds comme lui bombaient triomphalement le torse (et probablement qu'ils répétaient partout ensuite : — « et même que le médecin m'a dit que j'étais pas gros d'abord »).

Finalement, comme partout, les seules à se faire toujours coincer, c'étaient les mères maghrébines :

- « Ouais, vous dites que votre fille mange trop, mais je suis sûr que vous n'arrêtez pas de lui faire des trucs heu, des gâteaux marocains, tous ces machins... »

- Ah ouais...

- Bin arrêtez d'en faire, hein ! s'exclamait François

- Bin ouais, mais moi je mange pas.

- Vous faites des gâteaux au miel et au sucre là ? (elle riait et lui jurait et s'exclamait de plus belle)... Oh putain !... Coupez les vivres ! Coupez les vivres ! ... Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? (alors, il s'adressait au gamin)... T'as entendu, hein ? Il faut pas trop manger, hein... C'est pas qu'il faut pas trop manger, c'est qu'il faut arrêter ces conneries-là, qui...

- Oui, mais je sais (disait la mère)... Lui et ses sœurs grignotent beaucoup aussi.

- Et oui, il faut les empêcher, il faut arrêter toutes les sucreries qui sont vachement bonnes là ».

C'était valable pour « les prolos », conscience de classe oblige.

- « Ça sent la rose après... il faut dire que s'il y a des tripes, il en mangera, heu confiait l'épouse »

- Des tripes ! Qu'est-ce que vous allez manger des tripes, franchement... Y'a des gens qui mangent des tripes, ça existe ça ?

- Bin oui ! s'exclamait le mari

- Moi, je fais pas de tripes se dédouanait sa femme

- Pfff ! Y'a bien des gens qui bouffent de la tête de

veau, remarquez admettait le médecin.

- Même des gens bien, hein ajoutait le fautif provoquant les rires

- Le foie gras, c'est plus consensuel... Et vous mangez ça à la cantine à midi, et après vous arrivez à travailler encore ?

- Bin non, j'ai fini moi... Je fais la sieste, vous avez dit : il faut faire une sieste, je fais une sieste !

- Ah la la...

- Mais c'est pas bien bon pour le régime ? demandait quand même le mari

- Mais non, pas trop quoi !

- Faut bouger, alors je joue aux boules » ajoutait le patient, et tout le monde riait encore un bon coup (François en arrivait presque à pleurer de joie, parce que faire rire ses clients, c'était sa manière secrète de soigner à lui).

*

* *

Jean-Michel n'aimait ni trop rire avec ses patients, ni les joueurs de boules (mais il ne leur disait jamais directement). Il faut dire que ce généraliste était bel et bien à part : il s'attaquait de préférence aux jeunes filles un brin dodues qui venaient pour tout autre chose (un certificat sportif par exemple).

- « Bon... c'est un petit peu haut, hein, au niveau du poids.

- (La mère tout de suite) Il faut peut-être arrêter le Mac Donald... ?

- (La fille) ... C'est tatie qui nous emmène.

- (La mère) On y a va encore aujourd'hui parce que c'est le jour de ton anniversaire, puis on va arrêter.

- (Le médecin) Il faut y aller un petit peu moins, arriver à manger quand même plus équilibré avec beaucoup plus de légumes là, pas la priver, mais avec beaucoup plus de légumes là

- (La mère et la fille interloquées) -...

- (le médecin, un peu surpris) — Elle n'aime pas les légumes ? »

C'était souvent à ce moment-là que les mères, naïvement, se mettaient à expliquer qu'elles faisaient toujours des spaghettis le midi, et le soir de la Floraline bien épaisse avec du cervelas ou du gibier...

- « ... Non, là, là, il faut essayer de rééquilibrer tout ça quand même ! Savoir bien manger, c'est pas se priver : c'est manger équilibré, correctement, et donc il faut leur apprendre : c'est de l'éducation ça ! Il faut leur apprendre ! »

Il faut leur apprendre répétait comme un disque rayé le médecin, de plus en plus véhément. Prise par surprise et sans véritable défense, la partie adverse s'effondrait alors lamentablement.

Jean-Michel Lagrange en appelait à la conscience des mères, ce qui ne manquait jamais de les entraîner au désastre.

- « Mais ma fille, elle ne mange que des spaghet-

tis ma fille ! Tous les jours, il lui faut son assiette de pâte, on a renoncé, sinon... (car aussitôt le médecin abandonnait son ordinateur).

- Ah ! non non non, il ne faut pas... sinon quoi ?
- Sinon elle ne mange pas, elle fait la grève de la faim.
- Ah ouais ?... Oh ! ? Tu es si dure que ça toi ?
- (Silence de la fille extrêmement gênée à son tour).
- Elle nous dit qu'elle mange de la ratatouille chez les copains, mais à la maison, elle mange pas.
- Ouais, donc tu vois, tu es donc capable de manger autre chose. C'est juste pour embêter tes parents ça.
- (Silence de la fille presque sous la table)
- (Silence volontairement long du médecin)... Hein, depuis quand elle vous fait ça ?... Hein ! ? ».

La tension atteignait alors son paroxysme : Jean-Michel Lagrange regardait bien dans les yeux les femmes tantôt empourprées, tantôt livides, et d'un ton plus expressément moraliste, il leur proposait de nouvelles recettes (c'était en général très laborieux, car lui-même était terriblement gourmand et n'en connaissait qu'une : les lasagnes pleines de crème). Puis son devoir accompli, le médecin redevenait presque tendre...

- Et si tu y arrives pas, on se revoit dans quelques temps et on remesure et on repèse et on voit ce que ça donne... Hein, tu es d'accord ma grande... On fait ça, OK ? D'accord ? On va essayer.
- Il faut hein, on ne peut pas... la laissez comme ça ! lançait-il encore méchamment vers les mères.
- Ah bin ça !... ça va être dur... Merci au revoir » disaient-elles désespérées (les yeux partant de tous les côtés, comme si le ciel venaient de leur tomber sur la tête).

En général, les filles restaient muettes : elles ne se trouvaient pas si grosses que cela, — enrobées à la rigueur -, car dans le village on mangeait bien. « Peut-être parce qu'il n'a jamais eu de filles, disaient certains villageois.

- On ne parle plus que de l'obésité dans les Médias : c'est dans l'air du temps, ça et la cigarette ».

QUELQUES FIGURES DE GÉNÉRALISTES : HYPOTHÈSES

En médecine générale, des processus complexes, des résonances s'opèrent : les patients choisissent les médecins, la relation s'installe ou se brise d'emblée ; des médecins sont amenés à « cadrer » volontairement leurs clientèles à leur image pour éviter « l'usure » (d'autres n'y parviennent jamais, et se sentent au contraire « dépassés ») ; les mêmes avouent avoir été à titre personnel enrichi par certains d'entre eux, tandis que d'autres

encore se sentent fragilisés, « mis à nu ». Autrement dit, ces praticiens seraient particulièrement au cœur du lien social mais aussi de ses limites : des patients pourraient révéler en eux des intérêts, des peurs, des enthousiasmes, des rejets socioculturels plus ou moins conscients⁷⁶.

Outre Atlantique, des chercheurs ont plus simplement défini les relations médecins-patients comme des rencontres complexes et uniques, des désirs, des émotions et des besoins des soignés comme des soignants : d'où, compte-tenu également de l'étendue du champ des compétences en médecine (générale), des variations importantes des profils clientèles et des sous spécialisations (orientations de soins)⁷⁷.

À cet égard, les médecins (généralistes) seraient, tous comme les patients, porteurs à titre individuel de modèles étiologiques, de conceptions de la santé, et de la bonne distance avec les patients variés (modèles relationnels, façons de composer variées).

Pré analyses de consultations (extrait d'ethnographie⁷⁸) : Jean-Michel, François, Paul et les autres

Pour les tenants de la médecine psychosomatique, la maladie⁸⁰ devient un comportement du malade. En conséquence, l'un des enquêtés est conduit à traiter simultanément les facteurs psychiques et somatiques en intégrant les facteurs prédisposant, déclencheurs et concomitants, et en fonction de la personnalité propre du malade. Tout son travail est d'abord tourné vers un effort de rationalisation de la subjectivité de ce dernier pour lui faire jouer un rôle intégrateur et structurant de l'organisme (d'où son discours d'explicatif très imagé). Dans un deuxième temps, toutes les maladies étant d'une façon ou d'une autre psychosomatique l'enquêté travaille sur les sentiments les plus intimes de ses patients (problème de couples, éducation, décès, etc.). Sur la santé, contrairement aux autres médecins observés, ce médecin tient un discours médical très normatif (revendication scientifique par le contrôle normes, courbes, statistiques d'après des protocoles officiels, en multipliant prestations examens, radios, tests). Selon lui, la santé repose sur le respect des normes médicales. Sa représentation correspond à celle de la santé comme « santé-produit » (la santé est une valeur individuelle que l'on conserve rationnellement). Il est alors attentif au contrôle des paramètres biologiques et développe une éducation du patient au cours de ses consultations (diététique, arrêt du tabac, vaccinations, contrôles dentaires, etc.). Cependant, il s'engage aussi dans des processus sinon de culpabilisation (mise en cause directe du soigné dans l'explication de la maladie), au moins de mise en cause du comportement social de ses patients, toujours susceptibles de déviances (exem-

ple : prise de poids, saignements de nez d'enfants liés assez systématiquement à des problèmes de scolarité, donc d'éducation parentale). En fin d'entretien, il tente de convaincre de ses avis et traitements des patients, redevenus spectateurs, mais engagés à les respecter, tout en programmant les consultations à venir (suivis minutieux de ses patients au cours de colloques singuliers renouvelés). Autrement dit, ce médecin se sent investi d'un devoir d'éducation de ses patients (il s'assimile d'ailleurs au modèle « des officiers de santé »), tenus eux-mêmes à des devoirs individuels et/ou familiaux de santé en général (modèle « paternaliste »). Sa clientèle fournie est d'ailleurs composée de patients fidèles et dépendants à des médicaments et/ou à traitements spécialisés à renouveler : femmes dépressives, mais aussi de patients âgés souffrant de maladies chroniques (diabète, HTA) ou de polyopathologies, ce qui l'amène à faire de nombreuses visites. En conséquence de quoi, il tend à écarter de ses consultations les patients jeunes, et/ou les personnes ayant recours à des soins d'auto santé, à des circuits parallèles, ou encore qui mettent en avant la société comme origine de leurs souffrances.

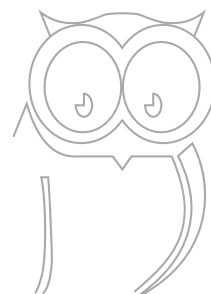
Le travail de son associé est fondé sur la disponibilité, mais aussi l'investissement émotionnel et corporel vis-à-vis de ses patients dans son cabinet (motivation vocationnelle décrite par son confrère qui cherche au contraire à établir une distance avec les patients). Dans un premier temps, ce médecin écoute pour chercher à vérifier, à croiser son savoir médical aux informations venant des spécialistes, et aux discours des patients (« ni tenu pour vrais ou faux *a priori* »). Ses consultations, centrées sur l'examen clinique, s'apparentent à une médecine omnipraticienne « variée et riche ». Sa double formation en médecine générale et aux urgences (où il intervient, ainsi qu'en maison médicale) lui permet en effet de couvrir presque tout le champ de la pathologie et des soins : électrocardiogrammes, petite chirurgie, soins aux nouveau-nés et aux parturientes, écoute de problèmes sociaux et affectifs etc. Sa pratique, à la fois fondée sur un réseau d'amis spécialistes et sur l'explication des gestes et des traitements à ses patients semble correspondre à celle d'une médecine de soins primaires où le médecin est un premier recours. Cependant, il se considère également comme un interlocuteur dans de nombreux domaines des soins : par exemple, il accompagne les patients comme leurs proches dans leurs démarches d'hospitalisation (s'appuyant au besoin sur la secrétaire du cabinet), et il suit de près les femmes en détresse (délaissées par leurs conjoints, en situation économique précaire) pour qui il a de la compassion. Sa clientèle est d'ailleurs essentiellement féminine, mais aussi composée de patients psychiatriques et de tous les autres patients dont son associé ne veut pas. Il n'a qu'une seule peur :

voir débarquer dans son cabinet « les gens compliqués » (dont nous n'avons vu aucun spécimen lors de notre stage).

Il est considéré comme « un bon médecin » par un troisième généraliste qui dénigre comme lui les pratiques médicales centrées sur le simple confort et la beauté (cure d'amaigrissement, soins esthétiques), et en particulier la surmédicalisation de certaines pathologies qu'il juge au contraire « naturelles ». Cependant, ce médecin condamne avec plus de véhémence le rôle grandissant des spécialistes, particulièrement sur des domaines sur lesquels il a développé une expertise. Selon lui, la santé est une capacité à fonctionner (« santé-instrument ») : il valorise la force de travail, la résistance personnelle aux éléments naturels (froid, humidité) et le mouvement, en insistant beaucoup auprès de ses patients de tout âge (et pour lui-même) sur l'exercice physique, et la pratique du sport. Sa pratique semble fondée sur des représentations de la tempérance et l'équilibre corporel (modèle endogène du « tempérament »). La clientèle réduite de ce médecin est d'ailleurs composée majoritairement d'une population peu consommatrice de soins, ou très critiques à l'égard des discours normatifs médicaux, et des jeunes sportifs.

Les pratiques médicales seraient donc indissociables des individus qui les réalisent. D'ailleurs, « *il y a les médecins qui se sentent mal dès qu'ils quittent le cabinet, des hyperactifs genre chirurgien, comme F. Alors qu'il a déjà frôlé le divorce... Moi aussi. Sauf que lui, il ne sait faire que cela. Et puis c'est un affectif, tout le contraire de moi : lui, il donne tout aux patients, c'est lié à son histoire familiale, et puis il a de grands besoins d'argent. Sa femme infirmière a quitté son métier pour l'aider* ».

Derrière ce simple témoignage, c'est toute la complexité des modèles professionnels et des parcours individuels qui se dessine. Analyser les motivations initiales, les choix de carrière, mais aussi les choix d'ordre privé et plus globalement les itinéraires de vie (identités plurielles, nourries par des affiliations à des groupes et à des réseaux divers, profils sociaux et psychologiques⁷⁹), tel pourrait être aussi le rôle de chercheurs, dans des professions où justement les limites personnelles et professionnelles sont souvent difficiles à poser (expliquant notamment des reconversions).



Des logiques de travail qui peuvent conduire à des épuisements professionnels

Les difficultés à poser des frontières franches entre vie privée et la vie professionnelle sont importantes en médecine générale comme dans les spécialités « vitales » (hospitalières), dans les régions peu médicalisées (difficultés à organiser des tours de gardes, à trouver des remplaçants), et particulièrement ressenties chez les femmes en raison de leurs rôles traditionnels familiaux. Cependant, les enquêtes révèlent l'incidence d'autres processus, bien connus en médecine, qui tendent *in fine* à augmenter leurs disponibilités horaires (qui peuvent donc être à la base d'usure, voire de démotivations : endurance professionnelle (habitudes de dépassement de soi, hyperactivité acquises dans les services comme interne), idéaux d'autonomie valorisant le fait « *d'assumer tout, et tout seul* », et « *effets drogue* » sont particulièrement manifestes en libéral (en clinique et en cabinet⁸⁰). Les médecins y éprouvent des difficultés à stopper (« *à lever le pied* ») ou à réduire un travail finalement toujours source de fortes compensations identitaires (« *se sentir utile* », voire « *indispensable* »), et cela souvent aux dépens des sphères privées (investissement familial⁸¹), surtout si le travail est l'unique centre d'intérêt social (profil masculin de médecins plutôt âgés).

En médecine générale, et sans parler des raisons de santé et/ou pécuniaires personnelles, on travaille généralement beaucoup : par obligation (on est seul, on débute), pour faire carrière (on développe des domaines de compétences choisies⁸²), mais aussi par éthique (refus d'« *abandonner* » des patients, « *devoir de soins* ») et/ou par peur (incapacités à dire non, pour éviter la faute professionnelle), soit encore en raison de compétitions entre praticiens (peurs de perdre des clients au bénéfice de concurrents), et des logiques de clientèle : « *Dans certains lieux d'exercice (hospitaliers), on facilite un peu le, euh, l'activité médicale en proposant des examens sous anesthésie parce que les gens le font volontiers — donc nous, on en pâtit parce qu'après les gens ont des exigences heu suite à des bouches à oreilles* » ; « *Il faut que les cabinets tournent aussi, qu'on attire les clients, qu'on aille dans le sens du poil, enfin...* », « *c'est difficile de résister aussi aux pressions des lobbies pharmaceutiques* ».

Dans ces sens, la multiplication d'actes, voire le développement d'une médecine « défensive » déjà amorcée par les pressions jurico-légales seraient les conséquences de processus complexes encore à étudier, dans la nuance : ils sont par exemple souvent liés à des (sous) spécialisations, c'est-à-dire également la conséquence d'investissement auprès de certains groupes (ex. clientèle consommatrice de soins), et/ou d'habitudes de prescriptions auprès de collaborateurs privilégiés (confrères spécialistes, mais aussi visiteurs médicaux)⁸³.

LES SOINS, VÉRITABLES BOUILLONS DE CULTURES

« *Le soignant doit surtout savoir qu'il sait infiniment peu de celui qu'il soigne, et tenir compte de cette limitation* » (médecin)⁸⁴

En anthropologie, « *les soins* » désignent avant tout une question, ou un ensemble de questions : ce que soigner peut signifier dans différents groupes ; en quoi la catégorie « *soins* » permet la comparaison entre diverses pratiques et diverses sociétés ». Or, dans le feu de l'action, les professionnels de la santé manquent souvent de recul sur la complexité de ce qui se joue dans leur travail quotidien. Ils peuvent alors être notamment conduits à appréhender globalement et souvent négativement des usagers⁸⁶.

Ces processus sont observés chez des soignants confrontés à des réalités pas ou peu abordées dans les formations initiales : contextes d'interculturalité, prises en charge du « *tout venant* », de patients et de familles souffrant de maux sociaux (cumul de difficultés économiques, grand âge, solitude, dépressions, troubles mentaux, addictions etc.). Cependant, ils sont plus importants chez celles et ceux, qui, peu informés du vécu des patients, sont perméables à des stéréotypes répandus dans la société, ou simplement entraînés dans des routines professionnelles et/ou entravés par des logiques institutionnelles parfois elles-mêmes violentes à leur égard⁸⁷.

Universellement, la différence dérange, car elle remet en cause des certitudes, peut susciter des chocs, voire des réactions de repli identitaire. Aider à en parler, à repenser la diversité des conduites humaines (les identités sociales et cul-

turelles, les attitudes contrastées face à la maladie, la naissance et la mort), mais surtout à ne pas sous-estimer les souffrances générées par des accompagnements trop standardisés, telles peuvent être des applications de l'anthropologie aux soins. En effet, la relation avec autrui répond universellement à des impératifs symboliques et sociaux intériorisés, qui façonnent une éthique des relations, et offrent des repères face au malheur et à la maladie.

Cette discipline invite alors à ne pas recourir aux « gros » concepts unifiant, et au dualisme sommaire, pour leur préférer une logique plurielle, une analyse multifocale. Ainsi, ce n'est pas parce qu'on associe la maladie à d'autres infortunes qu'on ne sait pas la reconnaître, ni parce que l'on est d'origine étrangère que l'on ne peut pas comprendre un discours « scientifique » médical. Et inversement, le fait d'être médecin (ou chercheur en sciences sociales) n'empêche pas des attitudes paradoxales, des peurs « exagérées », ou des conceptions « profanes » des soins⁸⁸.

Il existe de nombreuses façons de concevoir les bonnes manières de manger, de se laver, de (se) soigner, de se protéger de la maladie, de l'appréhender, d'exprimer la douleur, d'accompagner les patients : reconnaître ces spécificités, se familiariser à la diversité des ressentis et des points de vue, qu'ils émanent de soignés, de leurs proches ou de soignants, relève d'une approche anthropologique. Autrement dit, une initiation à cette discipline peut « rendre les soignants (et les bénévoles) davantage sensibles à l'héritage culturel de chaque patient et de son entourage, mais aussi à leur propre héritage »⁸⁹.

L'objectif n'est jamais de transformer les médecins en sociologues ou en anthropologues, à qui il faut souvent des dizaines d'années de terrain avant de commencer à prétendre saisir la signification profonde, la cohérence de groupes en nombre limités⁹⁰. Il s'agit plus sûrement de s'inspirer de leur démarche : se méfier de l'attitude universelle qui consiste à interpréter les faits et gestes des « autres » uniquement en fonction de ses propres normes sociales et culturelles (ethnocentrisme). Et accepter de jouer le jeu de miroir, car s'informer d'autres références, d'autres habitudes en matière de soins revient toujours à se confronter à ses propres composantes socioculturelles.

LES INTERACTIONS SOIGNANT-SOIGNÉ, DES RENCONTRES SOCIOCULTURELLES UNIQUES À RÉINTERROGER

Concrètement, des anthropologues peuvent aider les professionnels qui en éprouvent le besoin⁹¹ à interroger leurs propres réactions émotionnelles, au moins pour qu'ils puissent s'en distancier (un peu comme le font les anthropologues avec leurs carnets de terrain), et à décrypter leurs modèles et

idéaux professionnels en partant de cas concrets, de situations vécues par les soignants, et de questions très simples. Par exemple :

- Quels types de patients sont-ils amenés à soigner ? Quelles images en ont-ils, quelles différences perçoivent-ils chez des soignés qui ne « coopèrent pas », qu'est-ce qui les touchent, les heurtent (et pourquoi ?),
- Quelles sont les particularités du modèle de soins (bio) médical, très présent dans le monde, comparé à d'autres habitudes et systèmes de soins ? Quels sont les modèles dominants en médecine⁹² ? Quelles orientations donnent-ils à leurs pratiques ?
- Quelles sont leurs motivations et leurs parcours professionnels, leurs doléances ? Jusqu'où peuvent-ils adapter leurs soins aux différences qu'ils perçoivent chez des soignés ? À quels problèmes éthiques sont-ils confrontés (et pourquoi ?)
- Comment parviennent-ils à concilier vie professionnelle et vie privée ? etc.).

Cependant, le plus dur reste encore à faire : accepter de ne pas trouver de réponses à bien des questions (car pas plus que les médecins les chercheurs en sciences humaines n'ont de solutions miracles), et peut-être surtout le fait de ne jamais pouvoir tout maîtriser. Car « *en formation, l'important c'est de pouvoir comprendre pourquoi des gens ont des priorités différentes. Mais surtout d'accepter qu'il y a des choses qu'on ne comprendra pas : pas parce qu'ils sont en tord, mais parce que je ne les comprends pas. Une révolution en médecine...* » (médecin formateur).

Dans ce sens, les regards extérieurs sont souvent dérangeants, mais utiles pour pointer des spécificités, et faire des liens entre différents groupes parfois antagonistes, ou oubliés⁹³.

Ce sont alors d'autres questionnements (et débats) qu'il faudrait peut-être ouvrir, particulièrement chez les acteurs pivots que sont les médecins généralistes, les infirmières et les aidants à domicile⁹⁴. Il s'agirait, par exemple, d'analyser de façon plus systématique les conséquences dans les ressentis et dans les pratiques :

- des partages de territoires (géographiques et en terme de clientèles) plus ou moins prestigieux entre professionnels, car participant aux sentiments de non reconnaissance voire de déclassements⁹⁵ ;
- d'incapacités à « lever le pied », voire de tentatives à s'épuiser soi-même ;
- des idéologies salvatrices et omnipotentes qui baignent la société, mais auxquels finalement des professionnels de la santé participent (expliquant notamment des difficultés chez des médecins à annoncer des diagnostics graves, ou à accompagner à la mort⁹⁶).

Dès lors, outre les possibilités de travailler sur la façon dont chaque professionnel aborde, repère

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

des différences (qu'elles émanent de patients ou de confrères), si elles sont ou non stigmatisées (et pourquoi), de nouvelles pistes de travail seraient à construire ensemble: comment aider des médecins généralistes en particulier avant qu'ils ne tombent dans des situations de « *burn out* »? Comment malgré tout faire (re) connaître à certains praticiens le travail de psychologues, secrétaires⁹⁷, assistants et éducateurs sociaux, agents des services de soins et des chambres mortuaires, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc., sans oublier les proches des patients⁹⁸? Car, finalement, tous témoignent de l'enrichissement qui procure le fait de soigner, mais également de l'usure qu'entraîne parfois l'exposition quotidienne avec certains soignés et leurs proches, particulièrement lorsqu'on est conduit à s'engager en solitaire à leurs côtés. Interroger différemment les identités de professionnels de la santé, ce serait alors aider certains d'entre eux à reconnaître leurs limites individuelles et/ou les limites de la médecine (et inviter également à en parler aux usagers, seul moyen efficace pour lever des risques de conflits, voire de procès). Cependant, cela reviendrait *in fine* à poser une seule question de fond: quelle médecine voulons-nous pour demain? Comment reconsolider la médecine de proximité?

Aborder les dimensions sensibles et symboliques des soins impliquerait en effet d'aborder le politique, un bon sujet pour battre en brèche des tendances à parler davantage (voire uniquement) de la violence visible perçue dans les relations soignants/soignés (exigences, agressions, procès), et peu de violences plus souterraines, qui sont aussi à la base des comportements de soignés comme de soignants (manque de moyens pour faire ou recevoir des soins de qualités, isolement ou marginalisation social, etc.).

Autrement dit, il semble tout aussi important de poser de nouvelles bases de collaborations plus réfléchies entre médecins, entre les médecins et les autres acteurs non médicaux, que d'écouter ce que tous répètent depuis plus de 10 ans: les besoins de structures adaptées en psychiatrie et pour les personnes âgées, de formations indépendantes⁹⁹, de revalorisation du « petit personnel » (en particulier dans les maisons de retraite), l'urgence de véritables concertations pour rassurer de nombreux médecins généralistes et gériatres (sentiments d'abandon, manque de communication avec les pouvoirs publics, difficultés de prises de décisions solitaires et/ou de responsabilités diagnostiques¹⁰⁰), les nécessités vitales d'organiser des temps de pauses entre les équipes hospitalières etc.

Au risque de mettre des professionnels dans des conditions de travail telles qu'ils ne puissent plus « *poser un regard à l'ancienne, qui prend soin aussi* » (psychiatre).

Anne Vega

Chercheur anthropologue, Anne Vega travaille sur les métiers de la santé notamment en collaboration avec l'EHESS et la DREES. Elle a publié, entre autre, "Les logiques des réseaux informels en médecine générale : la nécessaire personnalisation des métiers du soin" (co-écrit avec M. Lustman), *Sociologie et santé* (à paraître en décembre 2007). "Etre cadre de santé et trouver sa place au sein du collectif soignant", in Sainsaulieu I. (dir), *Les cadres hospitaliers*, Lamarre, 2008 (à paraître).

Bibliographie

- Bianquis I., Le Breton D., et Méchin C., (dir), *Usages culturels du corps*, L'Harmattan, Paris, 1997
- Blais J., *Scènes de la vie ordinaire dans le 'cabinet théâtre' du médecin*, Paris, Ed. du médecin généraliste, 1996
- Castel R., « Les pièges de l'exclusion », *Revue internationale d'action communautaire*, vol.34, 1995 : 13-21
- Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, Paris, 1996
- Daneault S., et al, *Souffrance et médecine*, Presses de l'Université du Québec, 2006
- Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F, Paris, 1991
- Desclaux A., *Interprétation maternelles et médicales du risque de transmission mère-enfant du VIH et processus de décision en matière de procréation*, Rapport final, projet ANRS, 2001 : 336-337
- Durif-Bruckert C., *Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Métailié, Paris, 1990 (357 p)
- Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, ANAES (Faure, Humbert, Lustmann, Sarradon, Vega), ANAES, 2004
- Fainzang S., « Récents développements de l'anthropologie médicale », *Sciences Sociales et Santé*, vol 19, 2, 2001 : 5-27. Médecins-malades: information et mensonge, PUF, 2006.
- Fuentes C., *Christophe et son œuf*, Gallimard, Paris, 1990
- Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Paris, Éd. des Archives Contemporaines, 2001.
- Gagnon E., « L'avènement médical du sujet », *Sciences Sociales et Santé*, vol 16, 1, 1998 : 56-57.
- Good M., *Medicine, Rationality and experience*, Cambridge University Press, Boston, 1994.
- Kirmayer L., Benoist J., Cathebras P., 1993. « The body: from an immaterially to another », *Social Science and Medicine*, vol.36, 7, 1993 : 857-865
- Lévinas E., Interview. *Conversations with French philosophers*, Humanities Press, New Jersey, 1995
- Le Grand Sébille C., *Étude sur les représentations du SIDA* (Rapport final), I.M.T.N.F, août 1999. « Le syndrome méditerranéen et après », conférence donnée à l'hôpital

d'Avicenne, Paris, jeudi 21 avril 2005. *Pour une autre mémoire de la canicule*, Editions Vuibert, 2005

Lupton D., « Consumerism, reflexivity and medical encounter », *Social Science and medicine*, vol45, 3, 1998 : 373-381

Olivier de Sardan J-P., « La politique du terrain », *Enquête*, vol1, 1995 : 71-109

Peneff J., *La France malade de ses médecins, Les empêchés de penser en rond*, 2005

Retel-Laurentin, *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, L'Harmattan, Paris, 1987

Saillant F., Gagnon E., « Vers une anthropologie des soins ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol 23, 2, 1999 : 5-14

Schwartz O., « L'empirisme irréductible », in N. Anderson. *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993 : 265-305

Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital*, Editions Archives contemporaines, Paris, 2000. *Soignants-soignés, approche anthropologique des soins*, Editions DeBoeck-Université, Paris, 2001. Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? La Documentation Française, Ministère de la santé et des solidarités, Dossier solidarité et santé, Hors série 2007.

Notes

¹ Toutes les sociétés devaient évoluer à partir d'un unique modèle de civilisation (celui de l'anthropologue)

² Par exemple, celle des grands empires africains, un continent qui reste traditionnellement la terre de prédilection de l'anthropologie française (Michel Leiris, René Dumont, Marcel Griaule, Rouch, Marc Augé etc.)

³ Des conditions environnementales identiques peuvent entraîner des choix techniques et culturels divers au sein de sociétés qui sont toutes caractérisées par l'échange avec d'autres (guerres, migrations, commerce, alliances matrimoniales). D'où l'importance de ces objets de recherche en anthropologie et des concepts de syncrétisme et d'acculturation (processus de ré-interprétation, d'intégration et de mélanges de références entre les groupes et les cultures)

⁴ On peut lire sur ces sujets *Races et histoires* (petit livre de chevet très court et très efficace – au même titre que les travaux d'Albert Jacquart), le célèbre *Tristes tropiques*, mais aussi se plonger dans d'autres récits de voyages et d'enquêtes, y compris ceux de missionnaires parfois très en avance sur leur époque (Bartholomé de Las Casas par exemple)

⁵ Particulièrement les mythes, qui participent « aux lois structurales de l'esprit » parce qu'ils sont une manière de penser propre à tous les Hommes (Homme en lien avec son environnement)

⁶ Ainsi, en France l'étude de Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie dans le bocage normand

⁷ Le relativisme culturel consiste à considérer ses propres modèles comme des modèles parmi d'autres

⁸ Etude des formes variées « d'attention à l'autre » qui interviennent dans diverses pratiques thérapeutiques (Levinas, 1995)

⁹ Pour aller plus loin, lire les travaux de l'anthropologue

Françoise Héritier

¹⁰ Cuche, 1996 : autre ouvrage court, le seul peut-être à lire sur le concept de culture, car il aborde aussi les cultures immigrées, sources de nombreuses incompréhensions dans les soins

¹¹ Les deux disciplines ont d'ailleurs des ancêtres en commun, tels que Marcel Mauss (« fait social total ») ou Ervin Goffman (interactionnisme)

¹² Autrement dit, il s'agit de mettre à jour des représentations et des interprétations ordinaires, des pratiques usuelles et de comprendre leurs significations pour les sujets, sans forcément établir de systématisation formelle des conduites sociales, ou de typologies comme en sociologie

¹³ Les plus souvent après des enquêtes exploratoires, afin de choisir des groupes et des lieux « témoins » : susceptibles de cristalliser des enjeux majeurs et/ou des paradoxes (pour ceux qui s'intéressent aux méthodes d'enquête privilégiées notamment par les anthropologues, lire l'article très clair de Jean-Pierre Olivier De Sardan, 1995)

¹⁴ Déformation commune avec celle de médecins : les tentatives à s'approprier des sujets

¹⁵ Ce travail implique donc de la concentration pour mémoriser, se rappeler et retranscrire le plus précisément possible de « scènes » ou des discours dont on ne sait pas encore si ils sont pertinents pour la recherche

¹⁶ Particulièrement à l'étranger, dans des contextes politiques complexes, mais aussi lorsqu'il étudie des institutions dont les coulisses et les relations sociales sont peu accessibles pour les non initiés (Vega, 2000)

¹⁷ Olivier Schwartz (1993) fait une très bonne introduction à ce type d'enquêtes, finalement très particulières

¹⁸ Par exemple les notions de « basses besognes », mises à jour par les sociologues

¹⁹ Comme sur l'objectivité du chercheur, il existe des querelles d'écoles sur les niveaux de généralisation possible

²⁰ Thématiques développées dans Vega, 2001 (manuel à destination des soignants, qui comprend de nombreuses orientations bibliographiques), Le Grand Sébille, 2005 (conférence), et dans *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, paru récemment aux éditions Les Belles Lettres

²¹ Erny, 1997, p : 1

²² Les pratiques et les discours médicaux dominants et officiels

²³ Dans l'immense majorité des cas, les investigations cliniques et biochimiques sont négatives et ne révèlent pas d'insuffisance hépatique

²⁴ Cité par C. Le Grand-Sébille, 1999, p : 50. Lire aussi à ce sujet les travaux de Durif, 1990

²⁵ De la même manière, les comportements du psychopathe ou du dément varient selon les cultures (ce qui explique l'existence de cliniques spécialisées pour les migrants, suivis par des ethnopsychiatres)

²⁶ Daneault, 2006 : 114

²⁷ Ainsi, en France, les nouveaux recours médicaux précoces de familles populaires (sans atteindre cependant le niveau des classes moyennes et supérieures), et la transformation de patients âgés et très argentés « en gros consommateurs »

(Peneff, 2005)

²⁸ Pour un observateur non soignant, ce qui se raconte lors des visites ou dans les cabinets de médecine générale illustre donc assez bien les différentes strates sous jacentes des soins présentes également dans les sociétés dites « occidentales » : soignants et soignés peuvent évoquer l'efficacité ou l'utilité de régimes alimentaires, puis la fatigue ontologique des femmes, « les vieux de la vieille » raconter leurs guerres et leurs problèmes de prostate, et leurs petits-fils leurs dernières performances sportives

²⁹ Étude qualitative, 2004

³⁰ Les nomenclatures des spécialités médicales psychiatriques ne sont d'ailleurs pas identiques dans tous les pays

³¹ Dans la plupart des sociétés, il existe des rapports d'énergies entre l'Homme, des présences occultes ou invisibles et des lieux plus ou moins chargés de forces immanentes à entretenir et à recharger. L'état de santé des individus est donc souvent relié à leur situation face à une constellation de forces qui les rend *a priori* plus ou moins vulnérables à certaines influences (pour faire des liens, penser à l'astrologie par exemple)

³² La (bio) médecine est dans ce sens allopathique, puisque les traitements médicaux sont historiquement à visée sous-tractrice (saignée, chirurgie)

³³ Le primat du domaine causal (qui n'est pas celui de la bio-médecine) est répandu dans les médecines à transmission orale

³⁴ Pour aller plus loin : lire les contributions d'anthropologues comme François Laplantine, Raymond Massé, ou encore « le » Retel Laurentin (beaucoup d'exemples concrets, dans toutes les sociétés)

³⁵ *Idem*, lire à ce sujet les contributions de sociologues, dont celles de Claudine Herzlich, Jeanine Pierret.

³⁶ Au-delà de leurs variabilités, tous les systèmes thérapeutiques supposent en effet au minimum la reconnaissance d'un « autre fragilisé » (individu ou collectivité) et dont la situation mérite attention et action (Lévinas, *op. cit.*)

³⁷ Cependant les individus ont souvent des opinions très précises sur la nature, la fonction et les dangers des médicaments, transcendant leur simple action pharmacodynamique (sur ce sujet, lire les recherches de l'anthropologue Claudie Haxaire)

³⁸ Sur ce sujet, lire les travaux de l'anthropologue Françoise Loux

³⁹ Pour aller plus loin : lire les travaux des anthropologues Françoise Zonabend, Germaine Tillion et Mahamet Timéra (notamment)

⁴⁰ Le Grand Sébille, 2005 (introduction à l'anthropologie de la mort, et exemple du rôle de mémoire de certains travaux anthropologiques)

⁴¹ Lire à ce sujet les travaux de l'anthropologue Francine Saillant

⁴² Dont les difficultés de prise en charge de la mort par des professionnels, déjà difficilement assumée par l'ensemble de la société

⁴³ D'après les travaux de Kleinman, et Castel, 1995

⁴⁴ En France, 30 à 40 % de la population ne voit jamais un médecin, y compris à un âge avancé. La carte des installa-

tions libérales et hospitalières est superposable à la richesse moyenne par habitant : la consommation médicale se modè- le en intensité et en coût sur les autres consommations (d'après les travaux du sociologue Jean Peneff, *op. cit.*)

⁴⁵ Blais, 1996 : 99

⁴⁶ Au même titre que les violences conjugales, incestes, suicides (dramas individuels, mais ayant également des dimensions sociales complexes)

⁴⁷ Dans cette succincte présentation, peu de cas concrets (de soignés) sont abordés sciemment, afin de privilégier au contraire des raisonnements en terme de possibles

⁴⁸ Encore une fois, chacun d'entre nous s'approprie les données de sa culture ambiante et les rejoue selon son style personnel

⁴⁹ L'hôpital est une institution particulièrement hiérarchisée (multiplication des professionnels qui se succèdent au chevet des malades), dont le fonctionnement n'est pas toujours évident à comprendre

⁵⁰ Et toujours avec nuance : en effet, si les croyances participent à un système de références culturelles (imaginaire collectif), elles sont le plus souvent syncrétiques et réadaptées (il existe toujours des degrés d'adhésion très variables selon les individus)

⁵¹ Fainzang, 2001 : 8

⁵² Pour aller plus loin : Kirmayer L., Benoist J., Cathebras P., 1993

⁵³ Catégories souvent posées sur les ressortissants du Proche et du Moyen Orient en France, mais également *a priori* lorsqu'ils posent problème aux soignants

⁵⁴ Par exemple : « ils mangent les plats apportés par les familles malgré les régimes » ; « les familles veulent tout faire à notre place ». Ce sont également des signes de « douilletterie », de « simulation », de « faiblesse », voire « d'exigence » qui caractérisent pelle mêle les porteurs de ce syndrome (pour certains soignants)

⁵⁵ L'absence de signes biologiques, de lésions organiques ou de procédés thérapeutiques est donc souvent interprétée comme l'absence d'une « vraie urgence », « d'une vraie maladie » ou encore « d'une vraie douleur ».

⁵⁶ Les étudiants en médecine sont soumis au cours de leurs stages à de véritables initiations à la distanciation émotionnelle (Good, 1998) : un ouvrage à lire avant tous les autres sur la professionnalisation médicale.

⁵⁷ Ainsi, des malades dit « lourds » qui alourdissent la charge de travail par des demandes d'écoutes et/ou de soins de nursing, et/ou qui renvoient souvent les soignants aux limites de la médecine et à des tabous majeurs dans la société (perte d'une partie de la maîtrise des corps et/ou esprits, confrontations directes avec la souffrance et la mort).

⁵⁸ Qui ne se prouve pas, mais s'éprouve et dépersonnalise. Autrement dit, la douleur perturbe non seulement la relation de l'individu à son corps, mais elle contamine la totalité de son rapport aux autres (sur ce sujet, lire les travaux de David Le Breton).

⁵⁹ Codes de politesse et de l'honneur également variables selon les individus, les groupes, les époques.

⁶⁰ Sur le langage non verbal, qui échappe en grande partie au soigné comme au soignant, lire les petits ouvrages didactiques d'E. T Hall (par exemple : *La dimension cachée*, Seuil,

Paris, 1971).

⁶¹ Observations et entretiens de médecins généralistes menés dans le cadre d'études post doctorale (Fyssen et DRESS) depuis 2002

⁶² Sur ces processus : Deanault, Vega *op. cit.*, notamment

⁶³ Lire à ce sujet les contributions de l'anthropologue Suzanne Lallemand, et de la sociologue Françoise Bouchayer (notamment)

⁶⁴ Fainzang, 2006.

⁶⁵ Saillant et Gagnon, 1999 : 10

⁶⁶ Anciennes conceptions humorales, aéristes (Vega, 2000), auxquels sont souvent confrontées, par exemple les infirmières hygiénistes dans les contextes de lutte contre les maladies nosocomiales.

⁶⁷ Par exemple, des médecins préfèrent poursuivre des traitements curatifs « *parce que d'autres malades sont repartis sur leurs pieds* ».

⁶⁸ Sur ces sujets, lire notamment les contributions de l'anthropologue Marie Christine Pouchelle, ou (re) voir les films du réalisateur Lars Von Trier.

⁶⁹ Chez l'ensemble des professionnels libéraux, la diversité des rapports à la maladie est particulièrement visible au travers de leurs multiples pratiques d'hygiène (qui mériteraient à elles-seules un chapitre entier). Sur ces sujets, lire les contributions de l'anthropologue Mary Douglas, ou celles de l'historien Georges Vigarello

⁷⁰ Processus par lequel l'individu apprend, intériorise les valeurs, normes et codes de son environnement social et culturel, selon des processus en grande partie inconscients

⁷¹ La construction des savoirs soignants se réalise souvent en solitaire, directement dans le face à face avec les soignés et/leurs proches (parents)

⁷² « *On passe de la Faculté, où on voit beaucoup de confrères, des amis et après brusquement, on est isolé, on fait de la médecine du matin au soir : on perd un peu ses repères... On n'a plus le temps de discuter, donc on a deux solutions. Ou alors on se dit : je suis très fort, je suis le meilleur médecin du quartier, donc de toutes façons y'a aucun problème ; ou alors on commence à douter, on se dit : est-ce que j'ai pas fait une bêtise ? Mais on n'en parle pas de ça, parce qu'on n'a pas de contacts* » (médecin généraliste retraité)

⁷³ Amenés à pratiquer au quotidien « *une autre médecine* », s'écartant *in fine* de l'idéal d'objectivité (distanciation, neutralité à l'égard des patients) toujours enseigné à hôpital et prôné tant par l'Etat (par exemple par l'ANAES) que par le Conseil de l'Ordre (rhétoriques de la rationalité scientifique)

⁷⁴ Le Grand Sébille, *op. cit.*

⁷⁵ Qui joue ici le rôle de l'ethnologue

⁷⁶ Dans ce sens, des anthropologues s'intéressent en particulier aux limites de l'implication de soignants auprès de certains patients, tant à cause du caractère perturbateur de leurs comportements (hors des règles médicales, et/ou en décalage avec des normes sociales, culturelles dont les professionnels sont porteurs), qu'à cause de la gravité de leurs maux (et plus précisément de leurs impacts sur les professionnels)

⁷⁷ Lupton, 1998. Desclaux, 2001

⁷⁸ Amorces de réflexions et d'hypothèses qui n'engagent ici que l'auteur, mais permettent d'illustrer plus concrètement

les différentes étapes du travail (et les cheminements parfois tortueux) des anthropologues.

⁷⁹ Liés donc en grande partie à la socialisation primaire (histoire familiale, rang au sein des fratries, sexe, milieu social d'origine etc.), déjà étudiée notamment chez les infirmières

⁸⁰ En raison d'idéaux de « *débrouillardise* » voire de « *savoir face en solo* » motifs de fierté chez certains libéraux (médecins, mais aussi kinésithérapeutes, infirmières), mais aussi « *du contrat moral* » passé avec les clients, et de logiques financières

⁸¹ Comme en politique, la famille est souvent sacrifiée, d'où l'importance de l'endogamie professionnelle, des divorces, voire des regrets (être passé à coté de ses enfants)

⁸² Chez les salariés comme les libéraux, le développement des (sous) spécialisations officielles et/ou d'exercices secondaires est également à la source d'augmentation des temps de travail. Ils correspondent aux centres d'intérêts de chaque médecin, et/ou à l'histoire du prédécesseur ou du service, et/ou à des logiques financières.

⁸³ La multiplication d'enquêtes à leurs sujets serait importante, au même titre que des études sur les itinéraires des patients (acteurs clés passés généralement sous silence ou uniquement stigmatisés)

⁸⁴ Froment, 2001 : 100

⁸⁵ Saillant et Gagnon, 1999 : 5

⁸⁶ Discours paradoxaux sur « *les familles* », étiquetages globalisant (« *les gens* », les « *psy* », les « *syndrome méditerranéen* », etc.)

⁸⁷ Notamment des infirmières et aides soignantes hospitalières (Vega, *op. cit.*), particulièrement confrontées à des plaintes orales d'usagers, mais aussi à des logiques de travail diverses, voire divergentes, à des lourdeurs administratives, voire à enchaînements de dysfonctionnements institutionnels parfois chroniques (pénuries de personnels, matériel et architecture inadaptés)

⁸⁸ À cet égard, des études plus systématiques sur la façon dont les médecins français se soignent, et réagissent en milieu hospitalier seraient à mener (ne serait-ce parce qu'ils sont souvent considérés par les autres acteurs de la santé comme de « *mauvais malades* »)

⁸⁹ Catherine Le Grand Sébille, *op. cit.*

⁹⁰ Commencer à travailler sur des exemples français, puis européens peut aider des professionnels à appréhender ensuite avec plus de nuances des cas portant sur d'autres groupes culturels, voire à faire des passerelles, des liens (avant de pouvoir porter un regard critique sur des évolutions propres à chaque société, toujours composée de groupes sociaux divers)

⁹¹ La démarche anthropologique (constants aller-retours sur les autres et soi-même) peut être pénible, car elle oblige à prendre en compte la complexité des situations, à mieux connaître des données historiques et anthropologiques, voire à remettre en cause des images professionnelles rassurantes, alors qu'on en demande déjà beaucoup aux (équipes) soignant(e) s

⁹² Vega, 2007

⁹³ Par exemple, il existerait en France (comme probablement au Québec) « *une mémoire soignante* », c'est-à-dire des expériences des soins communes aux professionnels et aux

APPROCHE ANTHROPO-LOGIQUE DES SOIGNS

aidants exposés directement et/ou de façon répétitive à l'accompagnement de la mort et des souffrances de populations de plus en plus âgées et/ou vulnérables

⁹⁴ Des rencontres individualisées avec des chercheurs peuvent alors également aider ces professionnels sinon à évoquer de façon anonyme des peurs et/ou des limites individuelles, au moins à « vider leur sac », voir à atténuer des sentiments de solitude professionnelle

⁹⁵ Ne soigner que des patients peu médicalisables, voire des pathologies peu gratifiantes (« bobologie »), être exposé à des « cas limites », « litigieux », « inintéressants », exercer dans des lieux « peu attractifs », devoir gérer les patients des autres, voir venir à soi des clientèles non désirées, devoir se déplacer dans de mauvaises conditions de travail à domicile ou lors de gardes de nuit, etc.

⁹⁶ Encore un tabou en médecine, avec celui de l'hétérogénéité des salaires

⁹⁷ Qui jouent déjà un rôle fondamental d'écouter des

émotions et des doléances médicales

⁹⁸ En secteur libéral, les principales difficultés observées seraient d'accepter que les décisions ne relèvent ni des seuls soignants, ni des seuls soignés, mais aussi des familles, des aidants (la majorité des professionnels, surtout médicaux, découvrant sur le tard leur rôle et leur pouvoir central à tous les stades des soins)

⁹⁹ Notamment à la pharmacologie en médecine

¹⁰⁰ Dans les représentations médicales dominantes, l'exercice libéral s'oppose à l'exercice en institution, idéal d'échanges et de confort au travail : responsabilités indirectes et/ou partagées entre médecins, garanties de réassurance professionnelle (rester performant, et surtout se partager des décisions et des risques d'erreurs). Le CHU reste le modèle professionnel le plus prestigieux : berceau du savoir, des techniques de pointes, mais aussi des « émulations intellectuelles » entre experts exerçant une médecine « de spécialités d'organes ».



Le plaisir de comprendre
DRMG N°51
Juillet 1998

la lettre

de la médecine générale

documents de recherches en médecine générale

**Pour un Référentiel Métier du
Médecin Généraliste**

*Rénover l'Enseignement de la
Médecine Générale*

Édité en partenariat avec
le Collège de Basse Normandie
des Généralistes Enseignants

Société Française Médecine Générale
Société Savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Téi 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 07 82
<http://www.sfm.org>
O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.
représentant la France à la WONCA

Étant donné la forte demande, la SFMG a décidé de rééditer le *Document de Recherches en Médecine Générale N°51* "Référentiel Métier du Médecin Généraliste - Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale, Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants (Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandenbosche S).
Il est disponible sur demande auprès de la SFMG au coût de 15 euros (tel : 01 41 90 98 20 ou email : sfmg@sfmg.org)

documents de recherches en médecine générale n° 51 juillet 1998

BULLETIN D'ADHÉSION 2008 À LA SFMG

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Tél. : Fax : eMail :

Adhère à la SFMG en qualité de :

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Membre Titulaire* | soit 170 € |
| <input type="checkbox"/> Membre Associé | soit 70 € |
| <input type="checkbox"/> Étudiant** | soit 30 € |
| <input type="checkbox"/> Retraité | soit 70 € |
| <input type="checkbox"/> Membre correspondant*** | soit 70 € |

Le montant comprend l'adhésion et l'abonnement aux publications de la SFMG et de l'OMG

Joindre une photocopie de la carte professionnelle pour la première adhésion (sauf membre correspondant)

- Je joins un seul chèque de : . . . €, pour l'année en cours.
- J'autorise la SFMG à prélever le montant de ma cotisation annuelle et je remplis une autorisation de prélèvement****.

Date : / /

Signature (et cachet)

SFMG
141, avenue de Verdun — 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 01 41 90 98 20 — Fax : 01 41 90 07 82

* En 1993, l'Ordre National des Médecins a reconnu la mention « Membre Titulaire de la Société Française de Médecine Générale » comme une mention autorisée sur les ordonnances médicales, au titre de l'appartenance à une société savante. Si vous voulez devenir membre titulaire de la SFMG, contactez la SFMG ou rendez-vous sur son site.

** Joindre une photocopie de la carte d'étudiant de l'année en cours.

*** Les membres correspondant sont des personnes non médecin généraliste, dont l'adhésion est soumise à accord de la SFMG selon les statuts.

**** Un exemplaire d'autorisation de prélèvement peut être téléchargé sur le site internet de la SFMG, à l'adresse suivante : http://www.sfmg.org/liens_contacts/bulletin_adhesion2004.doc

Le Professeur Robert Nikolaus Braun est mort

Le Pr. R.N. Braun, pionnier de la Médecine Générale, est décédé à l'âge de 93 ans. La Société Française de Médecine Générale salue avec respect sa mémoire.

Dès 1957, il publiait ces premières réflexions sur la notion de Diagnostic: « Der gezielte Diagnostik in der Praxis Grundlagen und Krankheitshäufigkeit ». Mais, c'est son ouvrage paru en 1970 et traduit en 1979 sous les auspices de la SFMG, par Judith BLONKOWSKI avec la collaboration d'Oscar ROSOWSKI, Philippe JACOT et Jean de COULIBOEUF qui l'a fait connaître à la communauté médicale française: « Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale ». Édité chez PAYOT pour la deuxième fois, il a permis à plusieurs générations de praticiens de comprendre en quoi la médecine générale est bien une spécialité. Non, on n'est pas médecin généraliste parce qu'on est le médecin « de la famille »; non le généraliste n'est pas « un peu cardiologue, un peu gynécologue, un peu... ». Ce qui caractérise la spécialisation praticienne, c'est l'accomplissement d'une fonction particulière: l'appréciation et la prise en charge rapide des troubles de santé qui ne peuvent être « diagnostiqués » comme maladie.

Loin d'être le « gourou » vieillissant de la SFMG aux théories obsolètes, comme d'aucuns l'ont parfois présenté, il avait analysé, avec une lucidité de visionnaire ce qu'était la médecine générale: oui la médecine générale est éminemment dépendante du temps dont dispose le médecin; oui c'est à tort que le praticien agit comme s'il établissait des diagnostics clairs à chacune de ses consultations; oui il doit prendre rapidement ses décisions.

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation identifier l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute en effet la plus grande illusion collective qui ait jamais existé. Et pourtant, le praticien pourrait dire à son malade, comme le disait un autre pionnier de la médecine, le Pr. GRENIER: « *Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire* ».

Avoir parlé pour la première fois de la « Loi de répartition régulière des cas » peut apparaître comme une lapalissade: mais oui, comme l'orthopédiste, comme l'ORL, le médecin généraliste « voit » toujours la « même chose ». On le sait bien, mais encore fallait-il le démontrer. Tous les praticiens exerçant la médecine générale sous la même « latitude » doivent s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 résultats de consultation, pourvu qu'ils les désignent toujours de la même manière: c'est l'objet du Dictionnaire des Résultats de Consultation® en médecine générale (DRC), dans le droit fil de la Kasographie de Braun. Faudrait-il dire, alors, qu'il est inutile d'étudier le reste de la médecine (de beaux restes tout de même!). Non, bien sûr: le praticien devra connaître aussi les manifestations de la grossesse extra utérine, ou du glaucome aigu qu'il rencontrera rarement. Mais quel dommage que l'Université ne l'ait pas familiarisé avec les règles de la distribution des cas!

Une étape essentielle de la reconnaissance des travaux de Braun a été réalisée par le groupe IMAGE de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), quand les économistes de la santé ont compris au travers de la logique du PMSI et du management des risques en médecine que le Résultat de Consultation était un élément essentiel des stratégies de décisions en médecine. Il s'agit là du processus de régulation des soins secondaires et tertiaires par le champ des soins primaires à la fois au plan individuel et au plan collectif.

Que la disparition de R.N. Braun soit l'occasion pour nos collègues de se replonger dans la lecture de « Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale » (PAYOT ISBN 2-228-12330-7) serait sans doute le plus bel hommage que nous pourrions lui rendre. La SFMG ne manquera pas dans ces colonnes de publier à nouveau les travaux de celui qui, depuis bientôt trente ans a donné à son action le sens qu'il fallait.

Issy les Moulineaux le 14 novembre 2007



Société Française de Médecine Générale

Société Savante

141, avenue de Verdun — 92130 Issy Les Moulineaux

Tél.: 01 41 90 98 20 — Fax: 01 41 90 07 82

e-mail: sfmfg@sfmg.org • <http://www.sfmfg.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners