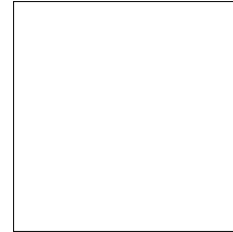


LE MALADE DANS SA DIFFÉRENCE : LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS MIGRANTS AFRICAINS À L'HÔPITAL



Face aux difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des migrants, les professionnels médico-sociaux produisent souvent un discours culturaliste et largement ethnocentriste, généralisant des cas particuliers en se fondant sur leur expérience, avec à la clef une catégorisation des patients qui n'est pas sans incidence sur les soins. Ces représentations de la "différence", très connotées affectivement, font que ni le fonctionnement du système médical ou hospitalier, ni les intervenants eux-mêmes ne sont remis en question.

Les soins, l'accompagnement, la direction ou la prise en charge d'un patient ne se font pas de façon uniforme au sein du système de santé français, et cela d'autant que le patient présente des caractéristiques marquant son origine étrangère (nationalité, couleur de peau, langue, ou encore "faciès"). En effet, si durant plusieurs décennies, le discours biomédical moderne tendait à réduire le patient à un cas standard – le malade –, celui-ci, lorsqu'il est migrant, est aujourd'hui le plus souvent perçu comme affichant des particularités. Ce qui nous incite à étudier plus précisément, dans cet article, comment se pose la question de la différence à l'hôpital, et quels liens sont établis par les professionnels médico-sociaux entre cette différence et la culture des migrants. En nous intéressant au processus de catégorisation des patients par les personnels des institutions de soins, nous verrons comment la culture étaye la construction de leurs discours sur la différence.

Dans un contexte de débat social sur le modèle d'intégration "à la française", le système de soins, essentiellement centré sur l'hôpital, actuellement en restructuration gestionnaire, a dû résoudre au quotidien les questions de prise en charge sanitaire et sociale des patients qui s'y rendent. Déjà posée par les personnes atteintes du VIH, par exemple, la question de l'altérité s'est traduite par une catégorisation des patients désignés selon leur différence ("*les homosexuels*", "*les toxicomanes*"). Concernant les migrants, les professionnels des secteurs médico-sociaux décrivent des spécificités, particulières aux populations africaines et maghrébines essen-

par
Laurence Kotobi*,
maître
de conférences
en anthropologie
à l'université
de Bordeaux-III,
chercheur associé
au Centre
de recherche
sur les enjeux
contemporains
en santé publique
(Cresp),
université de
Paris-XIII

* Cet article est tiré d'une enquête portant sur l'expérience et la construction de la maladie chez les migrants africains et les intervenants de leur prise en charge en région parisienne, menée entre 1996 et 1998 par le Cresp et le Centre d'études africaines/CNRS, dans le cadre d'un financement du Sidaction.

1)- K. Cherabi et D. Fanget, *Le VIH-sida en milieu migrant arabo-musulman en France*, Arcat-Sida, Paris, 1997.

2)- Cf. S. Musso-Dimitrijevic, "Les difficultés d'accès aux soins des étrangers atteints par le VIH-sida", *Journal du sida*, 101, 1997, pp. 12-13.

3)- Ce phénomène avait déjà été décrit dans le cas des infirmières et de l'homosexualité des patients sidéens qu'elles soignaient et desquels elles cherchaient à se démarquer. Cf. A. Giami et C. Veil, *Des infirmières face au sida. Représentations et conduites, permanence et changements*. Éd. Inserm, Paris, 1994.

tiellement⁽¹⁾. Ces patients sont avant tout envisagés comme "différents", de par leurs caractéristiques physiques (couleur de la peau, tenues vestimentaires), leurs façons d'être (vie en communauté, autre gestion du temps), leurs croyances (fatalisme, sorcellerie) ou encore leurs perceptions du malheur (faute, péché, destin). Cette altérité est censée expliquer en partie leurs difficultés sociales à s'intégrer.

Les spécificités mises en avant par les professionnels renvoient à des différences de comportements qui leur posent problème ou les amènent à s'interroger dans le cadre de l'institution hospitalière. Ainsi, les irrégularités ou les retards aux rendez-vous de ces patients, leur recours à d'autres rituels religieux (groupes de prières) ou thérapeutiques (potions, grisgris, coran) sont souvent pointés et interprétés en termes d'habitudes spécifiques, de modes relationnels et de codes différents autour de la maladie, de la mort, du temps, du risque ou encore de la douleur. La barrière linguistique est aussi un élément qui contribue à caractériser cette distance culturelle et à expliquer la difficulté que les soignants signalent rencontrer pour informer ces patients sur le sida, ses traitements et sa prévention. Enfin, l'isolement, la précarité ou encore l'absence de couverture sociale, voire de papiers en règles illustrent la complexité des situations que les professionnels décrivent par rapport à ces populations⁽²⁾.

LE "SIDA AFRICAIN", UNE REPRÉSENTATION DOMINANTE

Si l'existence de différences culturelles ne doit pas être niée, il est intéressant de noter que les éléments avancés pour expliquer les difficultés que les professionnels rencontrent "*avec ce type de patient*" relèvent essentiellement de la culture plutôt que d'autres aspects, liés par exemple à la condition de migrant, au modèle d'intégration français ou encore aux statuts de l'individu. En constituant l'élément central des interprétations de ces professionnels, cette qualification ethnique et culturelle constitue un a priori qui relève d'un regard ethnocentrique et culturaliste. L'enquête qualitative que nous avons menée, à partir d'entretiens et d'observations auprès d'intervenants médico-sociaux impliqués dans la prise en charge de patients africains atteints par le virus du sida, éclaire justement le constat qui en était à l'origine : l'émergence d'une représentation dominante, celle d'un "sida africain", dans le milieu soignant. Résultant d'une construction sociale tant collective qu'individuelle, cette représentation a pour effet d'enfermer le patient dans une image d'altérité culturelle qui le maintient de ce fait à distance⁽³⁾. Autre-



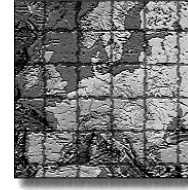
ment dit, le regard que portent ces intervenants sur une population ethniquement identifiée n'est pas neutre, mais encombré de filtres qu'il convient d'analyser.

Le "sida africain" qu'ils décrivent apparaît caractérisé par un mode de contamination essentiellement hétérosexuel. Certaines phrases traduisant des préjugés reviennent souvent dans les entretiens ; elles concernent une sexualité relativement libre ou ouverte, bien que codée. La sexualité africaine serait presque spécifique... Un médecin nous signale que *"les Africains sont plutôt polygames ou sexuellement très actifs, ce qui explique la forte contamination maternelle et infantile dans cette population"*. Affirmer unanimement que *"les Africains ne sont pas homosexuels"* ne relève pas moins de l'effet de catégorisation inconscient qui opère. On le voit, quelques spécificités sont écartées des patients africains pour être attribuées à d'autres groupes qu'on leur oppose (la toxicomanie et les Maghrébins, par exemple). La production de l'Autre s'effectue ainsi par la différenciation.

Cette idée, largement répandue, d'une "promiscuité sexuelle" comme facteur explicatif de l'épidémie en Afrique a notamment été véhiculée par certains anthropologues ou démographes qui, durant les années quatre-vingt, se sont attachés à démontrer les spécificités des relations et pratiques sexuelles d'un certain nombre de groupes ethniques africains⁽⁴⁾. Ce type de travaux a autant contribué à consolider l'hypothèse médicale d'une origine africaine de la maladie qu'à inscrire les populations observées dans une représentation particulariste d'un sida typiquement africain. Sans avoir interrogé le caractère réducteur culturaliste de cette démarche, ces chercheurs ont ainsi participé à l'élaboration d'un nouveau facteur de risque du sida (reconnu comme tel dans les statistiques françaises, relatives à cette maladie)⁽⁵⁾ : celui d'être sujet ou d'avoir eu un partenaire originaire de l'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes. De ce fait, "être africain" signifie, dans le sens commun, et plus particulièrement chez les professionnels socio-sanitaires, "être porteur potentiel du sida".

LA CULTURE COMME PRINCIPE EXPLICATIF

Or, les principaux éléments relevés font l'objet d'une généralisation de type culturaliste du problème des immigrés à l'hôpital, que ces personnels s'autorisent légitimement à poser comme une réalité objective, et qu'ils justifient par leur propre expérience de prise en



*"Être africain" signifie,
dans le sens commun,
et plus particulièrement
chez les professionnels socio-sanitaires,
"être porteur potentiel du sida".*

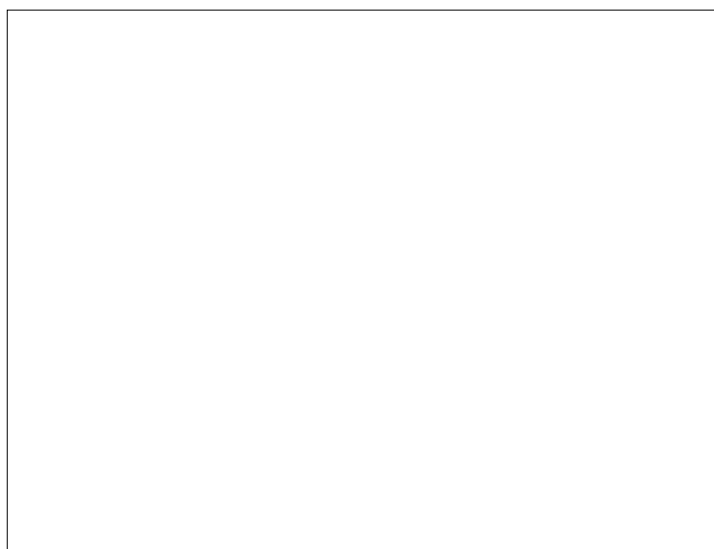


4)- Sur ce thème, lire D. Fassin, "L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique", in *Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives*. Ch. Becker et coll. (édit.), Karthala, Paris, 1998.

5)- D. Fassin et E. Ricard, "Les immigrés et le sida : une question mal posée", in *Sida et vie psychique*, S. Héféz édit., La Découverte, Paris, 1996, pp. 81-90.

charge (*“Je l’ai constaté moi-même.”*). Ils interprètent ainsi le fait “d’être migrant” comme rendant la relation de soin ou d’accompagnement d’emblée plus difficile, sans faire consciemment le lien avec leurs a priori. Les difficultés à communiquer, à se comprendre, à accepter la maladie ou les traitements sont expliqués par la culture d’origine du patient, qui est le plus souvent envisagée en termes d’obstacle. Rarement niée ou écartée, celle-ci paraît constituer une explication en soi des comportements qui interpellent les soignants dans les différentes dimensions de leur savoir, y compris celles du savoir-faire et du “savoir être”. *“Par rapport aux jeunes filles africaines, c’est vrai que je me sens démuni”*, confie un psychologue hospitalier.

D’ailleurs, la volonté ou le besoin exprimés de “mieux connaître” la culture africaine et ses sous-cultures, comme les demandes de formation des corps professionnels médicaux et paramédicaux relatives à l’interculturel, sont des éléments significatifs de cette quête de connaissance, supposée améliorer l’accompagnement et les soins de ces populations. Cette aspiration à être “mieux formés” pour *“soigner les individus de culture différente qui ne réagissent pas comme on l’attend”*, ne reflète-t-elle pas encore une démarche empreinte de culturalisme, au sens où l’explication culturelle est supposée suffire, pour circonscrire et réduire le problème à cette seule dimension ? En enfermant l’autre dans sa culture, souvent perçue comme un tout cohérent, homogène, univoque et stable, le professionnel se voit du même coup dispensé de s’interroger sur d’autres facteurs non moins essentiels de la prise en charge proposée. La culture, avant tout comprise comme un révélateur de la différence, devient en cela un principe explicatif dans l’interprétation des événements.



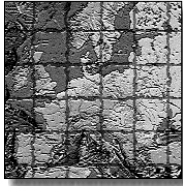
Ainsi, lorsqu'elle dénonce le comportement mal adapté des familles africaines en visite auprès de leur enfant atteint du sida (*"Ils sont bruyants, ne respectent pas les principes d'hygiène..."*), un comportement qu'elle doit parfois sanctionner, la surveillante d'un service pédiatrique parisien spécialisé ne fait aucune référence à la façon dont ces règlements ou ces règles d'hygiène hospitalière ont été rendues visibles aux usagers et à leurs familles, eux-mêmes marqués par des représentations de l'hôpital. La normativité sous-jacente à son discours lui confère une vision déterministe des situations, liée à une irréductible différenciation culturelle, qui lui permet de ne pas aborder d'autres aspects sensibles, tels que la dimension relationnelle, les conditions de travail dans son service ou encore l'organisation des tâches, la (dé)motivation des personnels, etc.

QUAND ON "ÉTIQUETTE" LES PATIENTS

Une fois ces spécificités relevées, les discours des professionnels permettent de légitimer les savoirs de sens commun qu'ils construisent sur les Africains et sur la maladie, tout en initiant des conduites à tenir. Car orienter les actions, rappelons-le, est le propre des représentations sociales continuellement élaborées. Les typologies de patients qui découlent de leur catégorisation ont parfois pour effet de stigmatiser ces derniers selon une caractéristique particulière qu'ils intègrent dans leur jugement : *"Les Africaines suivent leur traitement, elles ne sont pas rebelles."* Ces pratiques d'étiquetage ont déjà pu être relevées par J. Peneff ou par A. Véga qui, dans leurs enquêtes en milieu hospitalier, ont montré comment le personnel soignant organise son travail à partir des catégories de "bons" et "mauvais" patients, et de *"malades lourds"*⁽⁶⁾. Les critères retenus dans ces différentes catégories ont ainsi un impact direct sur l'ordre de passage aux urgences des patients, ainsi que sur la répartition des secteurs pour les infirmières.

Afin de considérer les implications pratiques de ce type de perceptions et de jugements, nous nous attacherons à observer le cas d'un patient africain, monsieur T., et de sa jeune épouse, qui nous ont été présentés comme l'illustration *ad hoc* des difficultés rencontrées auprès des patients migrants. Évoqué à chaque fois par les différents professionnels du service spécialisé d'un grand hôpital parisien, ce patient atteint du sida a marqué l'équipe soignante. C'est à ce titre que nous examinerons ce cas plus en détail, pour saisir les convergences et les divergences de points de vue qu'il traduit entre les personnels médico-sociaux interrogés, ainsi que le sens qu'ils accordent à leur expérience de la diversité culturelle.

6)- J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, Métailié, Paris, 1992 ; A. Véga, "Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles", *Sciences sociales et santé*, 15, 3, 1997, pp. 103-131.



*La volonté ou le besoin
exprimés de "mieux connaître"
la culture africaine sont des éléments
significatifs d'une quête de connaissance
supposée améliorer l'accompagnement
et les soins de ces populations.*



Monsieur T. est un patient sénégalais qui a longtemps été suivi dans ce service pour son sida, dont il est décédé. Nous reconstituons ici son histoire d'après les informations recueillies dans les entretiens et l'étude de son dossier médical, mis à notre disposition pour les besoins de l'enquête. Les informations biographiques exposées ici ont fait l'objet de quelques transformations afin de préserver l'identité et l'intimité des personnes concernées.

Salarié d'un établissement municipal en Seine-Saint-Denis, où il vit depuis son arrivée en France en 1973, monsieur T. découvre sa séropositivité en 1993, lors d'une hospitalisation dans un hôpital parisien. Il y a été adressé par son dispensaire en raison de son état d'affaiblissement général et d'une perte

d'appétit et de poids importante. En fait, monsieur T. est déjà au stade d'un sida déclaré et est immédiatement mis sous traitement par AZT, pris en charge à 100 % par son assurance maladie. Son dossier médical fait état *"d'antécédents difficiles à préciser en raison d'un interrogatoire difficile"*. Âgé d'une cinquantaine d'années, il est marié et a huit enfants, vivant en Afrique, d'une première épouse retournée au pays. Son dernier séjour au Sénégal remonte à 1991.

DES DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE

La seconde épouse de monsieur T., âgée de vingt-huit ans, est malienne. Elle vit en France depuis 1992, avec son mari, qu'elle est venue rejoindre. Elle a déjà un enfant resté au Mali. Au cours du mois suivant son arrivée, elle est hospitalisée à Paris pour abcès pulmonaire. Le dossier médical signale que la patiente *"ne parle pas un mot de français (s'exprime en diola)"*. Après examens, le diagnostic d'une tuberculose est éliminé. Elle subit un test systématique au début de l'année 1993, dès la découverte du VIH chez son conjoint. Enceinte, la jeune femme est informée du résultat positif de l'examen et souhaite *"finalement"* poursuivre sa grossesse. Elle est alors également mise sous traitement AZT. Il est signalé dans le dossier que neuf mois plus tard, la seconde épouse de monsieur T. *"n'a aucune prise en charge et ne possède aucun titre de séjour"*. Elle ne bénéficie vraisemblablement que de la prise en charge déclenchée en urgence par la maternité pour le suivi de sa grossesse.

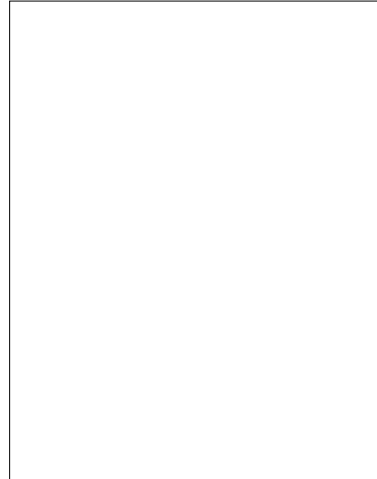
Son état s'aggravant, elle est hospitalisée à plusieurs reprises et suivie par intermittence par le dispensaire où consulte aussi son mari. Elle obtient l'aide médicale hospitalière l'année suivante, en 1994,

sur la demande conjointe des assistantes sociales qui suivent la jeune femme et l'enfant. Peu après, l'enfant, âgé de sept mois, séronégatif, est hospitalisé pour une maladie grave héréditaire. La jeune malienne a du mal à accepter la séparation d'avec son enfant hospitalisé, elle s'affaiblit et développe des infections opportunistes invalidantes. Elle est décrite comme étant très effacée, parlant très peu durant ses hospitalisations et se renfermant sur elle-même dès que sa situation conjugale est abordée (soupçons de mauvais traitements). Certaines consultations nécessitent la présence d'un interprète.

En 1994, un compte rendu précise que *"la première épouse de monsieur T. vient d'arriver en France, en situation irrégulière"*, et que la seconde est *"absolument contre l'idée de retourner en Afrique tant que sa santé et celle de son enfant ne se sont pas améliorées"*. Toute la famille vit en appartement, où des aides sont organisées par le biais d'associations. La seconde épouse de monsieur T. s'éteint l'année suivante (dans le même service hospitalier), quelques mois après sa mise sous bithérapie, alors que la première épouse est à nouveau enceinte. Monsieur T. ramène le corps de la défunte au pays. À son retour en France, il est très vite hospitalisé mais décide finalement de rentrer dans sa région natale, pour y mourir quelques jours après un interminable périple. L'enfant, polyhandicapé, est resté en France ; monsieur T., sa première épouse et le service social hospitalier avaient organisé sa prise en charge.

STATUT : AFRICAIN MUSULMAN POLYGAME

L'histoire de ce patient et de sa famille peut être entendue comme une biographie événementielle de la maladie des deux conjoints, telle qu'elle a été retranscrite dans les dossiers médicaux et les dossiers infirmiers. Même si nous n'avons pas eu la possibilité de vérifier ces données auprès des intéressés, décédés au moment de l'enquête, il nous semble important de relever au moins les décalages qui existent entre les discours des différents professionnels du service hospitalier qui les a suivis et les éléments du dossier. Monsieur et madame T. ont été cités spontanément pour illustrer tant la spécificité que les difficultés de ce suivi des patients africains, puisque les professionnels s'autorisent à généraliser leurs propos à l'ensemble d'une population, culturellement ou ethniquement différenciée (et d'ailleurs supposée de ce fait réagir pareillement). Il s'agit d'un premier aspect de la vision culturaliste qu'ils ancrent sur leur expérience vécue.



Les discours décrivent avant tout monsieur T. dans sa différence. Représentatifs d'une population migrante africaine venue travailler en France lorsque les frontières étaient encore ouvertes, monsieur T. et sa première épouse correspondent à un modèle migratoire relativement classique, d'autant plus qu'il y a retour au pays de la femme et des enfants. Monsieur T. et sa première épouse entrent dans le moule de populations migrantes demeurées très attachées à leur pays et à leur culture d'origine. Ils sont en cela perçus comme très différents, voire sans doute comme peu "assimilables" dans la société française.

Peu de professionnels connaissaient la nationalité exacte de ce patient, qu'ils ont souvent pris pour un Malien. Le fait d'être identifié comme africain semble suffire pour le catégoriser dans l'altérité. Ainsi, les spécificités mises en avant le concernant touchent à son caractère religieux : "marabout" pour les uns, il était "sorcier" pour les autres, en tout cas "pratiquant", du fait qu'il portait "un chapelet dans les mains et une petite calotte". Son identification en tant que musulman pratiquant marque encore la différence d'avec la société d'accueil. Mais monsieur T. a surtout été décrit comme "un Africain polygame" vivant "pourtant" en France depuis longtemps. Il est donc, là encore, stigmatisé par une pratique matrimoniale qui l'enferme d'autant plus dans une différence culturelle qu'elle est interdite et étrangère aux valeurs françaises⁽⁷⁾.

Le sens commun renvoie à une image de la polygamie africaine en France, celle d'un homme entouré de plusieurs épouses et de nombreux enfants, vivant sous le même toit, dans des conditions de logement généralement précaires (exiguïté et insalubrité), image qui tranche avec le cas de monsieur T., lequel, d'après le dossier, était confortablement logé et avait eu ses épouses en alternance, puisque la seconde femme est arrivée après le retour au pays de la première et des enfants. Pour certains, il aurait eu jusqu'à trois épouses qu'il aurait contaminées à tour de rôle. Les professionnels demeurent le plus souvent flous et ne savent pas détailler les liens réels qu'ils avancent. "Il a eu une première femme qui... qui était malade, qu'il a laissée et il a pris une autre femme plus jeune et pas malade qui a été contaminée." (une infirmière)⁽⁸⁾.

PLUSIEURS MISES EN ACCUSATION

Monsieur T. est ainsi accusé de faire venir des jeunes femmes et de les contaminer... Une mise en accusation qui fait violence aux différents individus et que les éléments du dossier déconstruisent. D'une part, le dossier médical indique que la seconde épouse a été dépistée immédiatement après la connaissance de la séropositivité

7)- Les personnes polygames ne peuvent pas accéder à la nationalité française, par exemple.

8)- Les dossiers ne signalent pas le statut sérologique de la première épouse.

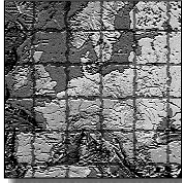
du mari, qui l'ignorait jusque-là, apparemment, ayant eu huit enfants avec sa première épouse. Cette dernière, qui est ensuite revenue sur le territoire français par elle-même, en situation irrégulière, a sans doute eu l'occasion de se rendre compte d'une situation problématique, puisque la seconde épouse était très malade, alitée, sans force, amaigrie et dépendante, et que monsieur T. avait, lui aussi, perdu beaucoup de poids. Il y a ici une accusation de non-information portée contre cet homme. Expression même de la différence culturelle, la polygamie est stigmatisée par les soignants comme un facteur favorisant le libre accès sexuel d'un homme à des femmes qui lui sont soumises. Ce qui renvoie, dans le contexte français, tant à l'immoralité de cette sexualité masculine africaine (et musulmane) si difficile à assouvir, qu'à l'inhumanité d'un individu qui va sciemment contaminer ses partenaires en ne les protégeant pas. À travers monsieur T., c'est notamment l'islam qui est jugé.

La polygamie choque les acteurs que nous avons interrogés. Bien qu'elle soit illégale en France, les professionnels de la santé et du social en sont parfois témoins et doivent la gérer au quotidien. Elle suscite donc des réactions et des positionnements différenciés, suivant ce que les professionnels privilégient : les normes de la société d'accueil que le migrant est tenu de suivre, ou les valeurs professionnelles que leurs codes déontologiques défendent. Dans le cas de monsieur T., on assiste également au procès de la condition féminine ; les deux épouses sont ainsi soupçonnées de passivité : *“Les femmes parce que bon ben... elles sont... je sais pas... elles sont réservées, soumises à leur mari, on va dire. J'exagère un peu mais bon, c'est un peu ça !”* (Zéphirine, infirmière antillaise).

L'ETHNOCENTRISME EXCLUT LA COMPLEXITÉ

Or, cet exemple montre justement que si la seconde épouse est très dépendante de son mari du fait de sa situation irrégulière, elle exprime néanmoins son refus d'être renvoyée au pays. De même, elle semble gérer comme elle le peut, et visiblement dans la douleur, les rapports avec son enfant et son époux. Les dossiers de soins indiquent qu'elle *“ne parle pas, mais le lendemain est souriante”* ou encore qu'elle *“s'assure que l'enfant est entre de bonnes mains”*. Cette jeune femme, décrite comme mutique et prostrée, triste et très fatiguée, sort de son silence lorsqu'il s'agit du sort de son enfant.

On peut également se demander si c'est la passivité ou la dépendance de la première épouse qui la pousse à laisser ses enfants au pays pour venir rejoindre clandestinement son mari ? Aucun professionnel ne s'interroge sur la logique que cette femme a pu suivre dans



Dans le cas de monsieur T., le procès de la polygamie fait directement violence au mari, à travers lequel les professionnels règlent un certain nombre de comptes, personnels mais aussi professionnels.



cet acte, seulement envisagé du côté de la soumission. Cette perception culturaliste lui attribue ainsi un comportement culturel qui lui ôte le droit d'agir rationnellement en regard des normes auxquelles adhèrent les professionnels (liberté de la femme, indépendance). Ce regard ethnocentrique les empêche d'ailleurs eux-mêmes de penser la situation dans sa complexité. Plusieurs explications sont pourtant probables, comme le fait d'analyser son retour en lien justement avec le second mariage, par exemple. Avait-elle accepté d'être "remplacée" par une épouse plus jeune, dans l'appartement où elle a longtemps vécu ? De même, si cette femme retombe enceinte, alors que sa co-épouse va décéder, est-ce vraiment le résultat de sa passivité vis-à-vis d'un mari gravement malade ? D'autres explications ne sont-elles pas envisageables, liées par exemple à un combat symbolique contre

la mort, ou une volonté de dépassement que l'on retrouve, en situation extrême, dans d'autres cas de maladies graves touchant des individus de toutes origines ?

La dénonciation de la polygamie offre l'occasion d'émettre des jugements de valeur (en termes "d'irresponsabilité" notamment) qui réduisent les situations à quelques aspects stigmatisants, devenant des spécificités censées être propres à certaines catégories, au moins de ces populations africaines. Le caractère incurable du sida a pour effet supplémentaire de rendre la polygamie intolérable, sinon criminelle, pour les soignants qui considèrent, par exemple, devenir des témoins muets de la contamination... Leurs réactions sont fortement connotées affectivement.

La dénonciation de la polygamie offre l'occasion d'émettre des jugements de valeur (en termes "d'irresponsabilité" notamment) qui réduisent les situations à quelques aspects stigmatisants, devenant des spécificités censées être propres à certaines catégories, au moins de ces populations africaines. Le caractère incurable du sida a pour effet supplémentaire de rendre la polygamie intolérable, sinon criminelle, pour les soignants qui considèrent, par exemple, devenir des témoins muets de la contamination... Leurs réactions sont fortement connotées affectivement.

LES ENJEUX DÉPASSENT LES SEULS PATIENTS

Ce procès de la polygamie fait donc directement violence au mari, à travers lequel, on le voit bien, les professionnels règlent un certain nombre de comptes, personnels mais aussi professionnels. La très forte réprobation du personnel infirmier, essentiellement féminin, vis-à-vis de cette pratique, contraste avec l'attitude plus indulgente des équipes médicales, essentiellement masculines, qui suivent de près les patients, décident de leurs traitements et orientent aussi leurs modes de prise en charge. Un épisode relaté dans les entretiens éclaire particulièrement l'imbrication des différents registres (personnels, collectifs et professionnels) qui entrent en jeu lorsque les différentes valeurs s'affrontent dans la gestion sanitaire et sociale de ces patients.

En effet, lors d'une réunion de service, monsieur T. est soupçonné de vouloir à tout prix se débarrasser de sa seconde épouse, trop malade, pour la remplacer. Lorsque la femme médecin référente de ce patient décide, soutenue par l'assistante sociale, de placer la seconde épouse dans une maison de repos, sur la demande de monsieur T., elle se fait rappeler à l'ordre par la psychologue du service, sur le fait qu'en France, *"on ne se débarrasse pas de son épouse aussi facilement"*. Il est rappelé que son mari lui doit assistance, même si celui-ci a deux épouses à gérer (ce qui, sous-entendu, est son problème).

En dehors de l'accusation de complaisance portée au regard d'un acte considéré comme non éthique, il est intéressant de relever que lorsque cette professionnelle s'adresse au médecin, elle s'adresse aussi à la femme médecin. Autrement dit, il y a derrière cette attitude un certain nombre de rapports qui entrent en jeu, tels que le rapport dominant du pouvoir médical dans l'institution hospitalière ou les rapports sociaux de sexe. La discrimination positive que dénonce la psychologue du service par rapport à une situation qu'elle ne connaît pas elle-même dans les détails, montre toute la complexité des rapports intervenant dans cette prise en charge. Son attitude dénote surtout une position de principe, qui est elle-même discriminante : parce qu'il est polygame, monsieur T. n'aurait pas dû être entendu sur cette demande. Et parce qu'elles sont femmes, le médecin et l'assistante sociale auraient dû s'ériger en gardiennes des valeurs républicaines françaises, qu'elles sont d'ailleurs censées représenter du fait de leur statut à l'hôpital.

Ne retenir que la dimension culturaliste des interprétations et des conduites de ces professionnels serait appauvrir le caractère complexe des situations auxquels ils doivent faire face, et ignorer le "bricolage" qu'ils effectuent sans cesse pour assembler des éléments qu'ils participent eux-mêmes à mettre en tension. Si la question de l'altérité est autant ancrée dans une incontournable différence culturelle, c'est bien parce qu'elle permet aux professionnels de conserver aussi leur propre identité. L'ethnocentrisme, une attitude universelle et condamnable, participe aussi à cette construction identitaire par le biais du sentiment d'appartenance qu'il renforce. Ces visions et les interrogations qu'elles suscitent sont donc avant tout à considérer dans un contexte global dans lequel se déroulent les interactions (entre soignants et soignés, migrants et autochtones), constitutives des rapports sociaux qui se jouent et qui aident justement à la perpétuelle élaboration des cultures. Comme tous les patients, monsieur T. et ses deux épouses n'ont-ils pas affronté le sida, à leur manière et avec leurs moyens ?

