

Colloque international

Anthropologie et médecine : Confluences et confrontations dans les domaines de la formation, des soins et de la prévention

Organisé par AMADES (Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé), CReCSS (Université Paul Cézanne), SHADYC (EHESS Marseille)

En partenariat avec l'IFR-SHESSAM (Institut Fédératif de Recherche en Sciences Humaines, Économiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille), l'Université de la Méditerranée, l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement)

PROGRAMME

Les sciences sociales sont devenues indispensables au fonctionnement des institutions de soin et à la réalisation des diverses tâches des personnels soignants. Leur apport est, par exemple, essentiel pour comprendre les conduites ordinaires « produisant » la maladie (alimentation, sexualité, prise de risque...); analyser les parcours des patients, les liens qu'ils tissent avec leur maladie, leurs relations aux structures sanitaires et aux soignants; définir les dimensions d'une éthique pratique ou promouvoir des préventions.

Mais si l'on s'accorde sur ce constat, force est malheureusement de constater que l'usage concret et l'enseignement de ces disciplines « humaines » oscillent encore trop souvent entre un certain amateurisme éclairé et une distance critique ne prenant pas en compte les difficultés concrètes des activités de soins. Pour progresser il faut donc faire le point.

Les communications proposées permettront de dresser un premier bilan international des modes de formations aux sciences sociales des professionnels de santé. La démarche sera résolument empirique. Très concrètement, l'analyse de différentes expériences de formations (académiques, médiations, restitutions, participation à des programmes d'intervention sanitaire) permettra d'examiner comment les savoirs des sciences sociales peuvent – et doivent – s'articuler aux savoirs biomédicaux, de préciser leurs apports dans les pratiques de soins et de prévention, et globalement dans les politiques de santé publique.

Jeudi 25 octobre

8h30-9h15 : Accueil des participants

Session inaugurale

Amphi Maurice Toga

9h15 - 9h30 : *Jean Naudin* (Univ. de la Méditerranée, Marseille) Allocution d'accueil de la Faculté de Médecine

9h30 - 10h : *Yannick Jaffré* (CNRS/EHESS, Marseille) : « Anthropologie et médecine : les raisons d'un colloque »

Panorama comparatif des formations académiques

Amphi Maurice Toga

Perspectives historiques

Président : *Yannick Jaffré* (CNRS/EHESS, Marseille)

10h - 10h45 : *Christian Bonah* (Université Louis Pasteur, IUF, Strasbourg) : « Enseigner les SHS en médecine : Décrets, programmes et pratiques en France depuis la réforme des études de 1992-1993 »

10h45 - 11h (communication courte) : *Alain Epelboin* (CNRS, UMR5145, Paris) : « 1980-2007 : de la médecine tropicale aux soins palliatifs : des enseignements en anthropologie pour soi/pour l'autre »

11h - 11h30: Pause

Variations géographiques

Président : *Yannick Jaffré* (CNRS/EHESS, Marseille)

11h30 - 12h : *Tullio Seppilli* (Société Italienne d'Anthropologie Médicale, Perugia, Italie) : « L'impact de

l'anthropologie sur les disciplines médicales : un bilan de l'expérience italienne »

12h - 12h30 : *Josep M. Comelles* (Univ. Rovira et Virgili, Taragone, Espagne) et *Enrique Perdiguero* (Univ. Miguel Hernandez, Alicante, Espagne) « La formation médicale en Espagne et les sciences sociales : une histoire contradictoire »

12h30 - 13h : *Ilario Rossi* (Univ. de Lausanne, Suisse) : « "Sciences humaines en médecine" : vers une nouvelle culture professionnelle ? Réflexions depuis la Suisse. »

13h - 14h30 : Buffet

Variations géographiques

Président : *Sylvie Fainzang* (INSERM, Paris)

14h30 - 15h : *Doreen Montag* (Institut d'Anthropologie sociale et culturelle d'Oxford, Angleterre) : « Les enjeux de l'enseignement de l'anthropologie médicale aux professionnels de santé en Europe »

15h - 15h30 : *Mouctar Diallo* (Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée) : « Apport de la formation en anthropologie de la santé et changement des pratiques médicales (Guinée) »

15h30 - 16h : *Mohamed Mebtoul* (GRAS, Univ. d'Oran, Algérie) : « Former les médecins algériens au regard anthropologique »

16h - 16h30 : Présentation des posters

Modalités et enjeux des formations

Président : *Sylvie Fainzang* (INSERM, Paris)

16h30 - 17h : *Raymond Massé* (Univ. Laval, Québec, Canada) : « Anthropologie, culture et éthique dans le monde québécois de la formation en santé »

17h - 17h30 : *Carla Makhlouf Obermeyer* (OMS, Genève, Suisse) : « Peut-on définir les bases d'une formation en santé publique "socialement informée" ? »

17h30 - 17h45 (communication courte) : *Alice Desclaux* (CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille) : « *Trop proche ou trop éloigné ? Les défis de l'inscription des professionnels de santé dans les cursus universitaires en sciences sociales* »

19h - 20h30 : À l'occasion du colloque organisé par AMADES sera diffusé le film « *Ebola, c'est pas une maladie pour rire/Ebola : no laughing matter* »

F. Brunnequell, A. Epelboin et P. Formenty, 2007

Espace Éthique marseillais (Hôpital de la Timone-enfants)

Entrée libre

Vendredi 26 octobre

Contextes et pratiques

Amphi Maurice Toga

Président : *Raymond Massé* (Univ. Laval, Québec, Canada)

9h - 9h30 : *Pascal Cathebras* (Hôpital Nord, St Étienne) : « Un rôle pour les sciences sociales en Médecine : le recul épistémologique sur les catégories diagnostiques »

9h30 - 10h : *Marie-Christine Pouchelle* (CNRS IIAC/Centre d'Etudes transdisciplinaires Sociologie Anthropologie Histoire) : « Anthropologie au bloc opératoire : les infirmières, leurs cadres et les chirurgiens »

10h00 - 10h30 : *Eric Gagnon* (Centre de Santé et de services sociaux, Québec, Canada) : « L'anthropologie au risque de la médecine : leçons d'un enseignement »

10h30 - 11h : Pause

Session A : Anthropologie et médiations (Amphi Maurice Toga)

Président : *Sandrine Musso* (EHESS, Paris/ CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille)

11h - 11h30 : *Marie-Laure Cadart* (CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille) : « Réflexion critique à partir d'une expérience de formation continue dans le domaine de l'anthropologie de la petite enfance en direction des professionnels de PMI »

11h30 - 12h : *Marie Meley* (CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille) : « Anthropologie et soins infirmiers. Atouts et complexité d'une rencontre en formation initiale »

12h - 12h30 : *Maria Vivod* (UMR 7043 CNRS-UMB, Strasbourg) : « Expériences "limogiennes". Une expérience de formation continue des personnels de santé »

Session B : Anthropologie et médiations (Salle de thèse 1)

Président : *Juliette Sakoyan* (CReCSS, Université Paul Cézanne, d'Aix-Marseille)

11h - 11h30 : *Cyril Farnarier* (SHADYC/EHESS, Marseille) : « Quelle formation en sciences humaines pour les professionnels du secteur médico-social ? »

11h30 - 12h : *Laura Mascarella* (Dep. Sciences sociales et santé mentale, Univ. de VIC, Espagne) : « Expériences de formation anthropologique aux professionnels de la santé »

12h - 12h30 : *Christine Bellas Cabane* (CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille) : « La formation des professionnels de santé à la problématique de l'excision »

12h30 – 14h : Buffet

Session C : Anthropologie et systèmes de soins (Amphi Maurice Toga)

Président : *Janine Pierret* (CERMES, CNRS, Paris)

14h30 - 15h : *Aline Mercan* (CReCSS, Univ Paul Cézanne d'Aix-Marseille) et *Santé Sud* (ONG) : « Un exemple de transdisciplinarité sciences humaines- ONG sanitaires : le cas de Santé Sud »

15h - 15h30 : *Monique Van Dormael* (Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique) : « L'introduction des sciences sociales dans une expérience de formation continue des médecins de campagne au Mali »

15h30 -16h : Présentation des posters

Session C (suite)

16h - 16h30 : *Sylvain Faye et Jean-Louis Ndiaye* (Univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal) : « L'anthropologie et l'intervention sanitaire au Sénégal dans le cadre de la lutte antipaludique : analyse des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits »

16h30 - 17h : *Marie Meudec* (Univ. Laval, Québec, Canada) : « De quelques interactions réciproques entre sciences sociales et pratiques de soins reliées à l'Obeah à Ste-Lucie (Caraïbe). Une analyse anthropologique des moralités locales et des pratiques thérapeutiques et préventives 'traditionnelles' »

17h - 17h30 : *Mathieu Bujold* (Univ. Laval, Québec, Canada) : « Étude de cas d'une coopérative de soins de santé intégrés : contribution de l'anthropologie à l'articulation de différents savoirs individuels relatifs à la santé »

17h30 - 18h : *Maurice Yaogo* (GREFSaD, Univ Catholique d'Afrique de l'Ouest, Bobo Dioulasso, Burkina Fasso) : « Contextes et acteurs de la nouvelle santé publique dans les pays africains face aux besoins de formation et d'expertise en sciences sociales »

Session D : Anthropologie et Pratiques cliniques

Président : *Ilario Rossi* (Univ. de Lausanne)

Salle de Thèse 1

14h - 14h30 : *Frank Enjolras* (Institut Marcel Rivière, MGEN, CReCSS UPCAM) : « "Connaître les différences et soigner sans distinction" : Aspects et enjeux des formations sur la culture dans une unité de psychiatrie générale »

14h30 - 15h : *Stéphanie Larchanché* (Southern Methodist University, Dallas, et EHESS/IRIS, Paris) et *Carolyn Sargent* (Southern Methodist University, Dallas, USA) : « De l'usage de l'anthropologie dans le champ de la santé mentale en France »

15h - 15h30 : *Véronique Rey* (Univ. de Provence, IUFM, Aix-Marseille I) et *Sonia De Martino* (Hôpital Ste Marguerite, Marseille) : « Dysfonctionnements langagiers et bilan linguistique »

15h30 - 16h : Présentation des posters

Session D (suite) : Amphi 2

16h - 16h30 : *Véronique Regnier Denois* (Institut de cancérologie de la Loire, St Priest en Jarez) : « Intégration d'une approche sociologique dans la construction d'un programme d'éducation du patient en cancérologie »

16h30 - 17h : *Marie Bonnet* (SHADYC/EHESS, Marseille) : « Une anthropologue dans un service d'oncologie pédiatrique : Réception et transmission »

17h - 17h30 : *Marie-José Valderrama* (Univ. du Pays Basque UPV/EHU, San Sébastien, Espagne) : « Soins palliatifs et système officiel de santé »

17h30 - 18h : *Geneviève Imbert* (Dalhousie University, Halifax, Canada) : « Ré-immersion dans l'espace clinique et confrontation aux pratiques soignantes déviantes : De l'inacceptable à l'indignation. Maltraitance à personne âgée en institution : Regard d'anthropologue »

18h30 : Remise du prix de thèse AMADES 2006 à Emmanuelle Godeau

Pour sa thèse dont est issu l'ouvrage *L'«esprit de corps», Sexe et mort des internes en médecine*, publié aux Editions de la Maison des sciences de l'homme en octobre 2007

(Amphi Maurice Toga)

Samedi 27 Octobre

Articuler les savoirs (Amphi Maurice Toga)

Président : *Aline Sarradon* (CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille)

9h - 9h30 : *Alain Epelboin* (CNRS, UMR5145, Paris) : « En et hors crise : que reste-t-il après une formation en anthropologie auprès de soignants ? »

9h30 - 10h : *Laurence Pourchez* (CNRS, UMR5176, MHNH, Paris) : « Formation des sages-femmes et observation des conduites hospitalières à La Réunion : apports et risques de l'anthropologie »

10h - 10h30 : *Liliane Staffoni* et *Christine Pirinoli* (HECV, Lausanne, Suisse) : « Sciences sociales et formation des professionnels de la santé vaudois : entre curiosité et méfiance »

10h30 – 11h : Pause

11h - 11h30 : *Véronique Duchesne* (CEMAF, CNRS, Paris) et *Zahia Kessar* (EXPRESSION, Paris) : « De la formation sur la culture de l'autre à l'accompagnement de l'équipe soignante »

11h30 - 12h : *Géraldine Bloy* (Univ. De Bourgogne, LEG UMR CNRS 5118) et *Laurent Rigal* (Univ. Paris Descartes) : « (Se) Former aux méthodes qualitatives : modalités et enjeux d'une rencontre sociologue-médecins généralistes »

12h - 13 h : De l'accompli au nécessaire, comment progresser ?

Table Ronde avec *Sylvie Fainzang*, *Yannick Jaffré*, *Raymond Massé*, *Janine Pierret*, *Ilario Rossi*.

Posters

Séances de présentation : Jeudi 25 (16h-16h30) & Vendredi 26 (15h30-16h)

Marie-Claude Leneveu (CSRES/CEERE, Univ. Marc Bloch, Strasbourg) : « Les "Espace éthique" : un groupe primaire éphémère dans le temps et dans l'espace »

Paola Lavra (Univ. des Antilles et de la Guyanne) : « Les professionnels de santé face à l'univers symbolique de la naissance en Martinique »

Jean Faya et *Patricia Gaillard* (Epi Ethno Santé) : « Pour construire un espace thérapeutique efficace... Faut-il former ou collaborer »

Sandrine Musso (EHESS, Paris/ CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille) : « La formation des médiateurs de santé »

Aline Sarradon-Eck (CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille) et *Bruno Assemat* (MG-Form) : « L'anthropologie dans la formation continue des médecins généralistes »

RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS

Jeudi 25 octobre

9h15-10h Session inaugurale (Amphi Maurice Toga)

Jean Naudin, Médecin psychiatre (Hôpital Ste Marguerite), Professeur de médecine (Univ. de la Méditerranée, Marseille)

« *Allocution d'accueil de la Faculté de Médecine* »

Yannick Jaffré, Anthropologue (PhD), Directeur de recherche, CNRS UMR 6578 ; EHESS, Marseille :
« *Anthropologie et médecine : les raisons d'un colloque* »

Panorama comparatif des formations académiques

Amphi Maurice Toga

10h-11h : Perspectives historiques

Président : **Yannick Jaffré**, Anthropologue (PhD), Directeur de recherche, CNRS UMR 6578 ; EHESS, Marseille

Christian Bonah, Médecin, Historien (PhD), Professeur en histoire et épistémologie des sciences et des techniques, IRIST EA 3424, Université Louis Pasteur Strasbourg, Institut Universitaire de France)

« *Enseigner les SHS en médecine : Décrets, programmes et pratiques en France depuis la réforme des études de 1992-1993* »

L'enseignement obligatoire des sciences humaines et sociales (SHS) en première année de médecine a été introduit en France il y a 15 ans. Un bilan et un état des lieux pour l'ensemble d'une quarantaine de facultés de médecine implique ici une vue partielle, un certain degré de généralité et le risque d'une certaine subjectivité. Dans son cheminement cette contribution se penche d'abord sur les décrets, les programmes et sur un bilan des pratiques de l'enseignement obligatoire des SHS en médecine en PCEM 1. Il s'agit de souligner à la fois les acquis et les faiblesses de la situation actuelle en France. Toutefois il convient de remarquer que l'établissement d'un véritable bilan des enseignements de SHS en médecine obligatoires en première année nécessiterait un travail d'enquête sur le terrain. Un tel travail devrait décrire l'existant en matière d'enseignements de SHS, la perception et la réception de ces enseignements par les étudiants concernés, ainsi que les retombées à distance de ces enseignements, c'est-à-dire auprès des professionnels une fois qu'ils ont quitté les bancs de la faculté. À défaut d'un tel travail de sociologie, nous sommes réduits ici à proposer quelques éléments d'un bilan plus partiel et partial.

Dans un deuxième temps, il convient d'insister sur les rapports entre enseignement et recherche dans le domaine des SHS en médecine qui relèvent de ce que je nommerai *une ignorance courtoise*. Enfin, une troisième partie s'intéressera à la question de l'enseignement des SHS en médecine au-delà de la première année de médecine. Il sera évoqué brièvement une expérience pédagogique qui se déroule actuellement à la faculté de médecine de Strasbourg dans le cadre d'un enseignement optionnel intitulé « Cinéma, littérature et médecine ». L'enseignement cherche à établir avec les étudiants un atelier de *Medical Humanities* pour les années cliniques où il s'agit d'envisager la culture médicale au miroir du cinéma et de la littérature.

Alain Epelboin, Anthropologue (PhD), Chargé de recherche au CNRS, UMR5145, Paris

« *1980-2007 : de la médecine tropicale aux soins palliatifs : des enseignements en anthropologie pour soi/pour l'autre* »

11h – 11h30 : Pause

11h30 - 13h : Variations géographiques

Président : **Yannick Jaffré** Anthropologue (PhD), Directeur de recherche, CNRS UMR6578 ; EHESS, Marseille

Tullio Seppilli, Anthropologue (PhD), Directeur de la revue de la Société Italienne d'Anthropologie Médicale (AM), Perugia, Italie

« *L'impact de l'anthropologie sur les disciplines médicales : un bilan de l'expérience italienne* »

Josep M. Comelles, Médecin, Anthropologue (PhD), Professeur au Département d'Anthropologia, Filosofia i treball social, Univ. Rovira et Virgili, Tarragone, Espagne) **Enrique Perdiguero**, Historien (PhD), Professeur d'histoire des sciences, Departament Salut Publica, Univ. Miguel Hernandez, Alicante, Espagne

« *La formation médicale en Espagne et les sciences sociales : une histoire contradictoire* »

La présence des Sciences sociales dans la formation médicale en Espagne a des profils idiosyncratiques dérivés de la faiblesse de la position académique des sciences socio-sanitaires, et d'un ensemble de circonstances historiques qui ont assuré pendant un demi-siècle une présence modeste, mais significative, de l'histoire de la médecine aujourd'hui contestée. Notre communication vise à établir la situation actuelle et les problèmes de futur dérivés de la convergence européenne.

Ilario Rossi, Anthropologue (PhD), Professeur associé, Institut d'Anthropologie et de sociologie, Faculté des sciences politiques et sociales, Univ. de Lausanne, Suisse

« *«Sciences humaines en médecine» : vers une nouvelle culture professionnelle ? Réflexions depuis la Suisse.* »

Au cours de ces dernières années, la nécessité et la volonté de promouvoir des connaissances scientifiques mettant en évidence les relations entre les pratiques de santé, la production du savoir et les enjeux de la société civile, appellent à une valorisation progressive de la co-disciplinarité. Dans cette perspective, les réformes des politiques universitaires suisses tendent à étendre le catalogue des enseignements et des domaines de recherche qui contribuent à reconfigurer la relation entre sciences humaines, politiques, sociales et médecine. En témoigne la position de choix qu'occupent actuellement plusieurs projets développés au sein des Universités par plusieurs Facultés, ainsi qu'au sein des Hautes Ecoles Spécialisées de la santé et du social (HES2).

Plus spécifiquement, l'orientation de la formation médicale, aussi bien pré-graduée que post-graduée, permet, dans le cadre de projets pédagogiques ponctuels ou structurés, d'ouvrir la réflexion en faisant émerger un nouveau paradigme, celui des « sciences humaines en médecine ». Dans cette optique, les dimensions épistémologiques des rapports entre les sciences humaines, politiques et sociales et leurs terrains et objectifs respectifs d'étude, d'expertise ou d'intervention, soulignent que les apports de chaque discipline ne se situent pas dans un même rapport avec la problématique de la santé en général et de la médecine en particulier. On pourrait en effet distinguer quatre domaines selon que les sciences sociales et humaines participent de l'analyse des enjeux contemporains liés à la médecine et à la santé, de la gouvernance des systèmes de santé, de la clinique – c'est-à-dire qu'ils sont impliqués dans la relation thérapeutique sur le plan théorique et/ou pratique –, ou de la recherche en sciences de la vie. Cette pluralité de l'offre dans les sciences sociales et humaines légitime diverses formes de coopération et une multiplicité d'implications. L'anthropologie pour sa part contribue - par son épistémologie, sa posture et ses discours - nourrir à chacun de ces domaines.

On retrouve bien évidemment cette pluralité au sein de la médecine, où les diverses spécialisations – médecine de premier recours, médecine interne, chirurgie, psychiatrie, gynécologie, pédiatrie, gériatrie, soins palliatifs, médecine communautaire, etc. – relèvent chacune d'une construction spécifique de l'humain et de son environnement ainsi que des priorités de recherche et de formation qui en découlent. C'est généralement par la constitution d'un parcours pédagogique transversal et dirigé essentiellement par des médecins, que sont regroupés ces nouvelles formes de collaboration ; à titre d'exemple l'axe pédagogique « MICS » (Médecine, individu, communauté, société), où l'enseignement des sciences humaines a une portée ouvertement clinique et pratique.

Pourtant, entre l'offre et la demande, les interactions entre sciences médicales et sciences humaines et sociales ne sauraient pas faire l'économie d'une réflexion qui prenne en considération le contexte de leurs relations, compte tenu que la santé est un bien qui ne peut être défini que socialement, pour la simple raison qu'elle ne peut être produite, pour l'essentiel, que socialement. Dans ce sens, par l'enseignement, la valorisation d'une éducation du regard s'avère nécessaire pour contrebalancer la fuite en avant du monde de la santé et de la médecine, avec ses inégalités croissantes et l'instrumentalisation dont il est l'objet. Mais dans ce domaine, l'équilibre entre propos et savoirs reste encore à réaliser.

14h30 – 16h : Variations géographiques

Président : **Sylvie Fainzang**, Anthropologue (PhD), Directeur de recherche à l'INSERM, Membre du CERMES (Villejuif/Paris)

Doreen Montag, Anthropologue (Doctorante), Institut d'Anthropologie sociale et culturelle d'Oxford, Angleterre

« *Les enjeux de l'enseignement de l'anthropologie médicale aux professionnels de santé en Europe* »

Medical Anthropology is the fastest growing field in anthropology. Over the past three decades it has acquired great significance both as an academic and an applied discipline, particularly in North America, but also in Europe. This has led to the establishment of a specific degree in medical anthropology at some universities, and to a specialization within general anthropological teaching at others. Health professionals make a significant number of students in medical anthropological courses today. Some of the teaching is specifically designed for health professionals whereas other programmes are oriented to a public of students coming from different backgrounds. Teaching medical anthropology to health professionals poses new challenges for the anthropologist and to the student who is for the first time confronted with anthropological thinking. How anthropologists deal with this challenge across Europe and what we can learn from each other will be the main focus of this paper.

At present, little is known about the different strategies anthropologists have developed to teach medical

anthropology to health professionals. In addition, we know little about the experiences which led to the development of a wide variety of medical anthropological curricula. This knowledge is essential in order to develop exchange programs between the different European universities.

This paper examines the different medical anthropological curricula across Europe including anthropology courses in health sciences. Further, I will give an overview of the degrees in medical anthropology for health professionals and analyse the differences between local courses in Europe. Additionally, I will present data on ongoing teaching for health professionals and explore specific needs for improvement in this area.

Mouctar Diallo, Médecin (Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée), anthropologue (DEA)

« *Apport de la formation en anthropologie de la santé et changement des pratiques médicales (Guinée)* »

Soigner, informer, éduquer le malade dans la confidentialité, le strict respect de sa personnalité, et de son intimité, telle est la mission première du médecin. Au cours de la formation médicale, toutes les écoles de médecine assurent aux futurs médecins une formation en déontologie médicale dans le but de leur faire connaître leurs devoirs, mais aussi leurs responsabilités vis-à-vis des malades. Si cette noble vision des responsables de la formation des médecins est admirable, le comportement des médecins une fois sur le marché du travail est largement en décalage par rapport aux normes et aux attentes des patients tout au moins en Afrique.

Le reproche souvent exprimé par les malades « on ne nous regarde même pas » symbolise bien ce sentiment d'humiliation éprouvé par beaucoup. Pour des patients ordinaires, l'univers médical moderne est traumatisant non seulement à cause de la maladie, mais aussi en raison de l'attitude indifférente ou arrogante des personnels de santé (sinon tous, du moins beaucoup). On voit là que la dimension de « l'accueil », souvent mise en avant parmi les réformes nécessaires, va en fait beaucoup plus loin que la simple mise en place d'un bureau d'information à l'entrée de la formation sanitaire, et débouche sur l'ensemble de la relation entre personnels et usagers ». (Y. Jaffré, 2003 : 54,55).

Face à ce déficit de dialogue entre soignants et soignés et aux différents manquements des codes moral et de l'éthique déontologique, les autorités d'une manière générale depuis une trentaine d'années y ont fait face par la mise en œuvre de réformes et de propositions qui se sont multipliées en vue d'améliorer les systèmes de santé, sans y parvenir réellement. Dans ces conditions la formation des médecins en anthropologie de la santé reste une alternative crédible pour espérer un changement de comportement et une amélioration des relations entre soignants et soignés.

De manière plus spécifique en Guinée (Conakry), les choses semblent bouger au niveau des praticiens et des autorités, depuis qu'une trentaine de médecins ont bénéficié en novembre 2002 d'une formation en anthropologie pratique de la santé dispensée par une équipe de formateurs de l'EHESS de Marseille. Durant la formation les participants ont manifesté un intérêt particulier par leur assiduité et un engouement très fort pour l'anthropologie de la santé qui du reste il faut le dire est une discipline nouvelle dans l'environnement sanitaire Guinéen.

L'impact de cette formation est perceptible à deux niveaux :

- 1) Au niveau des autorités du Ministère de la santé et de la faculté de médecine qui ont décidé d'introduire l'enseignement de cette discipline dans les curricula de formation des étudiants de la faculté de médecine. Pour montrer encore l'implication et la motivation des autorités, un mémoire de fin d'études supérieures appliqué à l'anthropologie a été soutenu par un étudiant, tandis qu'un médecin a eu le privilège de suivre une formation en vue de l'obtention du master en anthropologie de la santé à l'EHESS de Marseille.
- 2) Au niveau des participants de l'atelier, une petite enquête a permis de constater que la plupart des praticiens accueillent désormais les malades comme des personnes à part entière dans le respect et la considération qu'on leur doit. Cette attitude est importante pour construire une relation de confiance avec les malades.
 - Par ailleurs, les malades bénéficient au constat que nous avons fait, une plus grande écoute et une compréhension vis à vis de leurs problèmes, et même un accompagnement moral et parfois financier.
 - Les conditions de la pratique de l'examen ont fondamentalement changé dans le sens du respect de la dignité, de l'intimité, et de la pudeur du malade.
 - La dimension sociale de la maladie, ainsi que de l'environnement culturel du malade au de là de la santé et de la maladie sont également pris en compte par les praticiens.
 - Enfin de plus en plus les praticiens essayent de se mettre à la place des malades en développant une relation **d'empathie**.

Si ces changements remarquables sont entrain de se produire et probablement de s'étendre, il ne reste pas moins que des efforts doivent être faits pour diminuer les racketts, la sur tarification des actes et autres formes de « cadeaux » ou de vente de médicaments au préjudice des malades.

Conclusion : Face aux différents échecs des réformes des systèmes de santé en Afrique, il est aujourd'hui apparu que la seule alternative possible, est le recours aux possibilités offertes par Les sciences sociales pour amener à un changement de comportement durable dans leur pratique quotidienne, des médecins et autres personnels de santé en Afrique.

Mohamed Mebtoul, Socio-anthropologue (PhD), Directeur du laboratoire en anthropologie de la santé (GRAS, Univ. d'Oran, Algérie)

« *Former les médecins algériens au regard anthropologique* »

L'objectif de la communication est d'objectiver une expérience de formation continue destinée aux médecins algériens qui exercent dans les différentes structures de soins (hôpitaux, structures « périphériques », cabinets

privés). Cette formation diplômante et reconnue par l'université (diplôme de post-graduation spécialisée) dure deux années. Elle est sanctionnée par un mémoire. Elle a pris corps à partir de notre pratique de recherche auprès des malades et des professionnels de santé, menée depuis 1991 au sein du Groupe de recherche en anthropologie de la santé. Il nous semble donc possible de décrire et d'analyser la façon dont s'est construit la rencontre pédagogique et scientifique entre médecins et chercheurs en sciences sociales.

L'enjeu de la formation est centré sur une *reconversion* du regard des médecins confrontés à des situations sociosanitaire complexes et diversifiées qu'ils ne pouvaient pas appréhender uniquement à partir du savoir médical. Le souci n'était pas tant d'inculquer de façon docte et académique des connaissances socioanthropologiques, mais de partir de nos enquêtes de terrain pour tenter de montrer que la maladie, la médecine, les médicaments peuvent être l'objet de multiples captations par différents acteurs sociaux mettant en œuvre des logiques souvent sous-estimées ou ignorées dans les pratiques professionnelles des médecins. La formation en anthropologie de la santé s'inscrit donc dans le registre de la déconstruction. Le médecin se rend compte, en travaillant dans une optique de l'altérité, que le corps est pluriel, que l'alimentation est aussi une pratique sociale et pas uniquement d'ordre diététique, etc.

L'élargissement du regard du médecin sur la réalité sociosanitaire est important pour comprendre qu'à l'issue de la formation, ils sont conduits eux-mêmes à opérer des remises en question de leurs représentations antérieures à l'égard du corps, de la pathologie, de la famille, de la médecine, du système de soins en prenant en compte la prégnance des influences sociales, des rapports sociaux et des contraintes spécifiques de chaque catégorie d'acteur social.

1

6h30 – 17h45 : Modalités et enjeux des formations

Président : **Sylvie Fainzang**, Anthropologue (PhD), Directeur de recherche à l'INSERM, Membre du CERMES (Villejuif/Paris)

Raymond Massé, Anthropologue (PhD), Professeur, Département d'Anthropologie, Univ. Laval (Québec, Canada)

« Anthropologie, culture et éthique dans le monde québécois de la formation en santé »

Le Canada et le Québec en particulier ont joué un rôle majeur dans le développement de l'anthropologie de la santé comme champ de recherche. Les contributions des chercheurs des Universités francophones et anglophones du Québec ont été majeures tant au plan du développement des enquêtes empiriques que des outils théoriques et conceptuels de cette nouvelle discipline en émergence dans les années 1970. Plusieurs programmes de recherche ont démontré, par la pratique, les multiples lieux de complémentarités entre les dimensions socioculturelles et médicales de la santé, en particulier dans le domaine de l'épidémiologie socioculturelle de la santé mentale. Encore aujourd'hui, l'anthropologie médicale continue à se développer comme champ de formation dans les départements d'anthropologie au Québec.

Toutefois, en dépit des images positives projetées par l'anthropologie de la santé canadienne en Europe, force est de constater que la formation anthropologique n'a pas vraiment été intégrée à la formation médicale au Québec, ni au Canada. Il n'existe pas, à toute fin pratique, de programmes formels, structurés de formation aux perspectives anthropologiques ni dans les facultés de médecine ou de sciences infirmières, en dehors de quelques heures de formation éparses et généralement facultatives. La situation contraste avec la formation à l'éthique qui, elle s'est imposée comme obligatoire dans l'ensemble des facultés de médecine et de sciences infirmières au Québec. La formation anthropologique n'a que peu pénétré la formation des médecins cliniciens.

L'influence est par contre importante dans le champ de la santé publique et de la recherche épidémiologique. Elle s'exprime toutefois largement en dehors des cadres de la formation médicale. Elle s'est concrétisée par la pratique de l'anthropologie médicale par des anthropologues dans le cadre d'institutions de gestion du système de santé (Agences de la santé et des services sociaux), de santé publique (Directions de santé publique, CLSC), cadres institutionnels ouverts à la multidisciplinarité et aux contributions des sciences sociales en général. Bref, le Québec se caractérise plus par un désenclavement de la pratique de l'anthropologie médicale, en dehors de la discipline et des seuls départements d'anthropologie, et par la collaboration directe sur le terrain de la pratique avec les institutions publiques. Les acteurs de santé publique ont été ouverts à intégrer des anthropologues dans les équipes multidisciplinaires. Mais les facultés de médecine et de sciences infirmières sont demeurées plutôt fermées. Bref, les contributions de l'anthropologie à la formation médicale au Québec se situent donc moins au niveau de programme formalisés de formation des cliniciens, qu'à travers une anthropologie appliquée rendue possible par l'intégration de plusieurs anthropologues dans des milieux de recherche et de planification sanitaire.

Carla Makhoul Obermeyer, Chercheur (PhD) au Département VIH, Organisation Mondiale de la Santé (Genève, Suisse), Professeur associé à l'École de Santé Publique d'Harvard (USA)

« Peut-on définir les bases d'une formation en santé publique "socialement informée" ? »

Parmi les professionnels dont le travail se situe à l'intersection de la santé publique et de l'anthropologie médicale, rares sont ceux qui ont bénéficié d'une formation qui aurait transmis efficacement l'essentiel du savoir et des techniques des deux domaines. La plupart arrivent à la synthèse souhaitée par le biais d'une double

formation, onéreuse en temps et ressources, en médecine/ santé publique, et en anthropologie/ sciences sociales, et ils doivent constamment répondre aux multiples défis de leurs disciplines respectives et jouer le rôle de traducteur entre des points de vue souvent incompatibles.

Et pourtant, il devrait être possible de définir l'essentiel de ce qui constituerait ce double regard compréhensif sur les idées et comportements ayant trait à la santé, ainsi que les méthodes et procédés qui définissent ce métier hybride. Quels sont les éléments nécessaires pour promouvoir une médecine clinique sensible au contexte culturel et une santé publique qui tienne vraiment compte des réalités sociales et comportementales? Inversement, l'anthropologie médicale peut-elle contribuer à l'amélioration de la prise en charge, et aux débats sur les politiques, autrement que de par le rôle qui lui est d'habitude dévolu, celui d'expliquer *ex post facto* pourquoi les programmes ne marchent pas, ou d'interpréter les raisons pour lesquelles les "autres" ne se comportent pas comme on s'y attendait?

Plutôt que de revenir sur les obstacles et les difficultés rencontrées aux cours des tentatives d'intégration des sciences sociales et médicales, la présentation propose de définir les théories essentielles qui peuvent inspirer une approche intégrée des phénomènes de santé, ainsi que les techniques quantitatives et qualitatives indispensables à la pratique, qu'elle soit clinique ou de recherche. Elle s'appuie pour cela sur l'expérience de l'enseignement universitaire de la santé publique ainsi que sur les efforts pour inclure la dimension sociale et comportementale dans les efforts pour traiter et prévenir les infections à VIH.

Alice Desclaux, Anthropologue (PhD), Professeur d'anthropologie CReCSS/ Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille

« Trop proche ou trop éloigné ? Les défis de l'inscription des professionnels de santé dans les cursus universitaires en sciences sociales »

L'expérience quotidienne des difficultés et des succès rencontrés par les étudiants issus des sciences biomédicales (médecine, pharmacie, soins infirmiers, santé publique principalement) dans un cursus d'anthropologie (formation en master recherche d'anthropologie bioculturelle et en doctorat d'anthropologie) éclaire des questions de portée plus générale sur la dynamique des savoirs, à l'une des nombreuses interfaces entre médecine et sciences sociales.

L'ambition de ce cursus est de permettre aux étudiants d'acquérir non seulement des connaissances pour apporter un supplément de sens ou une dimension réflexive à leur pratique initiale ou accroître sa pertinence, mais également la capacité de mener des recherches en anthropologie bioculturelle, voire en anthropologie sociale et culturelle, ou des recherches pluridisciplinaires avec des collaborateurs anthropologues. Dès lors, se posent un certain nombre de questions autour de la mise en cohérence des modalités pédagogiques, des formats contraints des enseignements universitaires, et d'objectifs tels que l'ouverture à une approche épistémologique radicalement différente de celle qui « va de soi » pour les sciences biomédicales, ou la distanciation par rapport à une conception trop directement utilitariste de la production scientifique. Une autre question a trait à la définition des « acquis » indispensables à une formation en anthropologie abordée à partir de l'anthropologie médicale, à concevoir soit en termes de références théoriques et de connaissances relatives à des champs thématiques, soit en termes de posture et de « mode de pensée ». Un autre défi est relatif à la capacité de valoriser, au cours de ces cursus, une connaissance du social que nombre de ces étudiants ont acquise par une expérience intime et approfondie auprès d'une population particulière, marquée par le prisme du rôle de thérapeute alors endossé.

Mais les défis ne sont pas que pédagogiques : certains ont trait au regard porté par le monde des sciences sociales sur des étudiants considérés comme chargés des attributs sociaux et des valeurs attachés à des catégories socio-professionnelles dont la plupart d'entre eux se sont pourtant distanciés. Dans certains lieux, leur formation initiale est interprétée comme un handicap qui pré-détermine leur regard de chercheur en sciences sociales davantage que comme une compétence supplémentaire. Ces observations sont en contraste avec les collaborations établies entre sciences sociales et sciences biomédicales dans les équipes et les organismes de recherche.

Se jouent là des rapports complexes entre disciplines d'orientations appliquée et théorique, sur fond de dialectique ancienne autour de la pluridisciplinarité, mais aussi, peut-être, des questions d'identité dans une période de fragilisation des sciences sociales. Ceci incite à repenser les enseignements dans le nouveau contexte européen de l'enseignement et de la recherche.

Vendredi 26 octobre

9h – 10h30 : Contextes et pratiques

Président : **Raymond Massé**, Anthropologue (PhD), Professeur, Département d'Anthropologie, Univ. Laval (Québec, Canada)

Pascal Cathebras, Médecin (Service de médecine interne, Hôpital Nord, St Étienne), Professeur de médecine (Université Jean Monnet, St Étienne)

« Un rôle pour les sciences sociales en Médecine : le recul épistémologique sur les catégories diagnostiques »

Les médecins, et particulièrement les médecins hospitaliers, diagnostiquent des « maladies », ou tentent de le faire. Ils estiment que le diagnostic est une étape incontournable de la démarche médicale qui va conduire aux indications thérapeutiques. Toute l'éducation « biomédicale » consiste à effacer la singularité du malade et de ses symptômes derrière la prétendue universalité de la maladie. Mais qu'est-ce qu'une maladie ? En quoi nos catégories diagnostiques sont-elles des produits biologiques et culturels, façonnées par les modes et les idéologies médicales ? Et quel recul le praticien doit-il garder pour éviter une adhésion trop rigide à ces catégories, qui sont moins des catégories de la nature que des « constructions sociales » ?

En tant que praticien hospitalier et enseignant de médecine ayant réfléchi à ces problèmes épistémologiques, je me propose d'illustrer – à l'aide d'exemples – l'apport des sciences sociales (des doutes supplémentaires, mais aussi quelques réponses) à l'enseignement des étudiants en médecine « au lit du malade ».

Marie-Christine Pouchelle, Directeur de recherche au CNRS, IIAC (Institut Interdisciplinaire d'Anthropologie contemporaine, CNRS/HESS), CETSAH (Centre d'Etudes transdisciplinaires Sociologie Anthropologie Histoire)

« *Anthropologie au bloc opératoire : les infirmières, leurs cadres et les chirurgiens* »

A quoi peut bien servir une anthropologue dans un bloc opératoire ou dans un service de réanimation, surtout s'ils sont de haute technicité ? A priori à rien, dans l'esprit de nombre de professionnels. Certes ce peut être amusant de jouer aux (bons) sauvages, mais la présence d'une profane dans des situations risquées - pour les patients - peut être aussi perçue comme un risque par et pour les professionnels, à l'heure des prescriptions médico-légales et du contrôle de plus en plus serré exercé sur les praticiens. D'ailleurs quand l'ethnologue se munit d'un carnet, elle a tout aussi bien l'air d'un juge ou d'un policier. « Mais qu'est-ce que vous pouvez bien écrire !? ».

Ce que je transcris sur le vif dans mes carnets rendrait sans doute perplexes les professionnels qui m'ont admise auprès d'eux, et dont beaucoup adhèrent au mythe qui veut qu'un bloc soit « purement technique ». L'ethnologue est en effet susceptible de porter son attention sur des aspects périphériques voire franchement dérisoires qui n'ont semble-t-il rien à voir avec les enjeux – ici littéralement vitaux - de l'activité en cause. Travailler ainsi à contre-courant de l'idéologie ambiante suppose d'autant plus de tester sans relâche ses interprétations en les confrontant avec le ressenti des acteurs observés, leur accord ou leur désaccord ne signifiant pas en eux-mêmes que le chercheur ait raison ou tort, mais permettant d'aller plus loin dans l'exploration des dimensions abordées.

C'est à ce genre de restitution que je suis en train de me livrer depuis 2006, dans un bloc opératoire (CHU) où j'ai fait de l'observation de 2001 à 2005 sur les situations de stress pour l'ensemble des personnels. L'un des objectifs était de comprendre les raisons de la « démotivation » observée dans l'hôpital en question chez les infirmières de salle d'opération. L'accord informel du chirurgien chef de service et son appui au départ pour vaincre la forte réticence de la directrice générale et de la DRH, mais *in fine* sa faible mobilisation, l'inquiétude des cadres, le scepticisme d'un certain nombre d'infirmières et l'engagement des autres ont donné à la démarche une coloration particulière, qui tient aussi à la grande liberté dont le chercheur a bénéficié sur le terrain, puisque n'étant pas liée par quelque contrat formel que ce soit avec l'institution. Parmi les résultats obtenus, il y a d'approcher de plus près les mécanismes de la résistance de l'hôpital au changement en matière d'organisation humaine.

Eric Gagnon, Sociologue (PhD), chercheur au Centre de Santé et de services sociaux, Québec, Canada

« *L'anthropologie au risque de la médecine : leçons d'un enseignement* »

Enseigner l'anthropologie à d'autres professionnels, notamment ceux de la santé, représente un défi intéressant, et nombreux sont les anthropologues qui le font. Pour plusieurs d'entre eux toutefois, ce n'est pas sans hésiter. Par crainte sans doute de perdre le monopole de leur savoir, et conséquemment leur position sociale. Par crainte également, et c'est sur ce point que je veux insister, devant les difficultés que cela soulève. Je me propose, dans un premier temps, de discuter des difficultés (ou défis) auxquelles j'ai été confronté dans mon enseignement de l'anthropologie (et de l'éthique) à des médecins, des infirmières et autres intervenants de la santé, travaillant (ou aspirant à travailler) en santé internationale, en santé publique ou en santé communautaire. Parmi un grand nombre, de nature et d'importance variées, j'en retiendrai trois :

- La première, bien connue, est le risque d'une médicalisation de l'anthropologie, c'est-à-dire d'une réduction des dimensions sociales et culturelles de la maladie à des « variables » (ou « facteurs », ou « déterminants ») intégrables à un schéma d'explication de type épidémiologique.
- La seconde difficulté est de parvenir à « faire passer » des notions et des concepts que les anthropologues ont eux-mêmes souvent de la difficulté à concevoir, définir et présenter clairement : le *symbolique*, les *liens sociaux*, les *normes*, les *solidarités*, le *sujet*, le *sens*...
- Enfin, la question de la « normativité » en anthropologie. Si la médecine est normative, que son savoir véhicule explicitement de normes (de santé et de bien-être) il n'en est pas de même pour l'anthropologie, qui, dans une première étape tout au moins, demande une distanciation, un relativisme et donc une neutralité ; elle demande de comprendre avant de juger et de vouloir corriger.

Je discuterai, dans un second temps, de deux avenues qui se sont imposées ou offertes à moi, et qui m'ont aidé à surmonter (en partie) ces difficultés, avec des répercussions positives sur mon travail de recherche. La

première est un retour aux questions de base de l'anthropologie et de la sociologie, aux questions générales et fondamentales : qu'est-ce qu'une société ? Pourquoi les sociétés se différencient-elles ? Pourquoi parle-t-on d'une érosion des solidarités dans la modernité ? etc. La seconde avenue est un « détour » par l'éthique. Celle-ci aide en effet à formuler ces questions de base, à en faire saisir la pertinence, à éviter leur réduction, tout en les rendant plus claires ; elle aide à les faire passer... Mais est-ce un bien un détour ? Ma discussion se fera autour d'une série d'exemples : des questions fréquemment posées par les étudiants et intervenants, une certaine vision des facteurs culturels comme obstacles à l'intervention, les rapports de pouvoir dans lesquels chercheurs et intervenants sont pris, bien malgré eux.

11h – 12h30 : Session A : Anthropologie et médiations

Président : **Sandrine Musso**, Anthropologue (doctorante), EHESS, Paris/ CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille)

Marie-Laure Cadart, Médecin, Anthropologue (DEA) au CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille)

« Réflexion critique à partir d'une expérience de formation continue dans le domaine de l'anthropologie de la petite enfance en direction des professionnels de PMI »

Des professionnels de la santé confrontés à des populations d'origines culturelles différentes sont souvent en recherche de savoirs, voire de recettes, concernant ces populations, espérant ainsi mieux les comprendre et répondre de façon plus adéquate à leurs demandes de soins.

La biomédecine partant du postulat de la similarité des humains et de leurs traitements, quelles que soient leurs origines, ces professionnels se trouvent confrontés à des comportements qui ne correspondent pas à cette rationalité scientifique. L'anthropologie peut alors représenter pour eux un attrait, leur faisant espérer une solution à leurs interrogations, alors que les questions culturelles masquent souvent d'autres, dimensions, sociales voire politiques. Ainsi, paradoxalement, l'anthropologie est fréquemment amenée à réaliser une « entreprise de déculturelisation » pour permettre aux soignants d'avoir un regard critique sur leur propre culture, autant que sur celle des autres.

A l'heure des protocoles, de l'évaluation et de la standardisation des conduites, la tentation peut être grande de plaquer sur l'autre des savoirs pour mieux le soumettre à une modélisation des comportements en matière de santé. Au contraire, et pour éviter cela, l'anthropologie se doit de participer au débat et d'offrir un espace de réflexion aux soignants, un espace pour penser.

La formation continue peut constituer pour les soignants ce temps nécessaire, leur offrant un espace de réflexion, à partir de leurs pratiques professionnelles. Plus qu'un apport de connaissances, il s'agit de les amener à adopter une position face à l'Autre quel qu'il soit, position qui tienne compte de la singularité de chacun et de ses différentes appartenances, une position anthropologique de décentrement qui s'acquiert progressivement.

Cependant, cette entreprise de déconstruction et de questionnement ne doit pas entraîner une trop grande déstabilisation des personnes mais au contraire renforcer une certaine approche de partage des savoirs déjà à l'œuvre chez certains et apporter un support théorique à leurs pratiques originales.

Les professionnels de PMI sont concernés par une médecine préventive, globale, possiblement à domicile et au cœur des familles. Ils côtoient des personnes venant du monde entier et de classes sociales très diverses, bricolant entre biomédecine, savoirs populaires et savoirs traditionnels.

Nous vous proposons d'analyser de manière critique l'expérience d'élaboration et de mise en oeuvre de modules de formation professionnelle concernant l'approche à l'anthropologie de la petite enfance en direction des professionnels de PMI, formation mise en place depuis 2003 dans la région PACA. Nous insisterons plus spécifiquement sur l'impact de cette formation sur les visites à domiciles et les consultations de pédiatrie.

Marie Meley, Cadre infirmier, Anthropologue (doctorante) au CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille)

« Anthropologie et soins infirmiers. Atouts et complexité d'une rencontre en formation initiale »

L'intention de cette communication est de s'emparer de la singularité d'une séquence pédagogique, de façon à s'interroger plus largement sur l'articulation possible entre l'anthropologie et les soins en formation initiale des infirmiers. Au-delà d'une approche descriptive des activités pédagogiques liées à l'apprentissage d'un soin particulier qu'est le « soin- toilette », le propos sera de mettre en lumière les intentions pédagogiques qui ont inspiré le projet de formation des étudiants à « prendre soin des personnes ». Ainsi, on devrait percevoir la nature des emprunts qu'un formateur, inscrit dans un projet pédagogique collectif, fait à l'anthropologie : mobilisation d'éclairages conceptuels pour donner du sens aux problématiques de soins rencontrées en stage ? adoption d'une posture particulière de soignant inspirée de l'approche anthropologique ? acquisition d'un mode de raisonnement pour penser la complexité des situations de soins ? ou bien s'agit-il de la conjugaison de ces trois niveaux, à des temps pédagogiques différents ?

C'est donc la nature et la variabilité du lien entre soins infirmiers et anthropologie qui seront appréhendées, ainsi que la pluralité des modalités de croisement entre ces deux domaines. Pour rendre compte de cette diversité, un repérage d'espaces et de temps à saisir comme *opportunités formatrices* en ce sens sera proposé. Le questionnement portera par ailleurs sur les freins et les éléments facilitateurs que des formateurs, soucieux de développer l'approche anthropologique dans les soins, ont identifiés au cours de leurs pratiques pédagogiques.

La réflexion autour de ces croisements semble avoir toute sa pertinence à ce jour, dans une perspective

prochaine de réorientation des programmes de formation autour des compétences professionnelles à acquérir. Le statut des savoirs disciplinaires, tels ceux de l'anthropologie, en sera nécessairement interrogé.

Maria Vivod, Ethnologue (PhD), chercheur, UMR 7043 CNRS-UMB, Strasbourg

« *Expériences "limogiennes". Une expérience de formation continue des personnels de santé* »

Le Centre de Formation Permanent des Personnels de Santé du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux organise des sessions de formation 'continues' en anthropologie culturelle pour le personnel de santé d'un hôpital à Limoges. Nous souhaitons décrire et analyser notre expérience 'de terrain', acquise lors de nos interventions en novembre 2006 et en février 2007.

Les sessions s'intitulent 'De notre culture aux autres traditions culturelles' et comprennent plusieurs intervenants qui contribuent sur les différentes aires géographiques culturelles. Le sujet principal autour duquel la formation est développée, est la pratique des maternages et les soins des nourrissons dans les cultures de la population immigrée.

Le 'clash' de cette population immigrée, (surtout des femmes), avec la culture française et spécialement avec les services de santé, a incité les puéricultrices, infirmier(ères) aides-soignants, etc, à réclamer une formation qui les 'préparerait', les aiderait à développer un meilleur contact avec les représentants/ représentantes de la population d'origine étrangère. Chaque anthropologue intervenant élabore la problématique, les pratiques, d'un groupe ethnique ou d'une culture dont les représentants sont en contact quotidien avec le personnel de l'hôpital.

L'objectif de la formation est double : comprendre et décoder certains comportements et usages dans la population immigrée, et inciter le personnel à développer des 'capacités relationnelles' avec les patients des cultures différentes.

Du point de vue du chercheur, il fallut expliquer les divergences entre les cultures de controverse – les pratiques de la naissance, de la grossesse, de la condition de la femme et de sa sexualité - et de la culture 'de base' (c'est-à-dire française).

Pour ma part, j'ai donné un cours intitulé 'Les pratiques de maternage des Slaves du Sud, des Hongrois, des Albanais, des Russes et la migration des femmes'. Un sujet hors norme.

L'ethnologue qui participe à une telle formation, entreprend d'expliquer une culture à une autre et se charge d'un travail d'interprète. Il doit commenter une culture plus ou moins connue aux représentants d'une autre culture. La construction culturelle de l'ethnologue et des personnes qui suivent la formation influencera fortement son contenu et la manière dont la culture en question sera présentée.

Les particularités d'une culture dévoilent celles d'une autre. Force est de constater que le chercheur doit 'parler en deux langues'. D'abord il parle de son sujet de recherche pour les besoins de son (futur) sujet de recherche – le personnel de santé en question.

La situation dans laquelle l'ethnologue se trouve est plutôt ambiguë, il est le 'pédagogue', le traducteur et l'intermédiaire de la culture de l'Autre. La situation dépasse la simple formation, elle est le mimétisme d'un travail de terrain. Le chercheur se trouve à nouveau, sur un terrain d'enquête mais cette fois avec la particularité que son rôle est plus actif. Je souhaiterais élaborer les difficultés que j'ai rencontrées pendant cette formation et mon expérience sur les points de divergence qui m'ont poussé à réfléchir sur les tâches de l'ethnologue au terrain, expliquant 'son terrain'.

11H – 12H30 : Session B : Anthropologie et médiations

Président : **Juliette Sakoyan**, Anthropologue (doctorante) au CReCSS, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille

Cyril Farnarier, Anthropologue (Doctorant) au SHADYC/EHESS, Marseille

« *Quelle formation en sciences humaines pour les professionnels du secteur médico-social ?* »

Lorsque les professionnels de santé font appel à l'anthropologie c'est, le plus couramment, pour comprendre les agissements et modes de pensées des usagers des services et destinataires des campagnes de prévention. Pour les agents de santé, la finalité de cette démarche est alors d'intégrer ces connaissances anthropologiques dans leur approche et prise en charge de la population étudiée. La principale critique adresser à cet usage de l'anthropologie vise à en dénoncer une utilisation potentiellement culturaliste et plus généralement d'amener à considérer l'usager, sa culture ou son mode de vie, comme seul responsable des difficultés et dysfonctionnements des services de santé et campagnes de prévention.

Parallèlement à cela, de nombreuses études de sciences humaines abordent ces questions sous un autre angle et s'intéressent aux systèmes de santé eux-mêmes, aux professionnels de santé ou à leurs relations avec les malades, usagers des services ou destinataires des campagnes de prévention. Leur but est alors de montrer, en contre point de vue à ce qui a précédemment été évoqué, que les systèmes de santé eux-mêmes, les professionnels, et leurs pratiques quotidiennes, sont aussi à prendre en considération dans l'analyse des situations et des difficultés rencontrées.

En travaillant sur le fonctionnement des services et sur les représentations que les agents qui y interviennent ont d'eux-mêmes et de leur travail, ces recherches permettent d'éclairer la part du tableau jusqu'ici restée dans l'ombre et d'accéder à une vision plus globale et complexe des situations. J'illustrerai mon propos à l'aide d'éléments issus de ma recherche de doctorat portant sur les consultations gratuites de Protection Infantile. Le constat de départ de cette intervention est celui de l'existence d'une période d'apprentissage dite « sur le tas » par les professionnels lors de leur prise de fonction dans le service. L'analyse de cet apprentissage et du contexte dans lequel il se déroule permet de rendre compte de sa nécessité actuelle et d'en expliquer les fondements.

Si la transmission de ces connaissances, par le biais de formations, semble pouvoir améliorer le quotidien des professionnels, le fonctionnement des services et donc la prise en charge des familles, en participant à la

nécessaire mutualisation des savoirs à laquelle se livrent les agents lors de cette période d'apprentissage sur le tas, les modalités et temporalité de celle-ci soulèvent encore de nombreuses questions.

Laura Mascarella, Professeur, Département des Sciences sociales et santé mentale, Univ. de VIC, Espagne)

« *Expériences de formation anthropologique aux professionnels de la santé* »

Introduction : La communication propose une réflexion sur les programmes et leur mise en oeuvre dans la formation des professionnels de la santé, à partir d'expériences de formation interdisciplinaire en Catalogne. Les migrations ont apporté des processus de transformation des Institutions Sanitaires, et les professionnels, confrontés à des situations d'assistance perçues comme difficiles, ont des besoins de formation. Les services sanitaires ont commencé des programmes de formation sous la forme d'initiatives informelles.

L'expérience de la formation au personnel sanitaire, quelles améliorations ?

De 1993-96, un service de prévention primaire, commençait des programmes de prévention du Sida et MTS. Différentes raisons, telles l'augmentation des patients et la perception de « l'autre » comme « porteur des maladies », ont fait démarrer des séances et triptyques basés sur des modèles hollandais. N'ayant pas procédé à une enquête préliminaire sur les différents besoins, ces programmes ont échoué auprès de certains groupes culturels. La demande de collaboration de l'anthropologie aux séances et évaluation a abouti à des ateliers de formation sur la diversité culturelle. Plus tard, (2000-2007) l'Institut Catalan de la Santé (ICS) a financé un programme pilote de formation pour des professionnels, d'abord à Barcelone, puis dans toute la Catalogne

La difficulté des formations depuis 2002 vient des demandes variées, qui partent des problématiques des démarcations régionales et de celles des professionnels. « L'endo-culture » institutionnelle de la M.O. ne tient pas compte, encore aujourd'hui, du fait « que des processus de maladie, santé, soins, sont dans la vie collective et se structurent au niveau des symbolisations et représentations dans toutes les sociétés » (Menendez, 2002 : 310). L'inexistence préalable de la formation pluriculturelle a donné lieu à des stéréotypes culturels. Par exemple, dans la prévention aux MGF (mutilations), une enquête de l'Union Européenne (2001-2004) montre une multiplicité de protocoles et programmes selon les régions ou les hôpitaux, engendrant différentes attitudes, formes de soins et interprétations concernant les femmes présentant des MGF.

Les Modèles d'implantations universitaires : en 1996, l'UVIC introduisait l'anthropologie de la santé dans les écoles d'infirmières, puis ce fut au tour de l'URV et autres universités. Les facultés de médecine en sont encore à des phases initiales. Par contre, dans les enquêtes sur les MGF (Project international Daphné 2004, Catalogne) 80% des médecins et infirmières demandait plus de formation en anthropologie. De plus, l'IES reçoit des évaluations des services montrant la satisfaction des professionnels après une formation en anthropologie de la santé.

Conclusion : Demande, au signifiant de manque, ou, formation et amélioration « du savoir-faire » ? L'objectif de formation consiste, pour les professionnels, à travailler dans des ateliers de communication et réflexion afin, d'une part, de confronter leurs expériences avec celles de malades de différentes cultures, mais aussi de leur propre culture - identité -. D'autre part, révéler l'« endo-culture » des Institutions Sanitaires, les paramètres indépendants des techniques sanitaires mais liés aux aspects structurels de l'organisation institutionnelle qui ne laissent pas le temps à confronter « l'autre » ou « le moi ». Enfin, mettre en évidence l'inexistence de « recettes ». C'est dans cette direction qu'on essaie d'introduire des programmes de formation en anthropologie, afin de pouvoir analyser quel serait l'impact produit sur les soins.

Christine Bellas Cabane, pédiatre, anthropologue (DEA), chercheur associé au CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille

« *La formation des professionnels de santé à la problématique de l'excision* »

Depuis quelques années, se développe en France une forte demande de formation des professionnels de santé sur la problématique de l'excision afin d'en développer la prévention.

Début 2007, sous l'impulsion d'associations telles le GAMS (groupe d'action contre les mutilations sexuelles), la lutte contre l'excision est devenue une cause nationale. Dans huit régions de France, plusieurs journées dites de formation ont été organisées par la DRASS (chargée de mettre en oeuvre la décision ministérielle), afin de rassembler professionnels de santé, personnels médicosociaux et militants d'association d'un même territoire, de les informer des aspects socio culturels de l'excision, des effets néfastes de la pratique et du cadre juridique français dans le but d'unir les énergies pour arriver à éradiquer l'excision sur le territoire. Par ailleurs, une circulaire émise par le ministère de la santé rend obligatoire l'organisation de formations dans les instituts de soins infirmiers. Ici ou là se développent des actions de formations et d'informations (la frontière en est parfois floue) pour les personnels de Protection maternelle et infantile, dans les réseaux de périnatalité etc. Ces actions, souvent organisées par les comités locaux du GAMS, mêlent action militante, informations médicales et aspects socio - culturels.

Dans ce contexte fortement militant la place des sciences humaines est prépondérante, mais extrêmement délicate. Le discours anthropologique est suspect pour un certain nombre de militantes très engagées dans la lutte contre l'excision. Pour pouvoir développer ces données, l'intervenant doit avant tout justifier sa posture et expliquer qu'aucune pratique traditionnelle ne peut être combattue sans une connaissance préalable des logiques et des valeurs qui la sous-tendent, ainsi que des enjeux qui déterminent son abandon ou son maintien. Il doit

aussi rappeler que la connaissance anthropologique est un savoir qui permet de restituer de l'altérité dans les endroits mêmes où elle risque d'être sacrifiée sur l'autel d'un objectif si légitime qu'il devient indiscutable. Enfin, l'abord anthropologique doit permettre, en incitant les professionnels de santé à se décentrer de leurs certitudes, une meilleure appréhension des personnes ciblées par les actions de prévention. Par la complexité ainsi restaurée, les personnels de santé engagés dans les actions d'éducation à la santé arrivent à reconnaître que la connaissance des effets néfastes de tel ou tel comportement n'entraîne pas automatiquement son abandon, quel que soit le contexte culturel. De ce fait, une interrogation sur les méthodes employées peut être développée.

La communication proposée ici relate cette rencontre des sciences humaines et des professionnels de santé, tout en interrogeant la pertinence et les effets de telles actions de formation dans un contexte militant. Enfin, entre relativisme culturel et ethnocentrisme exacerbé, quelle peut être la juste place de l'anthropologie sur des sujets de société aussi sensibles ?

14h – 18h : Session C : Anthropologie et systèmes de soins

Président : **Janine Pierret**, Sociologue (PhD), Directeur de recherche au CNRS (CERMES, CNRS, Villejuif/Paris)

Aline Mercan, médecin, anthropologue (doctorante), CReCSS, Univ Paul Cézanne d'Aix-Marseille) et **Santé Sud** (ONG)

« Un exemple de transdisciplinarité sciences humaines- ONG sanitaires : le cas de Santé Sud »

En mars 2006, l'ONG Santé Sud a commandité pour la première fois une enquête qualitative à deux anthropologues médicales. Il s'agissait d'analyser l'impact d'une action de développement sanitaire en Mongolie au sein d'une procédure d'évaluation globale. La même année, l'une de ces anthropologues quittait une autre ONG, après des années de tentatives de sensibilisation infructueuses à l'apport des sciences sociales, malgré de nombreuses problématiques de terrain. La présence de l'anthropologue dans l'univers des ONG sanitaires est loin d'aller de soi, qu'il s'agisse de former les acteurs associatifs ou d'intervenir directement dans les projets. Le désintérêt, l'incompréhension, voire le refus des professionnels de santé sont des expériences banales, et ce sans même évoquer les difficultés habituelles de restitution qui présupposent un début de collaboration.

À l'opposé il existe des configurations et des dynamiques favorables à l'exercice de la transdisciplinarité. Le cas de Santé Sud permet d'explorer ce type de configuration.

Le premier déterminant est historique : L'association a été créée en 1982 par des médecins souhaitant rompre avec un modèle classique d'intervention humanitaire d'urgence : l'exportation de biomédecins de façon ponctuelle et symptomatique, selon une théorie de l'action raisonnée très mécaniste, ignorante du contexte local, en particulier de son système de santé pensé comme un « désert ». Les représentations et les attentes des professionnels concevant ce type d'actions permettent de comprendre le trouble que peuvent susciter le discours et à la méthode anthropologique.

Santé Sud, à l'inverse, propose des actions de développement sanitaire partant de l'existant, impliquant une présence prolongée sur le terrain et une collaboration avec la société locale, tout particulièrement avec ses professionnels de santé qui s'apparente à un compagnonnage. Cette approche de terrain présente des analogies et une compatibilité certaines avec celle des sciences humaines.

À partir de ce contexte particulier, s'est façonnée sur la durée une sous-culture, certes hétérogène au sein de l'association, mais globalement favorable à la transdisciplinarité. Elle comporte trois volets : formation, partenariat académique et réalisation d'enquêtes qualitatives.

Certains acteurs de Santé Sud ont donc suivi ou suivent des formations aux sciences humaines, quand ils ne sont pas issus de ces cursus. Il peut s'agir de membres, parfois historiques ayant suivi diverses formations du LEHA puis du CReCSS. Le bureau compte une sociologue de la santé, un coordonnateur de mission a une formation de sociologie.

Les partenariats académiques sont nombreux : participation aux comités scientifiques ou à l'organisation de colloques à thématique de socio-anthropologie de la santé. Santé Sud fournit aussi des terrains de recherche appliquée à des étudiants de ces disciplines et bénéficie en retour de ces travaux. La directrice des programmes développe depuis deux ans l'axe anthro-sociologique au sein de procédures d'évaluation. Les actions, de par leur nature, ne peuvent faire l'objet d'une évaluation « classique » sur des indicateurs de santé quantitatifs. Or les sciences humaines sont pertinentes pour appréhender cette complexité. Une deuxième enquête a été réalisée en Tunisie en 2007 et devrait permettre de poursuivre la réflexion méthodologique entamée. La restitution des résultats se fait au niveau des bailleurs mais aussi de l'association. L'enquête quantitative est d'ailleurs maintenant inscrite aux lignes budgétaires des nouveaux projets.

Ces liens formels s'accompagnent nécessairement de nombreux liens de nature informelle : collaboration, amitié, mise en réseaux, etc. qui contribuent largement à la dynamique d'échange, même s'ils sont difficilement mesurables.

Cet exemple permet de comprendre que la transdisciplinarité s'inscrit plus volontiers dans une compatibilité initiale d'approche du terrain. C'est à partir de là qu'un ensemble de liens et d'actions associant formation et collaborations formelles et informelles peuvent s'épanouir, se nourrir et se potentialiser. Nous espérons suivre l'évolution de cette dynamique prometteuse et utiliser ce qu'elle nous apprend pour l'appliquer à d'autres contextes.

Monique Van Dormael, Socio-anthropologue (PhD), Département de santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique

« L'introduction des sciences sociales dans une expérience de formation continue des médecins de campagne au Mali »

Cette communication analyse une démarche de formation adressée à de jeunes « médecins de campagne » installés au Mali. En collaboration avec l'Association des Médecins de Campagne (AMC), l'ONG Santé Sud et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, cette formation a été instaurée en 2003 pour pallier à des inadéquations de la formation de base aux réalités de la pratique, menant à des difficultés lors de l'installation et parfois l'abandon de la pratique. Il ne s'agit pas spécifiquement d'une formation en sciences sociales, mais d'une formation professionnelle intégrant des éléments de sciences sociales.

Une analyse des besoins en formation menée avec des médecins de campagne expérimentés a mis en évidence deux types de besoins:

- l'acquisition de compétences en matière de clinique, gestion, santé publique et communication : la capacité de communiquer a été considérée comme une compétence nécessaire pour endosser les fonctions de responsable d'un centre de santé rural.
- un processus de socialisation professionnelle facilitant la transition de la culture biomédicale hospitalière qui a baigné les études, à une culture plus « biopsychosociale » convenant à la médecine de campagne.

La formation comporte quatre modules d'une semaine chacun - « clinique », « gestion », « santé publique » et « communication » - et quatre semaines de stage auprès d'un aîné maître de stage. Les participants étant en nombre restreint (un dizaine de jeunes médecins et deux maîtres de stage), les modules se déroulent de manière interactive.

Partant de la demande de « mieux communiquer », le module « communication » s'est articulé sur les difficultés et doutes exprimés par des médecins de campagne expérimentés à propos de leurs interactions avec différents interlocuteurs : patients individuels et accompagnants, communauté et leurs représentants, personnel du centre, autorités communales, autorités sanitaires ... Le module vise à comprendre les logiques des autres acteurs et à explorer des stratégies, y compris institutionnelles, pour améliorer la communication. Il contient des jeux de rôle et autres exercices de communication interpersonnelle ou de groupe, et aborde des thèmes tels que les itinéraires thérapeutiques et les comportements de santé dans la population, la communication soignant-soigné, les raisons d'échec de l'IEC, et le travail en équipe.

Plusieurs éléments de la démarche pédagogique nous paraissent essentiels :

- l'insertion de la formation dans la vie associative de l'AMC visant à renforcer la qualité des soins
- des binômes de formateurs : « expert matière » (socio-anthropologue pour le module communication) et « expert métier » (un médecin de campagne)
- l'implication des maîtres de stage dans la préparation et le déroulement de la formation, établissant les ponts entre concepts et pratique de terrain
- l'articulation modules - stages
- la coordination entre enseignants des différents modules
- l'incitation à la réflexivité, plutôt que des réponses standard aux problèmes

L'importance du besoin de socialisation professionnelle s'est confirmée. Les jeunes médecins ont exprimé une forte demande d'acquérir, outre des compétences, des attitudes et façons de penser et d'agir, et les maîtres de stage ont manifesté une forte envie de transmettre. Une session de « conseils des aînés » en fin de module contribue à l'explicitation d'un cadre éthique pour la pratique de la médecine de campagne.

Sylvain Faye, Socio-anthropologue (PhD), assistant de Faculté, Département de sociologie, Faculté des Lettres et Sciences humaines Univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

Jean-Louis Ndiaye, Médecin, assistant de Faculté, Département de parasitologie, mycologie, Faculté de médecine et de Pharmacie, Univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

« L'anthropologie et l'intervention sanitaire au Sénégal dans le cadre de la lutte antipaludique : analyse des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits »

Depuis quelques années, l'extension de la résistance à la chloroquine a poussé les autorités à implémenter de nouvelles stratégies thérapeutiques du paludisme : ACT, Test de diagnostic rapide, TPI chez l'enfant. La mise en œuvre de ces mesures a été confiée au personnel soignant, qui a été formé aux dispositifs et recommandations techniques officielles. L'introduction de ces innovations thérapeutiques est beaucoup questionnée du point de vue de l'acceptabilité des populations (Faye, 2006), mais reste faiblement interrogée sous l'angle de leurs modes d'appropriation dans les pratiques professionnelles du personnel soignant (Ndoye, 2007). Notre article se donne pour objectif général de réfléchir sur la capacité des formations proposées à entraîner des pratiques professionnelles attendues. De façon particulière, nous analysons les facteurs qui déterminent les processus selon lesquels les évidences scientifiques sont convoquées dans la pratique de soins. Nous voulons aussi savoir comment l'intervention de l'anthropologue, ainsi que les savoirs empiriques produits, peuvent contribuer à améliorer les dispositifs de formation ainsi que les processus d'appropriation. Les données que nous présentons ont été collectées par une équipe pluridisciplinaire, lors d'investigations menées dans quelques districts sanitaires au Sénégal depuis 2005. Les outils de recherche utilisés ont été les grilles de supervision, entretiens, focus-group, observations directes.

Nous avons observé que les dispositifs techniques partagés lors des formations, sont, dans la pratique, soumis à des procédures de domestication diverses en fonction de la catégorie de soignants considérés, leurs niveaux statutaires ainsi que leurs niveaux de connaissance. En outre, les catégories les plus impliquées dans la prise en charge du paludisme (ASC) et qui ont besoin de recyclage ne sont pas celles ciblées par les formations. On observe aussi que ces dernières sont restées silencieuses sur un ensemble de savoirs-être et savoirs-faire sociaux souvent sollicités dans la pratique de soins. Le contexte historique de la lutte antipaludique, fait d'empilement des mesures sans complémentarité (Ndoye, 2007) joue aussi sur la position des soignants face aux protocoles implémentés. Enfin, c'est dans les pratiques d'appropriation que se déclinent nombre d'enjeux auxquels les soignants sont confrontés (convenances personnelles, valorisation professionnelle ou marquage identitaire).

Ces éclairages ont contribué à une réorientation des dispositifs de formation. La restitution régulière des investigations a propos de la mise en œuvre de la mesure a conduit à tester une supervision formative régulière couplée au plan de suivi-évaluation. Cette démarche a été l'occasion de rectifier la formation en ciblant plus les catégories impliquées dans la prise en charge du paludisme, en insistant sur la nature intégrée de la lutte antipaludique. L'équipe cadre du projet a aussi initié une démarche de concertation et d'implication du personnel pour mieux l'intéresser. Les données issues de l'évaluation de cette démarche indiquent dans quel sens l'anthropologie peut accompagner les dispositifs de formation en les rendant plus opérationnels et proches des réalités dans les services de soins.

Marie Meudec, Anthropologue (doctorante) à l'Université. Laval, Québec, Canada

« De quelques interactions réciproques entre sciences sociales et pratiques de soins reliées à l'Obeah à Ste-Lucie (Caraïbe). Une analyse anthropologique des moralités locales et des pratiques thérapeutiques et préventives 'traditionnelles' »

Une investigation empirique à Ste-Lucie m'a amenée au constat d'une configuration complexe des pratiques de guérison inscrites dans le champ du magico-religieux. Les pratiques de gestion de la maladie et de l'infortune associées à l'Obeah dans cette société caribéenne renvoient à des représentations relevant de la magie, la sorcellerie et de la religiosité (africaine, américaine, indienne, européenne). Une ethnographie des pratiques et discours amène à un questionnement sur les interactions entre sciences sociales et thérapie « traditionnelle », et ce à un double niveau, développé lors de cette présentation :

Le premier niveau renvoie au regard porté PAR les sciences sociales sur ces pratiques et discours. Il s'agira de montrer tout d'abord l'apport d'une étude anthropologique des valeurs socioculturelles et morales à la mise à jour des tendances « contradictoires » relevées au sein des itinéraires thérapeutiques et éthiques des malades. Ensuite, les concepts anthropologiques seront utilisés afin de mettre à jour les processus de construction de la légitimation morale des sorciers-guérisseurs à Ste-Lucie. Quels sont les discours des « représentants » de l'Obeah en termes de moralités ? Ces deux temps viendront poser le contexte des enjeux éthiques liés aux pratiques thérapeutiques et préventives et les conditions de la recherche de légitimation des praticiens locaux.

Le deuxième niveau vise à rendre compte, dans un sens inverse, du regard porté SUR les sciences sociales par les praticiens et/ou par les partisans / accusateurs de l'Obeah. Quels sont les enseignements indirects de recherches en sciences sociales, leur perception et leur utilisation dans la pratique magico-religieuse et sorcellaire à Ste-Lucie ? Une analyse des discours de l'Obeah montre que la question de la confrontation et de l'instrumentalisation des savoirs produits au fil de la recherche, au profit et au détriment des sciences sociales, doit être posée. En effet, l'enquête a révélé une appropriation de certains écrits des sciences sociales par divers praticiens, lesquels portent un regard particulier sur la recherche. Dans un contexte où la pratique des guérisseurs est limitée par un manque de reconnaissance au niveau gouvernemental, les discours des sciences sociales (s'ils sont connus) sont souvent réinterprétés. Le plus souvent formés de façon autonome, mais ayant parfois acquis des savoirs institutionnels, les praticiens puisent des éléments des sciences sociales en vue de se constituer une légitimité thérapeutique. Les différents niveaux de réinterprétations et d'interactions entre sciences sociales et pratiques de soins seront énoncés, ainsi que les précautions d'ordre éthique impliquées par une étude de la diversité morale en contexte de soins.

Cette réflexion à deux niveaux vise à dresser un bilan de l'espace éthique et moral des thérapeutiques magico-religieuses et des pratiques sorcellaires à Ste-Lucie à partir d'une démarche analytique appuyée sur une collecte de données de mai 2006 à janvier 2007. La démarche empirique et localisée pourra ici servir de tremplin à une réflexion plus générale sur l'analyse des « savoirs êtres éthiques » en contexte de soins.

Mathieu Bujold, Anthropologue (doctorant), assistant de recherche et auxiliaire d'enseignement, Université Laval, Québec, Canada

« Étude de cas d'une coopérative de soins de santé intégrés : contribution de l'anthropologie à l'articulation de différents savoirs individuels relatifs à la santé »

La dernière décennie fut témoin de l'émergence, en Amérique du Nord, de cliniques de soins de santé intégrés (SSI) visant la coopération entre différents praticiens (alternatifs et conventionnels) afin d'établir des programmes de soins holistiques centrés sur l'individu. Un exemple de ce type d'organisation est une coopérative de SSI, récemment inaugurée au Québec, qui regroupe aujourd'hui quatorze praticiens offrant une large gamme de service. Un défi majeur de ce type d'organisation est la négociation entre les acteurs (praticiens et patients) afin d'établir de concert un programme de soins individualisé intégrant leurs différents points de vue. Un des objectifs

théoriques de cette étude est d'identifier et d'analyser les facteurs favorisant ou entravant un processus de négociation entre les savoirs et les opinions des parties prenantes impliquées dans l'élaboration d'un programme de SSI. L'approche analytique utilisée ici conceptualise la dynamique de communication dans ce contexte clinique comme une articulation entre différents modèles explicatifs individuels de la maladie (MEM). Un terrain d'un an et demi dans la coopérative citée plus haut a permis de collecter un ensemble de données dont l'analyse souligne différents facteurs influençant la négociation de MEM et ce, à différents niveaux du développement de programmes de SSI.

Cette étude de cas permet d'illustrer différentes contributions de l'anthropologie, plus particulièrement du courant interprétatif, pour la formation des praticiens qui sont de plus en plus confrontés à un système de santé pluriel. Premièrement, d'un point de vue ethnographique, cette étude rend compte d'une configuration de services de soins favorisant l'interaction entre différentes philosophies de santé tout en respectant leurs essences propres. Deuxièmement, le modèle développé dans cette étude fournit une conceptualisation novatrice de l'articulation entre différents savoirs permettant de contourner certains conflits d'ordre épistémologique en centrant les SSI autour du point de vue du patient et en évitant l'essentialisation des praticiens au corpus théorique de leur profession. Troisièmement, puisqu'elle fait la lumière sur certains facteurs d'impacts sur la négociation entre différents points de vue d'une même problématique de santé, cette recherche pourrait contribuer à sensibiliser les praticiens à certains « savoirs-faire » et « savoirs-être » favorisant une planification concertée de soins de santé interdisciplinaires donnant une place active au « patient ». Finalement, différents résultats empiriques, issus en partie d'une analyse de la réflexivité du chercheur sur le terrain, font la lumière sur la pertinence de l'anthropologie au sein d'une équipe interdisciplinaire visant l'établissement de programme de soins centré sur le patient.

Maurice Yaogo, Chercheur, GREFSaD, Univ Catholique d'Afrique de l'Ouest, Bobo Dioulasso, Burkina Fasso

« Contextes et acteurs de la nouvelle santé publique dans les pays africains face aux besoins de formation et d'expertise en sciences sociales »

Contrairement aux pays anglophones, les recherches anthropologiques dans les pays francophones ont une tradition plus récente d'application, notamment en santé publique. En rupture avec cette situation antérieure, de nouvelles bases d'un dialogue entre praticiens de soins biomédicaux et anthropologues ont pris forme à partir de nombreuses expériences de collaboration pour une amélioration de l'offre de soins. Cependant, l'extension ou la vulgarisation d'une telle approche demande une concertation sur ce qui peut constituer un fond commun de préoccupations perçues et de solutions applicables. D'où une question nodale concernant ce qu'il y a lieu de faire pour que l'expertise anthropologique en la matière réponde efficacement à la diversité des besoins d'amélioration de l'offre de soins, spécifiquement dans de nombreux pays africains aux conditions économiques et sanitaires défavorables. Dans le contexte actuel, loin des solutions clés en main, dans quelle mesure peut-on proposer des "standards conceptuels", des cadres de référence ou des guides pratiques à l'usage des praticiens de soins ?

L'expérience récente d'une implication dans une activité de recherche en santé maternelle nous servira d'exemple pour illustrer l'interface entre des demandes multiformes en santé publique et des offres d'expertise anthropologique également diversifiées et sensibles à la spécificité des objets d'étude et des contextes. Ainsi, pour les enquêtes auprès de la population, en partant d'objectifs poursuivis qui étaient d'améliorer les outils de mesure et d'évaluation des décès maternels et de leurs causes, le travail a consisté à décrypter les terminologies locales, les spécificités et les contraintes culturelles liées aux objets, termes de références et outils méthodologiques conçus et utilisés. En revanche, en contexte hospitalier, une démarche similaire se présentait différemment en explorant beaucoup plus les contraintes liées aux acteurs et au fonctionnement du système d'information sanitaire. En tirant des enseignements dans une perspective globale, une lecture croisée peut être faite en associant : d'une part, ce qui relève de la diversité des contextes ou des acteurs en présence ; d'autre part, ce qui relève de la multiplicité des attentes et besoins des professionnels de la santé.

En rassemblant ces préoccupations convergentes en termes d'objectifs d'amélioration des prestations en santé publique, il est envisageable de tendre vers un panorama ou des modèles descriptifs généraux. Ainsi, les travaux du colloque pourraient aboutir à des résultats dégagant les grandes lignes ou les fondamentaux de la contribution des sciences sociales dans ce domaine. L'expertise proposée s'en trouverait enrichie de ressources pédagogiques et pratiques à enseigner aux étudiants et à diffuser auprès des professionnels de la santé qui disposeraient d'une passerelle permanente de dialogue et de partage de savoirs et d'expériences bénéfiques pour l'amélioration de la situation sanitaire.

14h – 18h : Session D : Anthropologie et Pratiques cliniques

Président : **Ilario Rossi**, Anthropologue (PhD), Professeur associé, Institut d'Anthropologie et de sociologie, Faculté des sciences politiques et sociales, Univ. de Lausanne, Suisse

Frank Enjolras, Médecin psychiatre (Institut Marcel Rivière, MGEN), anthropologue (DEA) membre associé du CReCSS (UPCAM) et de la MMSH Paris-Nord

« "Connaître les différences et soigner sans distinction" : Aspects et enjeux des formations sur la culture dans une unité de psychiatrie générale »

S'il est une discipline médicale concernée d'assez près par les travaux de l'anthropologie, c'est bien la psychiatrie

et le champ dans lequel elle s'inscrit : la santé mentale. Cette rencontre entre psychiatrie et anthropologie, dont il est toujours difficile de déterminer la naissance, a donné lieu à de nombreux travaux communs et à la constitution de disciplines nouvelles, comme la psychiatrie transculturelle aux Etats-Unis, et l'ethnopsychiatrie en France. Si la première semble constituer un pôle de réflexion essentiel, il n'en va pas de même pour la seconde, qui demeure en France, dans les marges de l'activité de psychiatrie générale. Or, depuis plus d'une décennie, la pratique institutionnelle de secteur, consacré aux soins psychiatriques généraux, et reposant sur un idéal universaliste, s'intéresse de plus en plus aux questions de culture et de spécificités dans les soins. Cette adaptation pourrait s'imaginer comme progressiste. Il n'en est rien ou plutôt cet intérêt pour l'altérité se retrouve plus volontiers chez certains groupes de professionnels, comme les infirmières qui sollicitent de plus en plus de formations sur ces aspects-là de leur travail. Le contenu général de ces formations découle de connaissances empruntées au savoir anthropologique, et pour certaines d'entre elles, sont dispensées par des personnes formées à l'ethnopsychiatrie. Or, même s'il semble acquis que l'anthropologie a apporté des éléments de réflexion dans le cadre des besoins spécifiques et des spécificités culturelles en santé mentale, il nous a semblé nécessaire d'aborder l'intégration de ces connaissances et notamment leur utilisation dans le cadre précis des pratiques de soins.

A partir d'un travail de terrain mené dans un service de psychiatrie générale, dont nous détaillerons brièvement les caractéristiques, nous nous pencherons dans un premier temps sur l'enjeu représenté par ces formations, vivement sollicitées par certains membres du personnel, et attachées dans les discours à la culture de l'Autre et à ses différences. Ce sera l'occasion de retracer quelques caractéristiques propres à la considération de l'altérité en psychiatrie.

Nous montrerons ainsi qu'à l'écart d'une vision progressiste, le traitement de la différence culturelle, se substituant parfois aux questions de spécificités, conduit les acteurs, par le jeu des contraintes individualisées, à se faire les garants de leur prise en compte. Dans ces situations, comme nous le verrons, la question des différences concentre un certain nombre d'attitudes, de réactions et de discours à l'encontre de ce que les acteurs cherchent à défendre en sollicitant ces formations.

Pour souligner certains paradoxes, dans un second temps, en nous référant à une généalogie de l'altérité culturelle dans la psychiatrie française, nous tenterons de reprendre le contexte plus général dans lequel s'inscrivent ces demandes de formations. Et surtout, nous insisterons sur les mouvements et les logiques générales retrouvées dans cette discipline quant aux questions de spécificités et de différences dites culturelles, mais dont la teneur dépasse le cadre entendu de la culture acquise et qui se répercute déjà dans les attentes des acteurs de soins.

Stéphanie Larchanché, Anthropologue (doctorante), Southern Methodist University, Dallas (USA) et EHESS/IRIS, Paris

Carolyn Sargent, Anthropologue (PhD), Profesuer d'anthropologie, Southern Methodist University, Dallas (USA)

« De l'usage de l'anthropologie dans le champ de la santé mentale en France »

Depuis le début des années 1970, le système de santé publique français a accordé une place importante à la prise en charge des migrants transnationaux. La jeunesse issue de ces populations a fait l'objet d'une attention particulière, étant identifiée par les autorités scolaires, judiciaires, et sociales comme psychologiquement instable et socialement mal insérée. Trois approches de soin mises en avant dans les interventions de santé mentale désignées à résoudre les situations de crise chez les familles migrantes, notamment celles originaires d'Afrique de l'Ouest et qui impliquent leurs enfants. Ces approches sont la théorie psychanalytique, la psychologie clinique, et la « médiation culturelle ». On peut attendre des modèles explicatifs propres aux migrants qu'ils divergent de manière significative à ceux des praticiens du système de santé publique. Cependant, la mise en avant de la médiation culturelle, approche avec laquelle les interprètes et thérapeutes sont formés à mettre les interprétations de leurs patients en contexte par rapport à la société d'origine de ces derniers, tempère ce qui pourrait autrement découler sur un diagnostic d'approche purement biomédicale.

En France, le soutien financier de l'Etat aux projets d'ethnopsychiatrie – qui fonctionnent à partir des signalements de la justice criminelle et des institutions scolaires — a popularisé la prise en charge clinique des jeunes issus de l'immigration, qui sont souvent catalogués comme délinquants, éléments perturbateurs à l'école, engagés dans des actes de vandalisme, de vol, et d'autres actes relatifs à la « petite criminalité ». Psychologues, interprètes, et autres spécialistes de la médiation culturelle pratiquent des thérapies de groupe avec ces enfants et les membres de leurs familles, qui se trouvent souvent en situation de précarité politique et économique. Cette stratégie de santé publique, dans laquelle la souffrance des migrants est conçue comme étant soulagée de manière plus efficace dans sa remise en contexte culturel, priorise le syncrétisme de techniques de soins « africaines ». Dans le contexte des consultations ethnopsychiatriques, les patients font donc l'expérience de la thérapie comme un bricolage de traditions thérapeutiques.

Sur la base d'entretiens et d'observations dans deux centres d'ethnopsychiatrie à Paris, ainsi que dans une association de soutien aux migrants pratiquant la médiation culturelle, nous explorons les stratégies, l'organisation, et les principes d'intervention de soutien au bien-être psychologique et social des migrants d'Afrique de l'Ouest. Nous montrons comment et pour quelles raisons l'usage de l'anthropologie dans les pratiques cliniques et de médiation culturelle a évolué au cours de ces dernières décennies. Nous suggérons également que l'approche thérapeutique prévalente dans l'ethnopsychiatrie française propose un mélange créatif de concepts et pratiques issus de l'anthropologie, la psychiatrie, et la psychologie, tout en se heurtant à la fois à des difficultés inhérentes à l'usage de modèles de soins génériques africains. Les études de cas démontreront que, pour que l'ethnopsychiatrie se révèle efficace auprès des patients, l'étiologie de la maladie ainsi que l'attribution de ses causes doivent être élicitées, de même que resituées, dans des contextes sociaux, politiques,

et économiques plus larges. En ce sens, note analyse s'alimente des récents débats de l'anthropologie médicale critique sur la violence institutionnelle et la souffrance sociale, et propose de nouvelles orientations pour la contribution de l'anthropologie à la santé publique qui dépassent une grille de lecture strictement culturelle.

Véronique Rey, Professeur en linguistique, Université de Provence, IUFM, Aix-Marseille I
Sonia De Martino, Linguiste clinicienne, Hôpital Ste Marguerite, Marseille

« Dysfonctionnements langagiers et bilan linguistique »

Si l'aphasie est par définition un trouble du langage nécessitant l'intervention de bilans linguistiques spécifiques, les troubles du développement chez l'enfant ont moins interpellé la linguistique. Ces derniers, les troubles du langage, sont considérés soit comme des troubles globaux du développement soit comme des troubles psychiatriques. La langue est alors uniquement un moyen pour appréhender ce trouble. À partir des années 80, des pathologies comme l'autisme ou la dysphasie ont été évalués à l'aide de protocole linguistique portant sur les unités linguistiques. Les éléments appréhendés sont des domaines de compétences articulatoires, lexicales et grammaticales. Ces bilans se réalisent dans le cadre de protocoles nommés bilan de langage. L'intérêt de cette première approche fut de mieux appréhender les troubles du langage de l'enfant. Une des limites est qu'elle reflète très souvent des performances, notamment des performances scolaires liées à la langue écrite, et non des compétences linguistiques. La différence entre performance et compétence en linguistique est fondamentale. Elle permet de distinguer ce qui relève de la structure d'une langue donnée comme le français, la compétence, de ce qui relève de la situation d'énonciation en contexte, la performance. Par exemple, la double négation en français (ne pas) relève de la compétence, mais l'omission de la particule « ne » relève de la performance, c'est-à-dire du contexte de communication. Des enfants peuvent éprouver des difficultés en langue, liées soit à la structure de la langue elle-même soit à la situation d'énonciation.

Nous proposons d'illustrer notre propos par deux pathologies : l'autisme et la dysphasie. Dans le premier cas, il s'agit essentiellement d'un problème de performance chez les enfants autistes. Dans le cas des enfants dysphasiques, la difficulté relève de connaissances phonologiques et morphologiques, c'est-à-dire d'éléments de compétence en langue orale. L'outil linguistique spécifique a ici permis d'améliorer la prise en charge médicale des enfants et donc de lier dans la clinique les travaux de sciences sociales et les connaissances médicales.

Véronique Regnier Denois, Sociologue (PhD), Équipe PREDUCAN, IFR/ESIS St Etienne ; Institut de cancérologie de la Loire, St Priest en Jarez

« Intégration d'une approche sociologique dans la construction d'un programme d'éducation du patient en cancérologie »

La cancérologie est un domaine médical qui reste très marqué par une culture du résultat thérapeutique et où la pathologie tient donc la place centrale dans la relation entre le corps médical et les patients. L'évolution vers une chronicité de plus en plus remarquable de la maladie cancéreuse et la nécessité de plus en plus affirmée par les malades d'une prise en charge globale de la personne malade posent aux soignants le problème d'une relation à des sujets qui vivent au quotidien et pendant de longues périodes avec des effets secondaires importants. La démarche anthropologique est susceptible d'apporter des éléments compréhensifs qui peuvent être pris en compte dans un projet d'amélioration de la prise en charge de ses effets secondaires. Dans l'exemple qui sera exposé, l'interrogation sociologique est intégrée dans un processus d'optimisation de la prise en charge de la douleur par le développement d'un programme d'éducation du patient. L'éducation thérapeutique peut se limiter à la transmission d'information ou de savoir-faire techniques du soignant vers le patient. Elle peut également viser la modification du « locus of control » du patient vis à vis du symptôme. L'objectif devient alors de permettre au patient de progresser dans la mise en œuvre de stratégies qu'il a lui-même identifiées comme utiles.

Dans cette équipe inter-hospitalière de centres spécialisés dans le traitement du cancer en Rhône Alpes, l'investigation sociologique a été sollicitée en amont de la construction du programme, pour recueillir les représentations, pratiques et stratégies des différents acteurs (patients, proches, soignants, médecins) impliqués dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Nous présenterons ici la méthodologie et les résultats de l'analyse comparative de cette enquête ainsi que la façon dont elle a été utilisée dans la construction du programme d'éducation thérapeutique.

Les récits recueillis ont tout d'abord contribué à confirmer une problématique de la douleur déjà explorée sociologiquement, autour de laquelle peut s'exercer une grande tension entre soignés et soignants. Cette tension résulte notamment d'une difficulté à reconnaître l'expertise du patient comme « valable » par les soignants. Cet élément majeur de l'enquête a permis une prise de conscience par les équipes soignantes des progrès à mener pour une meilleure gestion de la douleur des patients dans un cadre hospitalier où elle était considérée comme optimale.

D'autre part, les conclusions de ce travail sociologique, confrontées au savoir expert médical sur la gestion de la douleur, ont permis d'orienter le programme d'éducation du patient sur trois points essentiels :

* Une relativisation de l'importance de la gestion médicamenteuse de la douleur que les soignants imaginaient essentielle.

* La nécessité d'un travail avec les patients sur la communication de « sa » douleur avec les soignants et les médecins et la mise au point d'outils personnalisés pouvant servir cette communication.

* L'importance de prendre en compte le regard social et notamment celui des proches sur les patients appelés à utiliser certains produits antalgiques (morphiniques).

Marie Bonnet, Anthropologue (doctorante) au SHADYC/EHESS, Marseille

« *Une anthropologue dans un service d'oncologie pédiatrique : Réception et transmission* »

Comment le travail de terrain d'un anthropologue dans une institution hospitalière peut-il constituer un espace de transmission ?

L'enquête de terrain qui est relatée ici a été menée, dans le cadre d'une thèse de doctorat, dans un service hospitalier universitaire d'oncologie pédiatrique. Ce travail a eu pour objectif d'examiner la réalité et la faisabilité de la prise de parole des enfants dans des situations telles que l'expression de leurs douleurs ou encore à l'occasion de leur participation aux choix thérapeutiques dont ils font l'objet.

L'observation a pris la forme d'une participation aux staffs médicaux hebdomadaires, aux visites, aux consultations - notamment d'annonce - en binôme avec des médecins du service, à l'école à l'hôpital, aux après-midi en salle de jeux, en salle de repos des soignants, en bureau des internes, au chevet des patients. Un journal a été tenu de façon à prendre sur le vif les propos entendus. Sur deux ans et demi (août 2004-janvier 2007), environ 150 cas ont été vus, soit de manière approfondie soit à travers une participation à la consultation médicale, à la visite ou aux staffs médicaux.

Cette position d'observateur participant permise par l'écoute, conforme à l'heuristique traditionnelle de l'immersion de l'anthropologue, a constitué une place de choix pour la compréhension des enjeux de la rencontre soignant-soigné et de la circulation tant des émotions que de la souffrance induite. En particulier, l'effet des actes de langage dans les interactions entre soignants et soignés a été particulièrement analysé.

Au-delà de l'observation, la participation de l'anthropologue à la vie du service a permis la création de multiples « espaces de réception », au sein desquels les résultats de l'analyse pouvaient être renvoyés vers les équipes soignantes. De tels espaces de réception ont pu être développés lors de séances de débriefing des consultations d'oncologie ou bien lors de diverses interventions : en staff médical, par le biais d'un enseignement ou à travers des publications dans les revues professionnelles. A ces espaces formels s'ajoutent de nombreux espaces informels : discussions de couloir, de vestiaire, de salle de repos.

Au fil du travail anthropologique, le dialogue avec les soignants a pu lentement faire émerger des effets de révélation : l'importance des mots, le rôle de l'auto-analyse et de la réflexivité, la circulation des émotions, un besoin en termes d'espace de parole ou de tiers médiateur, la prise de conscience d'effets de traumatisme dans la constellation du colloque singulier... Par sa position spécifique, l'anthropologue devient aussi un lieu privilégié d'adresse, par les soignants, de leurs désaccords et désajustements.

Sans que l'on puisse affirmer que l'anthropologue transforme les méthodes de travail, nous montrerons que l'attention donnée à toute la finesse de l'interaction et la lumière portée sur les effets des actes de langage ont pu apporter des dimensions nouvelles au travail difficile des soignants en oncologie pédiatrique et des perspectives d'enrichissement.

Marie-José Valderrama, Anthropologue (PhD), Professeur au Departamento Infermeria II, Université. du Pays Basque UPV/EHU, San Sébastien, Espagne

« *Soins palliatifs et système officiel de santé* »

Pendant les années 1970, on a assisté au développement des soins palliatifs, en Grande Bretagne (*Philosophie Hospice*). Au Pays Basque (espagnol) cette problématique apparaît dans les années 1990, avec la création spontanée de groupes de discussion autour de ce thème. Dans ces groupes, médecins et infirmières appartenant au réseau publique de santé (Osakidetza, Système Basque de Santé) ont créé et partagé un espace de réflexion et d'analyse avec d'autres professionnels provenant des Sciences Humaines et Sociales (notamment psychologues et travailleurs sociaux, et aussi quelques anthropologues), intéressés par ce sujet, motivés pour mieux le connaître et l'incorporer à sa pratique professionnelle. En résumé il s'agissait de groupes informels – constitués en marge du système sanitaire - caractérisés par la multidisciplinarité.

Fruit du travail de ces groupes, se sont développés dans le Pays Basque les premiers services dans ce secteur. Actuellement, la plupart des Communautés Autonomes espagnoles ont des Unités de soins Palliatifs plus ou moins développées selon des processus similaires; de même, les soins palliatifs ont été intégrés progressivement dans les Soins Primaires, et cela grâce au volontarisme des pionniers. Même s'il s'agit d'une expérience locale, je l'ai recueilli parce qu'elle a beaucoup de points communs avec le développement des soins palliatifs dans autres aires géographiques espagnoles.

Pour travailler selon la *Philosophie Hospice*, il faut changer les objectifs de travail, s'orienter vers la personne malade et prendre en charge ses besoins biologiques et sociaux. Cette perspective diffère de la formation reçue et de la dynamique propre à la biomédecine. La formation s'est posée comme objectif fondamental dans une double perspective, au niveau personnel ainsi que dans la planification de Séminaires de formation dirigés vers d'autres professionnels qui tenaient à s'engager dans ce champ de l'assistance sanitaire. Dans ces Séminaires (commencés en 92-93, dans le cadre de Osakidetza) on a travaillé sur l'interrelation entre les aspects notamment cliniques et les facteurs psychosociaux et culturels.

Cette formation a été positivement évaluée ; le plus grand niveau de satisfaction a été recueilli parmi les médecins et infirmiers/ères ayant une pratique professionnelle plus ou moins dilatée, en comparaison de ceux qui étaient en formation.

Cette communication aborde notre expérience relative aux difficultés de travailler avec des modèles de soins différents de ceux avec lesquels nous avons été formés, et différents aussi de celui de l'organisation sanitaire actuelle, ainsi que notre expérience comme enseignants dans ces Séminaires et aux difficultés à la transmettre.

À l'heure actuelle, nous avons en projet la création d'un Master en Soins Palliatifs ; nous devons être attentifs au fait de pouvoir y assurer une formation en Anthropologie de la Santé.

Geneviève Imbert, Médecin en santé publique, Anthropologue (PhD), Post-Doctorant au département de Bioéthique, Dalhousie University, Halifax, Canada

« *Ré-immersion dans l'espace clinique et confrontation aux pratiques soignantes déviantes : De l'inacceptable à l'indignation. Maltraitance à personne âgée en institution : Regard d'anthropologue* »

Selon l'OMS, la maltraitance des personnes âgées constitue l'un des aspects les plus cachés de la violence, un phénomène souvent négligé qui risque de s'aggraver vu le vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays. En France, dans son dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables incluant les personnes âgées, le ministère de la santé et de la solidarité a mis l'accent sur la « gestion des risques de maltraitance en établissement ». Si les mauvais traitements infligés aux personnes âgées s'inscrivent dans le sillage des violences familiales autrefois cachées, ils sont devenus aujourd'hui un problème émergent et préoccupant en matière de santé publique et de justice pénale et requièrent une action urgente. Pour autant, on relève que la maltraitance en institution reste mal connue. Qu'il s'agisse d'actes isolés ou répétés, d'abus, de violences qu'elles soient physiques, psychiques ou morales, matérielles et financières, médicales ou médicamenteuses, mais aussi de négligences actives ou passives produites dans une relation de confiance, la maltraitance à personne âgée génère inéluctablement un préjudice ou une profonde détresse subie, et souvent non dite. Le milieu des soins et de l'univers hospitalier constitue un terrain ethnographique particulier, étrange et qui interroge. Les observations des situations de soins permettent de collecter un matériel empirique hétérogène et parfois extrêmement singulier. Dans les services de psychiatrie, de gériatrie ou de gérontologie, de soins palliatifs, les soignants sont quotidiennement confrontés à des cas extrêmes de détresse et de souffrance, tant psychique que physique éprouvée par des personnes désorientées, en fin de vie. Pour certains professionnels de soins, le travail de nuit devient alors un refuge, un lieu dans lequel vont s'élaborer et se reproduire des pratiques déviantes, celles qui sont en dehors des normes, éloignées des référentiels de pratiques professionnelles. Ces services de soins sont ainsi un lieu dans lequel l'observateur de passage, pourtant familier avec le milieu clinique, ne pourra qu'être frappé par cette négligence insidieuse et qui, ignorée de surcroît, devient insupportable. Dans ces espaces de vie où les personnes âgées affaiblies, souvent atteintes de déficits cognitifs et de troubles du comportement, sont qualifiées par l'équipe soignante de « déambulantes, dérangementes et démentes », les soins de nursing sont parfois bâclés. Cette présentation se propose d'aborder la maltraitance à personnes âgées en institution à partir de la restitution du contenu d'observations menées dans certains services de gérontologie en région parisienne à travers le regard d'un anthropologue porté également sur le contenu de la formation initiale des professionnels de santé. Cette étude empirique originale révèle, avec une acuité particulière, le mode opératoire des pratiques déviantes de certains professionnels de santé, certes en sous-effectif. En portant un intérêt particulier sur les déterminants contextuels et individuels à l'origine de ces conduites, ces travaux mettent en lumière certains mécanismes explicatifs du phénomène de la maltraitance à personnes âgées en institution. Ils apportent des éléments pertinents pour s'interroger sur l'immense décalage qui existe entre le contenu de la formation initiale destinée aux futurs infirmiers/ères et aux aide-soignant(e)s, et la pratique quotidienne de ces professionnels de santé. Le phénomène de la maltraitance aux personnes âgées, appréhendé à partir d'une approche anthropologique et à la lumière de certains projets pédagogiques permet d'ouvrir sur la question lancinante des limites de ces pratiques déviantes, et plus largement sur les effets délétères de l'institution hospitalière devenue ici un lieu dépourvu d'éthique et de la dispensation de soins de qualité.

Samedi 27 Octobre

9h – 12 h : Articuler les savoirs

Président : **Aline Sarradon-Eck**, Anthropologue (PhD), chercheur associé au CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille

Alain Epelboin, Anthropologue (PhD), Chargé de recherche au CNRS, UMR5145, Paris

« *En et hors crise : que reste-t-il après une formation en anthropologie auprès de soignants ?* »

Nous envisageons ici deux types de rencontres entre anthropologie et médecine :
- celles réalisées lors de formations professionnelles permanentes relatives aux "migrants", auprès de groupes d'une quinzaine de professionnels médico-sociaux (infirmier et/ou puéricultrices et/ou médecins, ...) (PMI, HAD, services hospitaliers, ...) (1980-2007).

- celles réalisées à la demande d'équipes médico-sociales (Protection de la mère et de l'enfant, Hospitalisation à domicile, Médecine scolaire, Services hospitaliers de maladies infectieuses et/ou de soins palliatifs, équipes de réponses aux épidémies de fièvre hémorragiques virales), confrontées à des difficultés majeures avec des patients, des familles, voire des populations africaines. (1987-2007)

Un temps commun aux deux types d'intervention est celui qui consiste casser l'exotisme, à faire prendre conscience aux participants de leurs propres préjugés ethnocentriques, voire racistes, de lever des quiproquos transculturels (exemple du café au lit), de faire oeuvre de "traducteur culturel".

Que reste-t-il après ces interventions :

- pour certains; une ébauche d'anthropologie de soi, qui peut les inciter à s'investir dans des recherches personnelles et professionnelles, à accéder à de nouveaux "âge de la vie".
- de nouveaux « savoir-faire », notamment dans le domaine de l'hygiène, de l'alimentation, de la communication verbale et non verbale, d'une médecine systémique transculturelle... : pour bon nombre, vite oubliés dès qu'on est sorti de la crise.
- de nouvelles écoutes de l'autre avec des modifications de comportements professionnels, mais aussi citoyens
- un agacement, car trop "culturalistes".
- et pour certains, soignés ou soignants, une confusion quant à la personne de l'anthropologue : savant, imposteur ou devin ?

Laurence Pourchez, Anthropologue (PhD), chercheur associé CNRS, UMR5176, MHNH, Paris

« *Formation des sages-femmes et observation des conduites hospitalières à La Réunion : apports et risques de l'anthropologie* »

Je poursuis, depuis 1996, une étude anthropologique dans une maternité de niveau II située dans le nord-est de l'île de La Réunion. Au début de cette enquête, il s'agissait pour moi de relever, dans le cadre de recherches que je menais à l'occasion de ma thèse de doctorat, les représentations associées aux usages traditionnels réunionnais présentes dans le discours du personnel médical, sages-femmes, infirmières, puéricultrices et médecins. J'observais en outre la manière dont la culture créole était prise en compte dans le suivi médical des parturientes puis après la naissance de leur bébé, et mesurais l'écart existant, chez les mères, entre les conduites présentes en milieu hospitalier et la manière dont ces conduites étaient poursuivies ou abandonnées au retour à la maison.

Cette étude est toujours en cours et j'ai l'opportunité d'observer, de manière longitudinale, l'évolution des représentations et des conduites chez le personnel soignant comme chez les mères.

Parallèlement à cette étude et dans le cadre d'une anthropologie médicale appliquée, j'assure, depuis 2000, la formation en Sciences Humaines des élèves sages-femmes de La Réunion, de la première à la quatrième année, celle des infirmières en première et troisième année ainsi que celle des puéricultrices, ce qui me permet un va-et-vient entre théorie et pratique, entre observations, terrain anthropologique, restitution des données obtenues, formation du personnel médical .

Cette communication a pour objectif d'effectuer la synthèse de dix années d'observation en milieu hospitalier et de huit années de cours. Elle comprendra notamment l'analyse des réactions des élèves sages-femmes, infirmières, puéricultrices (populations majoritairement féminines) face à l'anthropologie, la manière dont elles transfèrent les apports fournis en cours sur le terrain professionnel.

Malgré une réelle avancée dans la prise en compte de la culture des femmes, mes dernières observations reflètent le risque d'une anthropologisation des pratiques. C'est alors toute la question de la formation qui se pose : une formation en sciences humaines du personnel médical ne peut se faire que de manière approfondie et non sous la forme d'une simple sensibilisation sous peine de voir apparaître diverses dérives (anthropologisation des pratiques, généralisation abusive des conduites culturelles) finalement largement préjudiciables aux femmes venues accoucher.

Christine Pirinoli, Anthropologue (PhD), Professeure, Filière physiothérapeute, Haute école cantonale vaudoise, Lausanne, Suisse

Liliane Staffoni, Physiothérapeute, Psychologue, Professeure, Filière physiothérapeute, HEHaute école cantonale vaudoise, Lausanne, Suisse

« *Sciences sociales et formation des professionnels de la santé vaudois : entre curiosité et méfiance* »

La Haute école cantonale vaudoise de la Santé est née en 2002 du regroupement des écoles de soins infirmiers, physiothérapeutes, sages-femmes et techniciens en radiologie médicale, lors du passage de ces formations à un niveau tertiaire. C'est à ce moment que les sciences sociales ont été officiellement intégrées dans les cursus. Cela s'est traduit, par exemple en soins infirmiers, par quelques cours sur le développement de la personne, le corps, les rituels (naissance, mort) et la spiritualité ; rien n'existe par contre en anthropologie de la santé. Chez les physiothérapeutes, outre la psychologie du développement, quelques cours sont dispensés autour de la relation au patient et en anthropologie de la santé. De manière générale, psychologie, sociologie, anthropologie et parfois histoire sont considérées comme relevant du « psychosocial » et donc relativement interchangeables. En outre, ce sont majoritairement des professionnels intéressés par ces questions qui les enseignent.

Or, cette intégration reste difficile. D'une part ces disciplines sont marginales puisqu'il ne s'agit que de quelques heures par année. Les contenus abordés restent donc introductifs. D'autre part elles peinent à trouver leur légitimité, aussi bien au niveau des étudiants, avides de savoirs-faires concrets, que de certains enseignants, qui estiment que ces apports se font au détriment de la pratique, laquelle a diminué avec le passage au niveau tertiaire. En d'autres termes, elles sont souvent réduites à leur dimension théorique et extérieure aux champs professionnels, ce qui conduit parfois à les considérer superflues et occulte l'importance d'une réflexion critique sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé et de la maladie, voire sur les professions elles-mêmes. Cette ambivalence se retrouve au niveau de la recherche : la formation à la recherche proposées aux enseignants est plutôt d'ordre biomédical, tout comme la majorité des projets. En outre, tout un discours déprécie les questionnements autour d'aspects « psychosociaux » considérés peu pertinents au regard des intérêts professionnels. Néanmoins, différentes instances professionnelles insistent sur la nécessité de telles recherches

précisément dans l'idée d'améliorer la prise en charge des patients. De même, les mémoires des étudiants, construits à partir d'une question professionnelle émergeant de leurs stages, sont pour beaucoup des problématiques de sciences sociales.

Au-delà de l'apport intrinsèque de ces disciplines, ces réticences peuvent également être dues aux postures des enseignants. En effet, le passage au niveau tertiaire implique une opposition entre deux profils : l'enseignant-professionnel axé sur un savoir-faire pratique versus le professeur qui, s'il continue à ancrer son enseignement dans la pratique, dispense des savoirs théoriques, notamment à partir de recherches, de littérature scientifique et d'un apport multidisciplinaire qui devrait inclure les sciences sociales. Dans les deux cas, ces dernières semblent cristalliser les tensions inhérentes à ces changements. Si les premiers valorisent la transmission d'une pratique souvent exclusive d'autres disciplines, les seconds tendent à valoriser le modèle biomédical et l'*Evidence-based practice* au détriment de regards plus larges qui questionnent le rôle du social comme déterminant de la santé. Ce constat montre la nécessité d'une réflexion critique non seulement sur les moyens d'une réelle intégration des sciences sociales dans les cursus mais également sur les compétences des enseignants en la matière.

Véronique Duchesne, Anthropologue (PhD) et formatrice, Centre d'Études des mondes africains (CEMAF, CNRS) Paris

Zahia Kessar, Anthropologue, psychosociologue, formatrice consultante, organisme EXPRESSION, Paris

« De la formation sur la culture de l'autre à l'accompagnement de l'équipe soignante »

À travers nos interventions auprès de professionnels de santé et d'équipes hospitalières, nous allons tenter d'analyser les demandes qui nous sont adressées ainsi que les différents dispositifs et démarches que nous mettons en place pour y répondre.

Les responsables de formation des établissements hospitaliers nous adressent des demandes ciblant soit directement la culture (comme par exemple « Mort, deuil et rites funéraires dans les différentes cultures », « Alimentation et culture »), soit la communication interculturelle ou bien encore une pratique plus générale (« Accueil des publics »). Les difficultés exprimées par les professionnels de santé que nous rencontrons au cours des formations concernent principalement la communication avec les patients et familles d'une autre culture, les pratiques de rites religieux au cours de l'hospitalisation, le vécu de la maladie et de la douleur. Ces professionnels considèrent souvent que des apports de connaissances sur la culture des publics vont résoudre ces difficultés. Or répondre à leur attente comporte le risque d'induire que les difficultés rencontrées dans la prise en charge soignante sont bien le fait du malade et de sa culture. Il importe alors de les sensibiliser à ce qui se passe dans la relation interculturelle, dans le contexte de l'hôpital et en rapport à l'événement qui a nécessité l'hospitalisation (maladie, naissance etc). À partir d'exemples de formations animées auprès de professionnels soignants, nous mettrons l'accent sur la façon dont nous sensibilisons les soignants aux dimensions sociales et culturelles du corps, tout en mettant en lumière leurs propres normes et valeurs. Ceci a pour effet de leur faire prendre conscience de la multiplicité des appartenances déjà présentes dans le groupe de formation.

À travers l'analyse des situations de soins interculturelles émerge souvent la dimension institutionnelle présente dans la relation soignant/ soigné. Et, il peut être utile d'amener les soignants à mieux en percevoir l'impact sur les situations.

Par ailleurs, il arrive aussi que des services de soins adressent une demande de formation sur les spécificités culturelles des publics pour résoudre des difficultés qui, après analyse se révèlent être liées à des dysfonctionnements institutionnels. Qu'il s'agisse, comme nous le montrerons, de déplacements dans l'ethnique de tensions autour des identités professionnelles, de désaccords autour du projet de soins ou de problèmes de fonctionnement (notamment avec les effets des réorganisations en cours dans l'institution hospitalière), il importe d'intervenir auprès de l'ensemble du service pour mettre à jour la nature des difficultés et envisager les démarches possibles pour les résoudre. Nous illustrerons ces différents points à partir d'une intervention dans un service de pédiatrie.

En conclusion, nous soulignerons l'importance d'analyser la demande de formation et son évolution pour concevoir des réponses qui permettent une amélioration des pratiques tant individuelles que collectives.

Géraldine Bloy, Maître de conférences en sociologie, Université de Bourgogne - LEG UMR CNRS 5118

Laurent Rigal, Interne Faculté de Médecine Université Paris Descartes - Département de Médecine Générale

« (Se) Former aux méthodes qualitatives : modalités et enjeux d'une rencontre sociologue-médecins généralistes »

La communication proposée est centrée sur l'analyse d'une expérience récente de formation de médecins généralistes

aux méthodes des sciences sociales. Les responsables d'un Département de Médecine Générale ont en effet sollicité une sociologue universitaire travaillant sur la médecine générale pour concevoir et dispenser à des généralistes volontaires (pour moitié enseignants, maîtres de stage ou directeurs de thèse, pour moitié internes de médecine générale), un enseignement sur les méthodes qualitatives.

Cette expérience originale a fait « travailler », à tous les sens du terme, les acteurs en présence. On tentera d'en dresser un bilan provisoire (des travaux pratiques sont en cours, la poursuite d'un travail commun sous une autre forme est envisagée) dans une mise en perspective à deux voix, médecin et sociologue.

On s'attachera tout d'abord à décrire le projet initial et ses conditions sociales de possibilité : quels intervenants pour quels médecins ? avec quelles visées ? sur la base de quelles épreuves antérieures autorisant la confiance réciproque ? quel format de cours et quelle autonomie pour le sociologue ?

On se propose ensuite d'analyser la dynamique propre de la rencontre intellectuelle et personnelle médecins/sociologue dans ce cadre, pour partie imprévisible : quels points de tension ou d'incompréhension ? (la science conçoit exclusivement en termes de reproductibilité des expériences, le qualitatif renvoyé au subjectif...) Quelles réorientations du propos ? (l'importance prise par les questions épistémologiques et éthiques n'était pas exemple pas prévue...) A quelles explicitations des manières « évidentes » de faire, de raisonner, de concevoir la science, est-on poussé de part et d'autre et qu'est-ce qui se clarifie au fil des séances ?

On réfléchira ensuite aux risques et bénéfices en termes de connaissance/reconnaissance inhérents à cette expérience. Pour des médecins généralistes, aspirant à une reconnaissance universitaire qui leur est difficilement accordée en France, existe un enjeu de transferts de savoir-faire et d'aide méthodologique à la réalisation de thèses pour les plus jeunes... au risque peut-être d'un sentiment de dépossession de l'expertise difficilement affirmée pour leurs aînés tout juste établis à la faculté. Pour le sociologue, la démarche consistant à détacher un enseignement méthodologique de son adossement logique à une culture d'ensemble en sciences sociales est problématique... Reviendrait-elle à encourager la captation inconsidérée de savoir-faire qui font partie du capital de la discipline, sans garantie possible sur les usages qui en seront faits ? Mais l'enfermement disciplinaire ou la rivalité suspicieuse seraient-ils plus productifs ? Le pari fait ici par les uns et par les autres qu'il y a plus à gagner qu'à perdre dans cet échange est à prolonger par l'analyse réflexive dont le colloque est l'occasion.

12h - 13 h : De l'accompli au nécessaire, comment progresser ?

Table Ronde avec Sylvie Fainzang, Yannick Jaffré, Raymond Massé, Janine Pierret, Ilario Rossi.

Posters

Séances de présentation : Jeudi 25 : 16h-16h30 et Vendredi 26 : 15h30-16h

Jean Faya, médecin, président d'Epi-Ethno Santé
Patricia Gaillard, Anthropologue, Epi-Ethno Santé

« *Pour construire un espace thérapeutique efficace... Faut-il former ou collaborer* »

Epi-Ethno Santé, Institut de recherche-action en santé publique, a pour vocation de contribuer à l'amélioration de la santé des populations défavorisées par un travail commun entre professionnels de santé et professionnels en sciences humaines.

La volonté exprimée par les organisateurs du colloque de l'AMADES d'« améliorer concrètement l'offre de santé en formant les soignants » pour « construire un espace thérapeutique efficace » nous interroge : la formation de l'Autre est-elle la plus efficace pour bâtir un lieu commun ? Dans les faits, se sont surtout les acteurs qui souhaitent être enseignés par l'anthropologie, mais souvent sans savoir ce que l'anthropologie peut apporter aux pratiques médico-sociales. De plus, jusqu'où le chercheur peut-il former les soignants aux « savoirs, savoir faire et savoir être », sans avoir lui-même l'expérience du soins ?

Si l'objectif est effectivement de « construire un nouvel espace thérapeutique », ne doit-on pas plutôt permettre les conditions d'un échange de savoirs ? La formation ne devrait-elle pas se concevoir dans une réciprocité, plus que dans un sens unique ? Les praticiens questionneraient les chercheurs sur la pertinence de la dimension théorique dans la situation concrète considérée ; les chercheurs feraient découvrir aux praticiens la relativité culturelle des conduites d'idées ou de valeurs que ceux-ci croyaient absolues.

Plus que par le « former », il nous semble que c'est par le « travailler ensemble » (ou « collaborer »), dans le respect des rôles de chacun (le chercheur cherche et l'acteur agit) que nous serons à même, au fil des rencontres, d'appivoiser le mode de pensée, les connaissances et la façon de travailler de l'autre. Alors peut-être, soignants et anthropologues pourront ensemble construire un espace thérapeutique plus efficace, et au delà, améliorer la santé des individus.

Paola Lavra, Anthropologue (doctorante), Université des Antilles et de la Guyanne

« *Les professionnels de santé face à l'univers symbolique de la naissance en Martinique* »

La présente proposition s'appuie sur l'expérience d'un terrain de recherche effectué à la Martinique dans le cadre

d'une thèse en anthropologie sur la naissance et la petite enfance en société créole.

Aux Antilles françaises, la pluralité des cultures en présence a donné naissance à un système original de représentations du corps et de la maladie d'où découlent des syndromes culturels difficilement identifiables par la médecine occidentale – et par des médecins qui sont souvent d'origine métropolitaine ou par des professionnels de santé formés selon les normes de la médecine moderne.

J'illustrerai ce décalage sémantique et culturel entre les soignants et les patients par deux exemples tirés de l'observation d'une maternité d'un hôpital du nord de l'île.

Un « groupe de parole » quotidien y a été créé pour favoriser l'expression des angoisses liées à la grossesse et promouvoir l'allaitement maternel. La séance quotidienne est introduite par la projection d'un film sur l'allaitement tourné en Norvège dans les années 1970, le seul dont disposent les puéricultrices. Impossible pour les Antillaises qui le regardent de s'identifier aux Norvégiennes aux yeux bleus, aux joues d'un rouge éclatant sur leurs visages blancs. Impossible de partager l'émotion qu'elles manifestent devant le miracle de l'allaitement, tant diffèrent leurs univers culturels. Difficile aussi d'exprimer leurs craintes réelles, comme celle que leur inspire le « dérangement » du lait, devant le mépris que les puéricultrices affichent à l'égard d'une telle crainte, lorsqu'elles osent en parler, comme à l'égard de l'ensemble des pratiques ancestrales et de l'univers symbolique dans lequel les femmes baignent hors de l'hôpital. D'où le projet que ce terrain m'a inspiré et qui a rencontré un accueil très favorable chez les puéricultrices : réaliser un film sur l'allaitement aux Antilles, qui restitue aux femmes une image culturellement cohérente du vécu de la grossesse et de la maternité et qui fournisse aux professionnels des éléments de réflexion sur une réalité aussi complexe.

Autre lieu : celui du cabinet de Marie-Laure, sage-femme échographe qui a suivi en métropole une formation sur le dépistage et l'annonce des malformations fœtales. Annonce qu'elle ressent comme posant des problèmes particuliers dans une société où la maladie apparaît comme la conséquence d'un sort ou de la violation d'un interdit, et conduit les femmes à recourir au *séancier* pour enlever le sort jeté au fœtus malformé. Formée à repérer un désordre biologique, Marie-Laure ne peut pas prévenir le désordre social dont elle ne connaît pas le langage. Mais, à la suite de discussions sur mon travail, elle a mis en place un programme de dépistage des problèmes psychologiques et des syndromes culturels qui surviennent dans les premiers mois de la grossesse, destiné à mieux connaître et prévenir les pathologies liées à cette période.

Marie-Claude Leneuve, Coordinatrice Espace éthique de la Santé de Basse Normandie (ESBN), doctorante en socio-anthropologie de la santé et éthique, CSRES/CEERE, Université Marc Bloch, Strasbourg

« Les "Espace éthique" : un groupe primaire éphémère dans le temps et dans l'espace »

L'« Espace Ethique » est un lieu d'échange des expériences et des savoirs. Concrètement, ses objectifs sont d'aider le promoteur d'une saisine à déterminer les diverses questions inhérentes au problème posé en les hiérarchisant afin qu'il puisse être capable d'y répondre de façon responsable. D'abord, un groupe restreint se réunit (Directeur, coordinateur, promoteur et « spécialistes » de la question) afin d'analyser le contexte de la situation (qui pose la question, A qui ? Quels sont les différents protagonistes mis en interaction...) et de la question (S'agit-il d'une question principale inédite ou secondaire à une autre question ?). Ensuite, le groupe au complet est convoqué pour appréhender d'un point de vue éthique selon différentes approches (anthropologique, économique, juridique, médiatique, médicales, scientifique, sociologique, théologique...) les différents dilemmes que la question soulève. Il s'agit d'évaluer le cas présenté selon des principes éthiques dans un souci du « Comment faire pour bien faire ». Toujours rester dans l'optatif en évitant le danger de s'engager dans l'optique d'une décision impérative qui relèverait de la morale et ne pas céder à la tentation de débattre dans l'urgence. Après consultation, il revient au promoteur de la saisine d'agir en conséquence de ce qui lui semble le mieux ou le moins pire (Nous sommes souvent confrontés à une éthique du moindre mal). La décision adoptée par le promoteur est ensuite analysée et synthétisée par les membres du groupe de l'Espace Ethique. Ceci permet à chacun, au groupe, mais aussi au réseau des « Espace Ethique » qui collaborent ensemble, d'évaluer l'impact de la délibération et de prendre du recul par rapport à sa pratique, ses théories... Ce qui a pour conséquence directe de transformer les pensées, les pratiques médicales et cliniques. Cependant, soumise au devoir de réserve, la synthèse de l'analyse reste confidentielle tant que le promoteur décide de soulever le secret et permette la diffusion de l'information qui pourra servir de document pédagogique, de thème pour l'élaboration de conférences...

L'« Espace Ethique » est donc appelé à se manifester comme un espace qui permet à chaque participant de se réapproprier ponctuellement, par la raison et la réflexion, d'un contexte particulier de vulnérabilité auquel chacun est réellement ou potentiellement confronté. Il semble ainsi travailler à la mise en œuvre d'un processus d'accompagnement mais aussi entériner la tendance actuelle qui consiste à développer des regroupements temporaires pour permettre le passage vers autre chose par l'adaptation d'une réflexion particulière qui répondent aux demandes et aux besoins d'un questionnement spécifique.

Dans l'attente d'un arrêté qui définira son action et au stade actuel de son expérimentation, l'« Espace Ethique » est un espace intermédiaire entre les différents savoirs et le reste aussi d'un point de vue temporel et spatial. Cependant, la phase transitoire, dans laquelle il se situe, laisse également supposer des ouvertures potentielles qui pourront favoriser la mise en relation des initiatives déjà existantes et celles qui émergeront lors de la confrontation du public hétéroclite qu'il est susceptible d'accueillir. Ainsi, l'absence d'institutionnalisation véritable des « Espace Ethique » incite à les considérer aujourd'hui comme des groupes intermédiaires dans le temps et dans l'espace, permettant aux individus (soignants, soignés et entourage) de travailler à l'acceptation de l'épreuve *via* le partage et l'agir communicationnel qui émanent de ses sphères.

Sandrine Musso, Anthropologue (doctorante) EHESS, Paris/ CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille)

« La formation des médiateurs de santé »

Le poster que nous proposons a pour objet l'exposé des conditions de possibilité et la contextualisation d'un programme de formation de « médiateurs de santé publique ». La perspective anthropologique adoptée sur ce programme, auquel nous avons collaboré de 2001 à 2005 à titre de formatrice, coordinatrice d'un site local et chercheuse, réside dans la grille de lecture « holiste » que nous mettrons en œuvre dans son exposé. Le poster traitera successivement de 4 axes : le contexte d'émergence du programme, les sources auxquelles il a puisé, ses acteurs, et ses enjeux. De sorte que, de manière transversale, les définitions latentes ou explicites de ce qui définit la « médiation, ses « attributs » et la pluralité des définitions de la *proximité* véhiculés dans le cadre de ce programme seront mis en perspective.

Aline Sarradon-Eck, Médecin, Anthropologue (PhD), chercheur associé au CReCSS, Univ. Paul Cézanne d'Aix-Marseille

Bruno Assemat, Médecin généraliste, Formateur MG-Form

« L'anthropologie dans la formation continue des médecins généralistes : regards croisés »

Depuis une quinzaine d'années, exprimant un besoin de formation complémentaire à leur formation initiale, les généralistes se tournent vers les anthropologues et les sociologues à la recherche d'outils pour comprendre les comportements des malades et améliorer leur action thérapeutique. Le poster propose de confronter les points de vue d'un anthropologue et d'un médecin formateur intervenant dans des sessions de formation médicale continue pour les généralistes.

Le point de vue de l'anthropologue :

Les anthropologues sont invariablement sollicités sur les thèmes de « l'interculturalité » ou sur la « relation médecin-malade ». Néanmoins, si dans le premier thème les attentes se font en termes de « traduction », dans le second, elles ne sont pas clairement définies. Le « relationnel » est un concept flou, souvent assimilé aux sciences humaines. Dès lors, l'anthropologue est un perturbateur, pas seulement lorsqu'il essaie de restituer le point de vue du malade (c'est au minimum ce qu'on attendrait de lui), mais surtout lorsqu'il révèle les logiques socioculturelles des pratiques médicales. De plus, les médecins ont des difficultés à se défaire d'une lecture exclusivement psychologique ou psychopathologique des comportements des malades et à adopter une lecture socioculturelle des situations de leurs patients. Toutefois, les praticiens des sciences sociales ont des efforts à accomplir pour penser les outils pédagogiques qu'ils utilisent dans ces formations. Les techniques conçues par les médecins eux-mêmes (interactivité, exposés de cas, jeux de rôles) sont plus adaptées que les exposés magistraux à la transmission d'un savoir anthropologique opérationnel dans la pratique médicale. L'enjeu, pour l'anthropologue, est d'arriver à décrire toute la complexité du social, alors que l'on attend de lui des « messages clefs » au risque d'être réducteurs.

Le point de vue du médecin généraliste formateur :

Le médecin est confronté à la complexité de la personne dans son environnement dont il n'a pas, le plus souvent, les clefs de lecture. Lui-même est un sujet complexe dont la pratique est socialement et culturellement construite : il croit parfois appliquer aux malades les dernières données validées de la science, mais souvent, il ne fait que partager leurs représentations, au pire confronter ses représentations à celle de ses patients. L'enjeu de ces formations est donc d'inciter les soignants à abandonner quelques instants les niveaux logiques dans lesquels ils situent habituellement leur réflexion et leur décision : ne plus voir seulement la personne comme un être de chair, « mécanique » compliquée à « réparer » ; ne plus la voir seulement comme un être de souffrance, blessure existentielle à panser. Dès lors qu'il a perçu les niveaux sociaux et culturels de la décision médicale, sa vérité « médicale » devient relative, et il peut accéder à celle du patient. Plus que de transmettre des savoirs, c'est dans l'exposé et le partage de son regard sur la personne, que l'anthropologue pourra (r)éveiller chez le médecin l'intérêt pour ces dimensions oubliées.