

Éditorial

Posture critique et pratiques humanistes en santé et services sociaux : comment réconcilier les perspectives?

Marguerite Soulière

L'intention de ce numéro est d'apporter une contribution à une réflexion inépuisable, qui à la fois dynamise et divise le travail social. Venue de l'extérieur de la discipline (j'ai une formation en anthropologie médicale), je suis maintenant plongée dans ce questionnement viscéral, depuis que je suis professeure dans une École de service social. Cet enjeu m'est apparu avec de plus en plus d'insistance et de conviction à travers mes cours, les préoccupations et les intérêts des étudiants, à travers les discussions avec et entre les collègues. Ce questionnement va parfois jusqu'à s'ériger en opposition entre deux camps se protégeant l'un de l'autre...chacun se considérant comme gardien et porteur de piliers de la discipline.

Cette tension dynamique au sein du social est d'autant plus intéressante et vivante qu'elle pousse à réfléchir, à clarifier l'intention éthique que portent l'enseignement et la recherche dans ce champ. Tout cela n'est pas étranger au fait que le travail social se retrouve inévitablement face aux enjeux majeurs de nos sociétés modernes avancées par le biais de la souffrance sociale, et qu'il se donne la mission d'y pallier, à la fois ici et maintenant, et sur un horizon de transformations structurelles. L'urgence d'agir talonne quotidiennement la discipline. C'est ce qui alimente à la fois son engagement et sa cécitéⁱ.

Dans le contexte social, économique et politique actuel, cette urgence d'agir, de se responsabiliser et de s'engager dans le changement social tourmente de plus en plus d'autres disciplines où les notions d'inégalités, de souffrance, de soin et d'accompagnement en sont des axes moteurs.

Pour traiter de cette question, l'introduction de ce numéro dédié à des expériences d'interdisciplinarité dans le domaine de la santé et des services sociaux, propose un parallèle entre trois champs disciplinaires : le travail social, la médecine et l'anthropologie médicale appliquée. Chacun à sa manière est confronté aux mêmes enjeux sociopolitiques et se développe à travers des débats similaires. En juxtaposant ces tiraillements internes, cela risque de brouiller les frontières qui limitent la question à chaque champ isolément, de changer l'éclairage en quelque sorte, pour ouvrir la réflexion et la situer dans la conjoncture d'une époque qui se donne à lire précisément dans ces tensions. Il s'agit en fait d'une tentative de tendre des ponts entre les disciplines qui partagent ce courage de poser et d'articuler une posture critique tout en formant des praticiens qui, sur le terrain, dans la vie de tous les jours, sont appelés à comprendre et à agir pour alléger, soulager la douleur, la souffrance, le malheur ou la détresse.

Le service social : deux disciplines ou deux perspectives?

Dans son récent livre *Repenser le Service social*, Nérée Saint-Amand (2011) campe à sa manière les origines historiques et idéologiques de la discipline du Service social et de la division qu'elles suscitent. Il y présente deux femmes, Jane Adams et Mary Richmond. Deux femmes remarquables, qui se sont dévouées à soulager la souffrance qui affligeait

les classes défavorisées de l'Amérique industrielle au tournant du 20^{ème} siècle, pendant et après la Grande Guerre. Chacune issue d'un milieu, d'une trajectoire personnelle, d'une démarche de réflexion et d'action, d'affinités de pensée et de spiritualité, chacune, avec tout cela a fourni des apports substantiels dans le domaine de l'intervention sociale, des apports qui comportent du point de vue critique de l'auteur, de profondes nuances.

Sans reprendre la thèse de Saint-Amand, je ferai ressortir les trois éléments clés au cœur de la différenciation : l'origine de la souffrance, la manière de la soulager et le souffle qui porte l'action de ces femmes.

Il présente d'abord Mary Richmondⁱⁱ, pour qui l'origine de la souffrance se trouve dans la personne. C'est donc en intervenant auprès de chaque individu souffrant ou en difficulté, qu'il est possible de susciter une prise de conscience qui mène à un changement de comportement, à une prise en charge par chaque personne de ses conditions d'existence. Cela fait appel à la capacité et à la responsabilité de chacun d'intervenir sur sa propre vie. Une intervention individuelle, où se développe une relation de confiance réciproque amènera la personne affligée à réaliser de ce qui est bon pour elle et pour ses proches. Cette approche est en rapport avec une double vision de la souffrance et de la détresse : une vision médicale (le mal peut être circonscrit, diagnostiqué, traité et guéri) et une inspiration judéo chrétienne (les forces du mal sont en nous, et nous nous devons de les combattre ; il est possible de les vaincre à force de volonté, de vertu et de prière). Ainsi la personne individuelle est la cible-clé de l'intervention, tout en étant dés-individualisée, dans la mesure où elle est appréhendée à partir de sa correspondance à un profil catégorisé, associée à un groupe « à risque » identifié comme en danger et/ou dangereux.

Dans cette perspective, ce qui contrarie Saint-Amand et tous ceux qui partagent ses réticences à cette approche, c'est que dans les visions médicale et judéo-chrétienne, les personnes se retrouvent coincées d'une certaine manière dans des dispositifs de pouvoir (pronostics, diagnostics, suivis, interventions-traitements, mesures/évaluations des changements de comportements) se préoccupant avant tout du contrôle des éléments qui pourraient perturber la morale et l'ordre social. Abordée sous cet angle, on se demande alors dans quelle mesure la personne est ici considérée comme responsable de sa condition d'affligée.

Mary Richmond, qui avait grandi dans la pauvreté et la précarité s'est dévouée à observer de près les personnes aux prises avec des conditions de vie difficiles pour trouver des solutions à leur souffrance, théoriser des modes d'intervention qui les délivreraient (et implicitement, la société) du poids de leurs vies précaires et marginales.

St-Amand présente ensuite Jane Adamsⁱⁱⁱ, pour qui le point de départ est tout autre. Issue d'une riche famille propriétaire d'usines à bois, sa sensibilité à la souffrance humaine et son engagement dans le changement nécessaire pour l'alléger a pris une orientation distincte. Si le point de départ fut le même, la détresse que vivent des personnes vivant des formes de pauvreté et d'exclusion sociale, sa compréhension du phénomène déborde la vie et les conduites des individus. Elle prend conscience que ce qui projette les personnes dans des situations de souffrance les dépasse en grande partie. S'il faut s'occuper des difficultés que vivent les individus et les groupes, on ne peut le faire de manière efficace sans remonter et agir aux sources de ces souffrances. Celles-ci sont

produites par des choix politiques, des structures sociales qui maintiennent des personnes et des groupes dans des conditions qu'individuellement, ils ne peuvent que difficilement se soustraire. Dans cette perspective, la cible d'action de Jane Adams déborde très vite des personnes identifiées comme vivant des difficultés ou étant des problèmes sociaux. Elle se rend ainsi compte que les femmes, les immigrants, les travailleurs sont des groupes sociaux dont les membres partagent collectivement des contraintes économiques, sociales et culturelles qui perpétuent des inégalités et les maintiennent dans des conditions d'existence particulièrement difficiles.

Comme l'origine de la pauvreté, la précarité, l'exclusion, la violence se trouve à même les structures sociales, la manière d'y faire face fut pour la pionnière : l'ouverture d'un lieu de rencontre, de réflexion, de création et d'action (Elle ouvre une maison *Hull House*). Pour Jane Adams, l'intervention est dans la création de solidarités sociales, suivant le principe d'inclusion sans faire de différence en fonction du milieu socioéconomique, de l'âge, du sexe, de l'origine culturelle. La contribution de Jane Adams à la discipline du travail social fut un profond engagement social et politique avec les femmes, les immigrantes et en faveur de la paix. Pour elle, le sexisme, le racisme et la guerre notamment, sont des sources de souffrance sociale. C'est dans la compréhension de leurs mécanismes et de leurs effets sur les personnes et les groupes qu'il est vraiment possible d'agir pour en alléger le poids quotidien, et de transformer les structures qui les produisent et les perpétuent^{iv}.

Ce que je retiens de cette double analyse que fait Saint-Amand, au-delà des enjeux pour la formation et la pratique du service social qu'elle révèle, c'est la position à partir de laquelle chacune de ces femmes a été inspirée à réfléchir et à agir. Une expérience propre de la pauvreté et la précarité, et tout ce que cela comporte quand elle est vécue de l'intérieur, d'une part, et de l'autre, à l'inverse, pourrait-on dire, un accès au voyage, une ouverture sur le monde, donc à une perspective transnationale de l'exclusion et des inégalités sociales. De la proximité et de la distanciation de la souffrance humaine et sociale a émergé une discipline d'intervention et d'engagement dans la vie de tous les jours.

Cette double posture qui caractérise le travail social se transpose parfaitement à la médecine et l'anthropologie médicale appliquée. Par ailleurs, les praticiens et les chercheurs au sein de ces trois disciplines étroitement concernées par la souffrance sociale n'envisagent pas tous leur contribution dans le monde actuel dans les mêmes termes. La diversité des angles de vue découle d'un ensemble d'interrelations entre diverses composantes : elle peut provenir (mais pas seulement et pas toujours), du lien avec l'intervention et du rôle joué au sein de la pratique dans la vie de tous les jours. Elle peut aussi être en rapport avec les positions dans la hiérarchie sociale et professionnelle et des relations entretenues avec les institutions de soins de santé et de services sociaux. On peut également l'attribuer à la pluralité des repères théoriques et des approches méthodologiques avec lesquels travaillent les chercheurs, à partir de leurs sensibilités personnelles. C'est dans cette complexité et cette diversité jamais fixe ni définitive, que se forment et se transforment les connaissances qui fondent les discours et les pratiques.

En quels termes ces différentes visions des chercheurs et des praticiens se formulent-ils en médecine et en anthropologie médicale appliquée ; comment apparaissent-elles au sein de ces disciplines qui, tout comme le travail social sont sensibles à la souffrance de l'Autre, aux inégalités et aux injustices?

La médecine et la santé : pour soigner ou contrôler?

Le versant critique de la médecine est essentiellement développé dans les sciences sociales de la médecine *Social Sciences and Medicine* (qui inclut des praticiens cliniques). On s'indigne du pouvoir conféré à l'institution médicale et à la fonction de contrôle que prend la notion de santé dans nos sociétés modernes avancées. À commencer par Ivan Illich qui sonna l'alarme dans les années 1970, sur les effets iatrogéniques (les maux physiques, sociaux et structurels) d'une présence médicale autoritaire qui s'était imposée pour devenir la seule voie par laquelle il devenait possible de penser et d'agir sur la santé (Illich, 1970). Lorsqu'il reconsidéra les discours et les pratiques médicales, dans le tournant du 21^{ème} siècle, il infléchit son discours, se joignant à de nombreuses voix inquiètes de la dictature de la SANTÉ, cette fois, comme fin en soi, objectif ultime et surtout, comme étalon de normalisation sociale (Illich, 2000). La notion de santé, avec en interface celle des risques pour la santé (mentale, physique, sociale, économique, politique, etc..) s'était répandue au point de devenir une nouvelle grammaire sociale (Soulière, 2009).

De ce versant critique, on y dénonce les nouvelles pathologies qui ne cessent d'apparaître, en même temps que de nouveaux médicaments (Colin, 2007) et de

nouvelles catégorisations en groupes à risque de développer ces nouveaux maux. Or donc, si quarante ans en arrière, le trop de médecine était au cœur du discours critique, le trop de santé suscite aujourd'hui une polémique entourant l'impact de son empreinte dans la définition des idées, des représentations et des pratiques (Cognet, 2007). La santé parfaite, la performance et la perfectibilité des corps et des esprits sont autant de principes incorporés par les individus, tant pour guider les comportements, que pour se situer et se penser par rapport à la norme sociale (Yaya, 2009). L'institution médicale (qui englobe l'ensemble des volets santé et services sociaux) se retrouve comme le moteur des nouvelles formes d'exercice de pouvoir, de *gouvernementalité* qui caractérisent son autorité actuelle.

Le discours critique des sciences sociales de la médecine attire aussi l'attention sur le fait que les établissements se retrouvent coincés dans le tournant *économique* des sociétés modernes avancées. Ils sont entrés dans la logique managériale de performances institutionnelles, tant pour *réussir* à équilibrer leur budget que pour « *briller parmi les meilleurs* », rester *compétitifs* sur le *marché* international des hôpitaux universitaires. De manière accélérée et intensifiée depuis les années 1990, le domaine de la santé se livre au credo néolibéral de développement technologique, de production de richesse, de marchandisation et de privatisation. La santé se transforme graduellement en une marchandise offerte aux entreprises et à l'enrichissement privé. Si les investissements en santé augmentent, ils sont en ce sens de plus en plus investis dans des infrastructures et de la biotechnologie (super-hôpitaux, équipements hypersophistiqués et médicaments). La pratique de la médecine s'engonce dans des impératifs contradictoires de faire plus

avec moins, de se penser en termes de coûts/bénéfices, pendant que les investissements dans des mesures sociales, qui à long terme produisent de réels changements, sont graduellement éliminés^v.

Sur le terrain, dans la vie de tous les jours des services sociaux et de santé, des unités de soins, des établissements de services spécialisés, il y a des personnes aux provenances, aux profils et aux histoires multiples et variés. Elles donnent naissance après une césarienne, elles consultent pour des maux de ventre, elles doivent vivre avec un trouble de développement, un handicap physique ou intellectuel, elles sont malades et veulent guérir et recevoir des soins. Elles souhaitent être entendues et respectées dans ce qu'il y a de plus intime, de plus significatif pour elles. Ces moments de passage comme l'annonce d'un diagnostic, l'affaiblissement causé par la maladie, les traitements, la convalescence et la fin de vie sont des occasions clés de l'existence où se manifestent, se transforment et se consolident les appartenances sociales et culturelles.

Et il y a des soignants et des intervenants qui ne demandent qu'à *être là*, présents aux personnes qui ont besoin de leur aide. Ils ont comme objectifs de les soigner et les aider à guérir. Ils cherchent à les accompagner dans la traversée d'une expérience marquante ou douloureuse, pour alléger, voire soulager leur souffrance. Ils le font avec les outils de leur formation d'infirmière, de médecin, de préposée, de travailleuse sociale pour ne nommer que celles-ci, avec leur humanité et leur engagement. Ils ne cessent par ailleurs de tenter de faire entendre les limites de leur pratique dans les conditions de précarité actuelle conjuguées à la pression de production et d'efficace rationalisation. Comme ils sont en

première ligne auprès des malades, occupés dans ces enjeux et ces défis que leur pose leur quotidien, ils sont souvent la cible des frustrations face aux apories d'une institution pour qui la maladie n'est plus sa raison d'être mais l'obstacle à sa santé financière.

Comment rester vigilant et conscient des enjeux sociaux, économiques et politiques qui parasitent la pratique de la médecine, et plus largement des interventions dans le domaine de la santé et des services sociaux, tout en reconnaissant l'intention humaniste et l'engagement des soignants et des professionnels de première ligne? Comment garder la liberté de penser et de dénoncer les discours et les pratiques institutionnels tout en honorant les savoirs expérientiels des professionnels et en entendant leurs préoccupations de parfaire leurs pratiques et de s'ouvrir à la diversité sociale et culturelle des personnes qui ont recours à leurs services? Comment tendre des ponts entre ces deux versants, critique et clinique de la santé et des services sociaux?

L'anthropologie médicale appliquée : au service de qui, de quoi?

Ces questions brûlantes, autant du fait de leur légitimité que de leur évocation en termes d'opposition ou de contradiction, se retrouvent au cœur des débats en anthropologie médicale appliquée. Par définition et par tradition, l'anthropologie médicale (ou anthropologie de la santé) développe ses objets de recherche et/ou contribue à l'application des résultats en étroite collaboration avec les cliniciens, les professionnels de la santé et parfois, les travailleurs sociaux. Elle se définit aux confins de la théorie et de la pratique et entrelace ses préoccupations avec celles des intervenants en santé: la prévention et la promotion de la santé ; l'accessibilité des soins, la relation soignant-

soigné et la réponse adéquate et efficace aux demandes de soins, d'aide et de soutien des personnes souffrantes, malades, ou en détresse.

Les fondements des débats qui dynamisent et divisent l'anthropologie médicale sont d'ordre épistémologique : dans quelle mesure la compréhension anthropologique de la santé et la maladie est-elle influencée par la perspective biomédicale (qui est une approche de la médecine parmi d'autres)? Et quels sont, des facteurs biologiques et environnementaux d'une part, et de l'autre, des forces politiques, des relations de pouvoir, des contextes sociaux, économiques et culturels, ceux qui influencent prioritairement la santé et la maladie? Voilà le cœur de l'inépuisable débat dans ce champ.

Cela se pose en termes de problématiques internes qui interpellent le positionnement des anthropologues médicaux face à la biomédecine et leur rôle dans les institutions de santé. Plusieurs d'entre eux ont travaillé main dans la main avec les épidémiologues en santé publique aux niveaux local et international (Massé, 1996 ; Desclaux, 2000). Tout en se reposant sur les études populationnelles qui font état des taux d'incidence et de prévalence des maladies en lien avec différents facteurs de risque (biologiques et environnementaux), ils ont fait valoir l'importance de porter attention aux spécificités culturelles et sociales entourant l'expérience de la maladie, aux logiques *émiques* (ou savoirs populaires) qu'utilisent les personnes malades et leur entourage pour expliquer les causes, les moyens de prévenir et de soigner le mal qui les afflige (Massé, 1996 ; Desclaux, 2000; Bibeau et Vidal, 2002).

D'autres se sont dédiés à l'appui au travail clinique dans les institutions et les organismes de santé (Good, 1994; Kleinman, 1995). Ils ont travaillé à traduire en recommandations pratiques pour l'intervention, les éléments culturels significatifs et essentiels à la bonne marche vers la guérison et la santé des personnes malades (Laplantine, 1988 ; Helman, 1990). Cela couvre des aspects aussi diversifiés que les relations dans le couple, la famille ou entre les générations, les conceptions corporelles, les représentations sociales et culturelles de la santé et la maladie, des croyances et des tabous entourant des maladies spécifiques, le VIH sida, par exemple (Desclaux, 2000).

La rencontre de l'Autre en tant qu'expert de lui-même, en tant que précieuse source de connaissance est au cœur de la recherche et la pratique anthropologiques. L'application des savoirs ethnographiques dans le champ de la santé est un patient travail de traduction et de déplacement qui rencontre de nombreux défis de légitimité et d'insertion dans une institution fortement gardée par un système de valeurs fortement ancré.

Dans l'autre versant de la discipline, les anthropologues médicaux critiques croient qu'il est impensable d'œuvrer dans le champ de la santé sans reconnaître la position hégémonique de la biomédecine et des relations de pouvoir qu'elle impose forcément (Scheper-Hughes, 1990 ; Singer, 1990). Ils rappellent qu'à ses origines, l'anthropologie avait entretenu des rapports obscurs avec le colonialisme : à qui étaient utiles les informations que recueillaient les premiers anthropologues dans les colonies anglaises, chez les Indiens d'Amérique, notamment? Était-ce pour leur émancipation ou pour leur manipulation par le pouvoir colonial? Aujourd'hui, la même question se pose concernant

les anthropologues médicaux qui sont engagés dans une mission de médiateurs culturels (*cultural brokers*) dans le milieu médical. Dans quelle mesure répondent-ils aux besoins des praticiens qui souhaitent amener les patients à adhérer à leurs traitements, à adopter les « bons » comportements? Les anthropologues se situent entre deux cultures, celle de l'institution biomédicale et celle des patients qui se réfèrent à des réseaux de signification entourant les malaises, les maladies et les handicaps qui le plus souvent échappent aux praticiens. Où et comment se positionnent les anthropologues lorsque les intérêts et les objectifs des patients ne coïncident pas avec ceux des médecins ou de l'institution? En fonction de quels intérêts le font-ils? Peuvent-ils vraiment travailler dans une institution sans encourager les pratiques dominantes? De quelle liberté professionnelle et intellectuelle disposent les anthropologues médicaux dans les chasse-gardées de la biomédecine? Sont-ils toujours les bienvenus s'ils en remettent en question les prémisses épistémologiques (la dichotomie corps-esprit par exemple), s'ils dénoncent les relations de pouvoir inhérentes à la pratique, s'ils attirent l'attention sur les contradictions et les incohérences dont ils sont témoins?

Un véritable travail engagé signifie pour les anthropologues médicaux critiques un constant recadrage économique et politique des questions de maladie, et de santé et services sociaux (Scheper-Hughes, 1990 ; Singer, 1990). D'abord cela exige de les mettre en rapport avec ce que font les pouvoirs économiques et politiques sur le corps et l'âme des personnes et des groupes (avec une force particulièrement intense dans les économies capitalistes globalisées) (Kleinman et collab., 1997). Cette tendance: *...understands health issues in light of the larger political and economic forces that*

pattern interpersonal relationships, shape social behavior, generate social meanings, and condition collective experience (Singer, 1990 p. 181). Cela amène à insister sur la concomitance du biologique, du social et du politique dans la production de la santé et la maladie. En ce sens, la maladie :

... is not a straightforward outcome of an infectious agent or pathophysiologic disturbance. Instead, a variety of problems-including malnutrition, economic insecurity, occupational risks, bad housing, and lack of political power-create an underlying predisposition to disease ad health (Wallerstein, 1974 dans Singer 1990, p.182)

Ensuite, cet engagement des anthropologues critiques implique de prendre en compte l'expérience de la personne souffrante dans son unicité et sa particularité. La maladie et la souffrance sont des formes d'expériences de l'existence humaine qui ne doivent pas disparaître derrière l'attention portée aux seules dimensions politiques, économiques et sociales. Finalement, la prise en compte de l'expérience subjective (ce que vit la personne et le sens qu'elle lui donne) est d'autant plus importante qu'une véritable anthropologie critique appliquée appelle à un dialogue étroit et constant entre l'expérience individuelle et collective de la maladie et les contextes macrosociaux qui la façonnent et en délimitent le cadre et le sens donné (Scheper-Hughes, 1990). Plutôt que de formuler des problèmes de recherches en lien avec l'un ou l'autre des niveaux, sociopolitiques ou expérientiels, les étudier en interrelation permet de mieux saisir les enjeux structuraux qui interfèrent dans la production et l'interprétation de la maladie, des malaises, des problèmes individuels et collectifs, et inversement mieux comprendre comment ces expériences individuelles et collectives amènent à voir les multiples stratégies de résistance d'une part et de l'autre participent à une reformulation constante des discours de vérité produits par les données en chiffres.

Comment tenir compte de cette tradition disciplinaire et cet ancrage critique tout en étant partenaires des professionnels de la santé et des intervenants sociaux dans des unités de soins et des établissements de santé et de service sociaux? Comment réconcilier un courageux positionnement politique et le profond désir d'ouverture à l'Autre, de compréhension mutuelle pour faciliter la pratique clinique et le travail d'intervention?

Toutes ces questions ne nous ramènent-elles pas à l'héritage des pionnières du travail social, Mary Richmond et Jane Adams?

Cette plongée dans les doubles versants, critique et clinique, qui caractérisent le travail social, et qui pénètrent aussi la médecine et l'anthropologie médicale appliquée donne une idée de ce qui (pré)occupe les disciplines qui participent d'une manière ou d'une autre à alléger la souffrance de l'Autre aujourd'hui en 2012. En juxtaposant les trois, on peut apercevoir que les leviers qui articulent les apparentes irréconciliations les traversent toutes. Le double positionnement, qui se vit souvent comme un tiraillement interne, se retrouve en fait dans toutes ces disciplines où les notions d'inégalités, de souffrance, de soin et d'accompagnement en sont des axes moteurs. Maintenant, comment réfléchir ces tensions, ces profonds écarts, parfois, en termes de possibles rapprochements intra et interdisciplinaires?

Les disciplines sont délimitées par leur tradition respective tout en étant bousculées par les changements constants et rapides dans les sociétés modernes avancées. Qu'on l'entende ou non, les traditions disciplinaires sont continuellement appelées au décentrement, à la souplesse, à l'ouverture et la création pour réfléchir, comprendre et

agir dans un monde en transformation. Un monde paradoxal, à la fois plus libre et plus contrôlé, plus développé en technologie et plus menacé par les effets de ces mêmes avancées, producteur de plus grandes richesses et générateur de plus grandes inégalités; un monde mondialisé, de plus en plus complexe et diversifié, économiquement, socialement et culturellement.

La polarisation entre les perspectives critique et pragmatique au sein des disciplines qui œuvrent à proximité de la souffrance humaine et sociale a-t-elle toujours existée? Peut-être, sans doute. Seulement, s'il s'en dégage un sentiment d'urgence aujourd'hui, c'est que les forces politiques en présence agissent d'une part en fonction de priorités qui ne concernent pas ou très peu les personnes et les groupes qui ne participent pas de plein pied à la production et à la consommation. D'autre part, et c'est là le plus intéressant pour les travailleurs sociaux, un vaste mouvement de résistance et de conscience prend forme et se consolide, chez les jeunes surtout, ailleurs et ici. Lorsque cette trame de fond critique traverse l'analyse de l'ensemble des phénomènes sociaux, des enjeux, quels que soient le champ ou la discipline, il devient possible de penser à de véritables transformations structurelles et à croire à un changement social. Ne serait-ce pas là la voie de la rencontre interdisciplinaire? Dans une éthique de conscience partagée où les notions de liberté, d'égalité, de partage, de justice et de dignité serviraient de cadre pour guider les discours et les pratiques? Pendant ce temps, à tous les jours, dans l'intervention auprès des personnes qui vivent de la souffrance, la discrimination, l'exclusion, les intervenants en santé et en services sociaux comprennent leur apport sur

un horizon qui ne se limite pas à guérir ou à extraire un mal, mais qui participe dans une rencontre égalitaire à redonner à chaque personne sa liberté et sa dignité.

Présentation du numéro et des contributions

Ce numéro est consacré en bonne partie^{vi} aux travaux issus de l'Unité de Pédiatrie interculturelle (UPI) du CHU Ste-Justine de Montréal. Il comporte aussi des résultats d'études faites en Ontario et au Québec par des travailleuses sociales dans le cadre de leur maîtrise ou de leur doctorat dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'expérience de collaboration interdisciplinaire de l'UPI est un exemple parmi d'autres, où, sur le terrain, au-delà des postures institutionnelles officielles, nombre de cliniciens manifestent une réelle ouverture aux sciences humaines et sociales. Ils constatent les limites d'une formation strictement biomédicale et découvrent dans ce mariage des avenues de compréhension et de résolution des problèmes auxquels ils doivent faire face et ce, particulièrement dans un établissement de soins tertiaires qui dessert une population d'une grande diversité sociale et culturelle. Depuis près de dix ans, des rencontres, des formations, des présentations, des consultations interculturelles et des journées d'étude s'organisent, et des projets de recherche y sont menés. Avec le temps, un travail de contamination réciproque s'opère. Les enjeux de pratiques sont au coeur des objets de recherche des anthropologues : pourquoi les familles haïtiennes ne consultent-elles pas les cliniques de gastroentérologie? Comment améliorer le partage de décision entre le soignant et le soigné dans le choix des interventions? Comment les médecins perçoivent-ils leur rôle auprès des malades? Et les praticiens apprennent et constatent que les réalités

ne se mesurent pas toutes (ou seulement) en chiffres et ne se valident pas seulement par le microscope, le scan ou la résonnance magnétique.

Les textes présentés dans ce numéro constituent chacun dans leur style, une rencontre interdisciplinaire qui met en dialogue les représentations et l'expérience des personnes dans le souci d'une meilleure compréhension ou de la transformation des pratiques cliniques et d'intervention.

Le premier est une entrevue intitulée *Regards humanistes sur le pluralisme social et culturel dans l'espace clinique : les points de vue d'un pédiatre et d'un anthropologue*.

Gilles Bibeau et Fernando Alvarez, deux hommes profondément engagés dans leur métier (d'anthropologue et de médecin) et leurs milieux, y racontent leur motivation à promouvoir et faciliter l'humanisation des soins dans un contexte de pluralisme social et culturel, et ce dans un Centre hospitalier hautement technologique. Des ancrages, des parcours, des convictions, et surtout une mission commune de tendre des ponts entre la pratique clinique et l'intervention et la constante réflexion philosophique et politique.

Ensuite Marie-Claude Bourdon nous propose une exploration du concept de guérison avec des pédiatres spécialistes de l'hôpital Sainte-Justine : « Les médecins se perçoivent-ils comme des guérisseurs ? Qu'est-ce que suppose, « guérir » un patient ? Les médecins que Bourdon a rencontrés gardent leur distance face à cette identité de « guérisseur », d'abord du fait de sa connotation non scientifique, mais aussi du fait de la conscience des limites de leur pouvoir de guérir. Pourtant, souligne la chercheure, la conception de leur rôle de médecin recoupe étrangement celle du rôle du guérisseur tel qu'il apparaît dans la littérature anthropologique. Bourdon nous présente ici un franc dialogue avec des

pédiatres autour des thèmes du don, de la transformation et du pouvoir, thèmes étroitement liés à la théorie de la guérison.

Marylène Dugas et Nils Chaillet poursuivent dans un tout autre registre. Post-doctorants au département de gynécologie-obstétrique, ils présentent les résultats d'une consultation faite auprès de nouvelles mères ayant eu un accouchement vaginal après un premier par césarienne (AVAC). L'étude avait comme objectif de valider un outil de mesure de la satisfaction des parturientes face au processus de décision partagée utilisé par le département. Leur contribution à l'humanisation des services de gynécologie-obstétrique, consistant à placer la patiente au cœur des décisions la concernant, soulève des enjeux très actuels entourant la relation soignant-soigné. Dans un contexte social de surinformation d'une grande diversité de sources ; et dans un contexte économique où les compagnies qui assurent les actes médicaux se font de plus en plus exigeantes pour réduire les risques de poursuite, le soignant et le soigné ne sont pas seuls à établir l'alliance thérapeutique. Un processus systématique de consultation semble toutefois porter fruit et favoriser la satisfaction des mères, tout en reconnaissant la diversité de leurs attentes.

Liliana Gomez nous amène dans la communauté haïtienne de Montréal. Dans le cadre de son mémoire de maîtrise, elle a réalisé une recherche au département de gastro-entérologie. La chercheuse s'est intéressée aux maux de ventre chez les immigrants de cette communauté. Comment explique-t-on les maux de ventre chez les enfants? Quelles stratégies de soins et de guérison privilégie-t-on? Pourquoi les services de santé sont-ils considérés comme une aide de dernier recours? Tout en nous informant sur les référents

culturels valorisés dans la communauté haïtienne, la riche analyse que fait Gomez nous met en garde contre la sur-culturalisation des choix et des conduites des personnes issues des groupes ethniques minoritaires. Elle souligne que les familles haïtiennes interprètent de différentes manières les maux de ventre de leur enfant et optent pour diverses stratégies thérapeutiques. On ne peut donc présumer de la manière dont réagira une personne, à partir de son origine. Les conditions d'existence, le temps passé dans le pays d'accueil, le parcours migratoire, l'âge, le sexe, sont autant de facteurs qui contribuent à façonner l'expérience des familles et à moduler le processus de transformation et de redéfinition à partir de deux systèmes de références. Cela demande de la part des cliniciens de prendre le temps d'écouter et d'entendre le système de sens et d'action de chaque personne, qu'elle vienne d'ici ou d'ailleurs.

Dans le dernier article du dossier, Geneviève Saulnier, doctorante en service social à l'Université d'Ottawa, présente une ébauche de son projet de doctorat alimenté par une expérience de formation en intervention interculturelle auprès d'intervenants d'un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, le Pavillon du Parc. Cette démarche de recherche collaborative illustre bien les dispositifs de production de connaissances où se rencontrent et se bonifient mutuellement les savoirs expérientiels et les savoirs théoriques.

Les Pratiques à notre image commencent par les contributions de deux travailleuses sociales ce qui ouvre la réflexion sur la pratique de l'intervention sociale dans le domaine de la santé et des services sociaux. La première de Christine Francoeur : *Les multiples*

visages du VIH-sida. Représentations, expériences et intervention, et la deuxième *L'intervention auprès des femmes lesbiennes dans les soins de santé en Ontario francophone* de Sabina Grabowiecka.

Chacune des deux travailleuses sociales a conjugué à sa manière une perspective critique et une approche phénoménologique, mettant en interrelation les enjeux de pouvoir et l'expérience des femmes qu'elles ont rencontrées. Dans les deux cas, elles en retirent des données inédites qu'elles reformulent en recommandations pour l'intervention sociale.

Christine Francoeur propose une touchante analyse de la construction sociale et culturelle du VIH sida et raconte comment des femmes immigrantes d'origine subsaharienne surmontent les peurs et les préjugés pour réaliser leur désir d'enfant malgré leur séropositivité.

Sabina Grabowiecka présente une fine analyse des enjeux et des écueils possibles dans le désir d'adapter des services de santé à une population issue d'un groupe minoritaire. Elle attire notre attention sur la diversité dans l'importance qu'accordent les femmes lesbiennes au dévoilement (ou non) de leur homosexualité et dans la place que prend l'orientation sexuelle dans la définition de leur identité. Elle s'applique à rendre le plus fidèlement possible l'expérience de ses répondantes. Elle arrive à la fois à dégager les relations de pouvoir normalisées dans les institutions de santé et à souligner la qualité des soins que ces femmes ont reçus.

Pour terminer cette rubrique, un texte de Marc Ferron *Identité, pratiques et territoire* où l'auteur, anthropologue, massothérapeute et homéopathe se livre à un profond exercice réflexif sur les fondements de sa pratique. Passionné et engagé dans sa communauté, son approche de sa pratique est harmonisée et prend son sens dans cet équilibre entre l'humain et la nature, et l'humain et les autres humains qui l'entourent.

Le numéro se termine par deux comptes-rendus de livre dans la rubrique *Lu pour vous*. Jonathan Binet, étudiant en service social à l'Université d'Ottawa, résume les chapitres du livre édité par son professeur (Jean-Martin Deslauriers) et ses collaborateurs : *Regards sur les hommes et les masculinités*, livre dont Boris Cyrulnik signe la préface. Le deuxième *Le travail, les raisons de la colère* de Vincent de Gaulejac, est magistralement présenté par Marc Charon, professeur au département de sociologie de l'Université Laurentienne à Sudbury.

En vous souhaitant une bonne lecture!

Notes

ⁱ Je fais référence ici à Edgar Morin dans *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur* (1999). Il appelle à la vigilance dans l'application de connaissances qui nous semblent appropriées, sans avoir pris le temps d'en faire ressortir les enjeux, les taches aveugles et nos propres traductions culturelles, sociales, professionnelles, générationnelles, etc.

ⁱⁱ Mary Richmond est née à Belleville en Illinois le 5 août 1861. Orpheline en bas âge, elle fut prise en charge par les aïeules de sa famille. Élevée dans des conditions de grande précarité matérielle, elle reçoit néanmoins un fort héritage d'affirmation et d'engagement à travers la résistance et l'implication de sa grand-mère et sa tante dans le domaine social et politique (Saint-Amand, 2011).

ⁱⁱⁱ Jane Adams est née à Cedarville en Illinois (elle aussi) le 6 septembre 1860. Orpheline de mère à deux ans, elle est élevée par un père politicien et riche entrepreneur. À la mort de ce dernier, en 1881, Jane vient de terminer ses études au *Rockford Female Seminary*, elle part voyager en Europe. À Londres, elle visite une maison de quartier la *Toynbee Hall* qui inspire la suite de sa vie. De retour aux États-Unis, elle ouvre une maison semblable à Chicago (*Hull House*) qui regroupe militants politiques, artistes, personnes en difficulté. Ses divers engagements sociaux et politiques lui vaudront le prix Nobel de la Paix en 1931. Seul prix Nobel décerné à une travailleuse sociale (Saint Amand, 2011).

^{iv} Il ne serait pas juste de limiter le travail de Jane Adams au seul militantisme politique. Au cœur de son action, le *Hull House* fut aussi un lieu où les personnes en difficulté venaient recevoir du soutien au quotidien. Sa particularité fut d'inscrire cette aide dans une logique de conscientisation et de consolidation des groupes plus particulièrement touchés par un ou des problèmes spécifiques, qui ne pouvaient être résolus que par une mobilisation collective autour de la dénonciation, la défense de droits et la réclamation de changements structurels. Par exemple, la lutte contre le sexisme, le racisme et la guerre.

^v On pense ici à toutes les coupures effectuées au cours des dernières années dans les programmes de soutien aux enfants et aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes en difficulté, aux populations vulnérables ou marginalisées. Tout cela justifié par les principes de rationalisation/restructuration des établissements d'éducation et de santé, et de réduction des dépenses publiques.

^{vi} Si l'UPI prend toute cette place dans ce numéro, c'est que depuis près de dix ans, elle expérimente la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé. Les motivations qui ont insufflé le projet au départ et les résultats des recherches menées dans cette perspective m'apparaissent comme des sources d'inspiration pour les intervenants sociaux qui œuvrent ou se dirigent dans ce champ dans le contexte franco-ontarien, de plus en plus diversifié, socialement et culturellement.

Bibliographie

BIBEAU, G. et J.-M. VIDAL, (2002). « Des anthropologies médicales. Regards croisés sur la santé des populations ». Dans Pierre André et Jean-Guy Vaillancourt (éd.), *Environnement et santé publique : Principes, méthodes et pratiques*, Montréal, Édisem, pp. 160-184

COGNET, M. et, C. MONTGOMERY.(2007). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Presses de l'Université Laval.

COLIN, J. (2007) « Relations de sens et relations de fonctions : risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, Vol. 39, no 1, p 99-122.

DESCLAUX, A. et B. TAVERNE (2000). *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*, Paris, Éditions Karthala.

GOOD, B. (1994). *Medicine, rationality and experience*, Cambridge, New-York, Cambridge University Press.

HELMAN, C. G. (1990). *Culture, Health and Illness*, Londres, Wright Editions.

ILLICH, Y.(1975). *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil

ILLICH, Y.(1999). « L'obsession de la santé parfaite », *Le Monde diplomatique*, Mars, réf. du 5 mai 2012, <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.

KLEINMAN, A., V. DAAS, et M. LOCK (1997). *Social suffering*, Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, A. (1995). *Writing at the Margin: discourse between anthropology and medicine*, Berkeley, University of California Press.

LAPLANTINE, F. (1988). *L'ethnopsychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France.

MASSÉ, R. (1996). *Culture et santé publique*, Boucherville, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

MORIN, E. (1999). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, Paris, Le Seuil

SOULIÈRE, M. (2009). *Pathologiser l'adolescence : une nouvelle grammaire sociale? Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL, p 319-339.

ST-AMAND, N. (2011). *Repenser le service social*, Ottawa, Merriam Print.

SCHEPER-HUGHES, N. (1990). « Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology », *Soc.Sci.Med.*, Vol. 30, No.2, pp. 189-197.

SINGER, M. (1990). «Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment », *Soc. Sci.Med.*, Vol. 30, No 2, p179-187.

YAYA, S. (2009). *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL.

