

Y a-t-il de l'anthropophage dans l'anthropologue ? Perception et rôle de l'anthropologue au coeur des structures de soins

Hélène Hoarau



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/547>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Hélène Hoarau, « Y a-t-il de l'anthropophage dans l'anthropologue ? Perception et rôle de l'anthropologue au coeur des structures de soins », *Face à face* [En ligne], 2 | 2000, mis en ligne le 29 juin 2010, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/547>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Y a-t-il de l'anthropophage dans l'anthropologue ? Perception et rôle de l'anthropologue au coeur des structures de soins

Hélène Hoarau

- 1 « Anthropophage » c'est ainsi que je fus prénommée par les soignants du service hospitalier où j'effectue ma recherche. « Anthropophage » : entre la mangeuse d'hommes (connotations grivoises recherchées par le personnel) et la mangeuse d'âme peut-être. Or la perception de l'anthropologue influence sa position, sa façon d'être au terrain et l'accueil qui lui est réservé.
- 2 Alors comment répondre à « c'est quoi anthropologue ? », interrogation des soignés et soignants ; comment s'intégrer dans le monde biomédical ?
- 3 Et puis surtout quand la question « pourquoi un anthropologue à l'hôpital ? » survient, tenter d'y répondre et se demander finalement : à quel rôle l'anthropologue médical peut-il prétendre ? C'est la question posée ici.
- 4 La réflexion qui suit se nourrit pour une grande part des différentes recherches que je mène depuis 1997 à l'Institut Bergonié, centre régional de Lutte Contre Le Cancer à Bordeaux.
- 5 Au sein des services de radiothérapie et de curiethérapie¹, plus particulièrement, les travaux anthropologiques ont tout d'abord concerné « le besoin en information des patients »². Ils s'orientent actuellement vers la compréhension du « rôle de la famille dans le vécu des soins des patients »³.
- 6 Les méthodes de recherches employées sont les méthodes anthropologiques d'observation et d'analyse des données récoltées (cf. Freyssinet-Dominjon, 1997). Elles sont parfois difficiles à appréhender pour les soignants et les soignés autour desquels le travail s'organise. Une explication continue est nécessaire car les récits de vie ou les

observations ne sont pas considérés, au premier abord, comme ayant une valeur scientifique pour les personnes non familiarisées avec les sciences humaines.

- 7 Ici, le premier lieu de contact avec les soignés, leur famille et les soignants : c'est l'hôpital, le service de radiothérapie. Or, travailler en milieu hospitalier comporte certaines règles. Comme pour tout terrain, l'anthropologue doit prendre le temps d'y trouver sa place. Il doit s'intégrer à l'espace hospitalier en tenant compte de ces règles.
- 8 Ainsi, l'anthropologue doit expliquer sa démarche de recherche, ses méthodes aux soignés et aux soignants.

« L'ethnologue a pour métier de regarder » (Dibie, 1998 : 31)

- 9 Expliquer « l'observation participante » n'est pas chose aisée. Choisir d'expliquer par la force des exemples peut être pertinent. Expliquer que l'on cherche à saisir ce qui « fait sens » dans la pratique des soignants : c'est expliquer pourquoi, pour comprendre le discours des soignés, il est parfois utile de le comparer à celui des soignants sur leurs propres « façons de faire »...
- 10 Directement confrontés à l'observation, soignants et soignés sont parfois soupçonneux (comme toute personne observée). Un observateur qui ne fait qu'observer, participant en portant un dossier d'une secrétaire à une autre par exemple (car il n'est pas forcément soignant) c'est troublant. Le chercheur serait un espion à la solde du chef de service, de la direction... Tout dépend de la manière dont le chercheur a été présenté aux équipes de soins : à lui d'explicitier le comment et le pourquoi de sa venue afin de devenir un « étranger sympathisant » (Sardan, 1995 : 78). Les « rumeurs » peuvent également combattre cet état de suspicion ou le faire perdurer selon le climat socioprofessionnel.
- 11 Aussi l'intégration, dans un service hospitalier, peut passer par l'adoption du port de la blouse blanche ce qui implique de choisir un « titre ». En ce qui me concerne, le choix se fit lors d'une réunion avec les chefs de service : ce fut « anthropologue » car « ethnologue » aurait pu être mal perçu. « Ethnie » raisonnait un peu trop pour les médecins qui exprimaient là leur peur que les malades se sentent catalogué « cancéreux », rangé dans une catégorie. Peut-être avaient-ils une peur identique pour eux-mêmes. D'ailleurs, en souriant, les radiothérapeutes du service étudiés répètent souvent « pour elle, nous sommes des esquimaux ! ».
- 12 Il faut également choisir ces modes de recueil des données (techniques) selon les situations et les populations (soignants et soignés) : le carnet, les enregistrements ; sans oublier que la maladie est entourée de temps fragiles à préserver.
- 13 D'autre part, l'intégration concerne aussi la compréhension des (en)jeux sociaux qui se jouent à l'intérieur du service. Les comprendre permet de tempérer les moments où l'anthropologue tout naturellement devient enjeu social lui-même au coeur des stratégies internes.
- 14 Pour trouver sa place, le chercheur en sciences sociales doit bien entendu apprendre le « langage » du service : langue médico-légale loin de son quotidien, abréviations spécifiques (« MET », mise en traitement).
- 15 Cette imprégnation conduit à un engagement pluridisciplinaire sur le terrain : une entente avec les équipes soignantes, mais également un travail commun d'écriture. Pour

publier dans les revues médicales par exemple, il y a des règles d'écriture à adopter, il est naturel de se soumettre à ces règles : plusieurs auteurs, partitions des articles par exemple en « matériels et méthodes » entendez « personnes et méthodes ».

- 16 En outre, quand le travail s'effectue au contact de personnes malades et de personnels biomédicaux, il est important de les protéger et de se protéger. Pour cela, le chercheur s'est établi des règles d'éthique issue de consensus propre à l'anthropologie et à sa pratique antérieure de terrain (Sardan, 1995 : 75). Mais il peut être aussi amené à soumettre son projet de recherche à un comité d'éthique en recherche biomédicale qui délivre une protection légale aux personnes interviewées et aussi une garantie morale à la recherche auprès des soignants. En quelque sorte l'accord d'un CCPPRB (Comité Consultatif pour la Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale), comité d'éthique auquel toute recherche en milieu médical doit être soumise⁴. donne à la recherche anthropologique menée à l'hôpital un cachet « scientifique ». De plus, en exerçant dans le respect de ce cadre légal, l'anthropologue peut justement prétendre « exercer » sa spécialité au coeur du monde médical comme tout autre chercheur. Mais alors, à quel rôle peut-il prétendre dans l'établissement de soins ?
- 17 L'anthropologue n'est pas seulement celui qui peut rendre compte des obstacles au fonctionnement des espaces, de l'accueil, de la communication verbale ou non ; il peut par l'analyse de situations concrètes (sur une longue période) les partager avec les soignants, afin d'organiser certaines modifications ou optimiser certaines actions existantes. Ceci légitime sa place au sein des institutions de soins.
- 18 Dans la structure hospitalière étudiée, l'anthropologue s'est vu attribuer le rôle d'accueil, de soutien, d'aide aux patients et au personnel soignant : un soutien moral, affectif, empathique en un sens. Il peut servir aussi de « relais d'informations » (Hoarau et al., 2000). En effet, il connaît les termes employés par les soignants, il a appris et tenté de comprendre ce qui se cachait sous ceux des malades. Parfois les soignés lui demandent d'être ce relais. Il devient alors la personne qui peut transmettre les requêtes du patient, il peut dire à un médecin l'angoisse d'un patient à propos d'un geste technique, d'un acte médical ou détecter un problème dans l'échange qu'il peut ou non dévoiler selon les relations et les demandes des uns et des autres.
- 19 La question de l'éthique du chercheur intervient encore une fois. Le chercheur est soumis naturellement au secret médical. Chaque patient sait que ces dires sont relatés anonymement sauf s'il désire que l'anthropologue serve de relais (occasionnellement et dans ce cas sans anonymat), de même pour les propos du médecin à son égard. Il est alors perçu comme un « intermédiaire » entre deux cultures (Castelain et al, 1989 : 196), c'est pourquoi l'anthropologue doit toujours préciser sa fonction « d'observateur et de décodeur du sens caché » (id).
- 20 Toutefois, le rôle de soutien, de relais est également un rôle souhaité par les soignés surtout et par la plupart des soignants. « Les malades prennent la parole » mais elle ne circule pas toujours ou plus exactement n'est pas toujours correctement interprétée par ceux qui la reçoivent (Ligue Nationale Contre Le Cancer). Dans un tel « plaidoyer » (pour reprendre le terme employé par certains médecins), quelques soignants se voient agressés, montrés du doigt : tel n'est pas là le but de l'ouvrage d'où l'importance du relais.
- 21 Ainsi l'anthropologue devient un relais ou un expliquant des « façons de comprendre » une situation par un patient ou un médecin. Les précautions sont de rigueur car le

chercheur ne doit pas oublier de prendre garde à ne pas entamer le rôle d'écoute du praticien (voir à ce propos l'expérience d'A. Hubert, 1995 : 231).

- 22 Relais ou « expliquant », il pourrait répondre également au besoin de parler des soignés (Hoarau et al, 2000). Ce besoin de parler n'est pas seulement synonyme de soulagement mais également d'utilité. De fait, l'anthropologue en récoltant et en communiquant la parole donnée peut faire passer des messages. Les malades disent mener en effet un combat contre la maladie, et le chercheur y participe. Il intervient à un niveau globalisant puisqu'il est là pour partager le vécu des soignés afin que celui-ci « serve » aux autres selon l'expression des malades eux-mêmes. Bien sûr, l'anthropologue médical imprégné du terrain et de ces mots échangés ressent que cette tâche lui incombe. Aussi doit-il demeurer vigilant car il est quotidiennement présent auprès de la maladie, de la souffrance et de la mort.
- 23 Dans un tel climat et dans une considération éthique nécessaire et évidente doit-on assumer ce rôle ? Il s'agit bien d'assumer, de supporter (au sens anglo-saxon du terme) ce rôle quel que soit le service de santé choisi comme terrain, car l'anthropologue n'a pas toujours une formation de psychologue, de psychiatre ou de psychanalyste qui pourrait peut-être l'y aider.
- 24 Il n'est pas non plus thérapeute au sens où il ne traite pas de maladie, où il ne délivre pas de soins, où il « ne soigne pas les malades » (Robert, 1989 : 284). Pourtant, les patients semblent avoir besoin de lui : ils réclament sa présence (quand ils le connaissent) et plus que celle d'une personne ayant l'appellation « psy » qui fait encore peur. Certains anthropologues et autres chercheurs en sciences humaines demandent souvent si dans de telles situations l'anthropologue médical n'est pas alors un thérapeute comme le suggèrent certains patients ? S'il était thérapeute, on pourrait parler de thérapeutique anthropologique. D'un effet thérapeutique existant par la libération de la parole peut être ? (Legrand, 2000 : 26). Les anthropologues ne sont pas formés à ces pratiques thérapeutiques, comme le souligne Legrand, et ils ont quelques scrupules à parler de ce rôle qu'on leur attribue. Or, c'est un questionnement à poursuivre dans notre discipline si l'on désire à terme trouver notre place dans l'hôpital, et ce en « gardant notre couleur » (comme me le rappelait l'un de mes anciens professeurs).
- 25 Que serait une thérapeutique anthropologique : le soulagement par la parole donc, l'écoute et le soutien constant, la présence à domicile, le suivi lors des traitements ? Certes, mais il ne s'agit pas de traiter, de soigner : ne s'agit-il pas de l'empathie naturelle de l'anthropologue ?
- 26 De fait, le travail anthropologique est un « travail » qui s'élabore dans la création de liens, de liens forts affectivement. Ce n'est pas un travail neutre -y en a-t-il ?-, il n'est pas possible de dire qu'il lui faut une « carapace » : on n'en connaît rarement les limites, on les découvre lorsqu'elles se brisent. D'autre part, une « carapace » ou s'imposer des limites (lesquelles ?) ne serait-ce pas un frein à la construction des liens forts qui se forment lorsque l'anthropologue se présente avec naturel et franchise. Certes il a une éthique de terrain qui lui alloue des limites mais des limites de bon sens et d'honnêteté non frustrante pour le chercheur et la personne suivie.
- 27 De plus, hors de terrains hospitaliers, l'anthropologue est également un « écouteur ». Aussi, peut-être est-il simplement perçu comme un thérapeute dans l'hôpital parce que, justement, chaque personne présente est « classée » parmi les soignants ou les soignés. Il porte une blouse blanche, il écoute, il aide : il pourrait être un thérapeute ; explication

simpliste peut-être, mais il demeure que la question se pose également à l'extérieur des terrains hospitaliers.

- 28 Alors « anthropophage » ? Peut-être si l'anthropologue grignote le rôle des thérapeutes (!). Mangeur de savoir, ingesteur de paroles, il a un rôle à l'hôpital celui toujours de rendre-compte du vécu partagé avec lui. C'est un rôle d'aide et d'écoute, d'observation qui peut permettre à terme de donner les clés de modifications pouvant améliorer le vécu de la maladie, des soins, le passage de l'information, la vie dans les services hospitaliers.
- 29 Mais il reste que dans la mesure où l'anthropologue n'est pas un thérapeute ; il faut trouver le moyen de faire face ou de faire « avec » la demande des soignés que l'on ne peut ignorer. Transmettre cette demande à des personnes qualifiées n'est pas toujours la réponse et surtout, cela ne correspond pas à la demande massive qui nous est faite.
- 30 Cependant, sur le terrain hospitalier même si l'anthropologue médical est perçu comme un être à part, comme un thérapeute, au fil de sa présence, lorsque son rôle prend corps, l'utile vient finalement supplanter l'étrange et le questionnement.

BIBLIOGRAPHIE

Castelain J-P., Loux F., Pouchelle M-C., « Chapitre XIII : Ethnologie et demande médicale : de l'académisme à la désobéissance in L'autre et le semblable. » *Regards sur l'ethnologie des sociétés contemporaines*, Segalen M. (dir), Paris, Presses du CNRS, ADAGP, 1989 : 193-203.

Dibie P., *La passion du regard*, Paris, Métailié, 1998.

Freyssinet-Dominjon J., *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Montchrestien, 1997.

Hoarau H., *De l'hôpital à la famille : vivre le soin. Étude anthropologique sur le besoin en informations de patients atteints de cancer du sein ou ORL, menée à l'Institut Bergonié, Bordeaux*, Annie HUBERT (CNRS) & Dr. Jean-Marie DILHUYDY (Institut Bergonié, Bordeaux) (dir), DEA d'Anthropologie culturelle et sociale, Université Victor Segalen de Bordeaux II, 1998.

Hoarau H., Kantor G., Dilhuydy J-M., Germain C., Barreau B., Hubert A., *Approche anthropologique du vécu de la radiothérapie*, *Cancer Radiothérapie*, février 2000, à paraître.

Hubert A., « Anthropologie et recherche biomédicale. De quoi parle donc l'anthropologie médicale » in *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Baré J-F. (dir), Paris, Karthala, 1995 : 221-239.

Legrand M., *Raconter son histoire*, *Sciences Humaines*, 102, février 2000 : 22-27.

Ligue Nationale Contre Le Cancer, *Les malades prennent la parole*, Paris, Ramsay, 1999.

Oliver de Sardan J-P., *La politique du terrain. Sur la production des données anthropologique*, *Enquête*, 1, 1995 : 71-109.

NOTES

1. Traitement par rayons ionisants des tumeurs cancéreuses.
 2. DEA d'Anthropologie culturelle et sociale, Université Victor Segalen, Bordeaux II. "De l'hôpital à la famille : vivre le soin. Étude anthropologique sur le besoin en informations de patients atteints de cancer du sein ou ORL (Oto-Rhino-Laryngologie), menée à l'Institut Bergonié, Bordeaux", dir. Annie HUBERT (CNRS), co-dir. Dr. Jean-Marie DILHUYDY (Institut Bergonié, Bordeaux).
 3. Thèse d'Anthropologie culturelle et sociale, Université V. Segalen, Bordeaux II. "De l'hôpital à la famille : vivre le soin. Études anthropologique sur le rôle de la famille dans le vécu des soins des patients atteints de cancer de sein ou des VADS (voies aérodigestives supérieures), menée à l'Institut Bergonié, Bordeaux", dir. Annie HUBERT (CNRS), co-dir. Dr. Jean-Marie DILHUYDY (Institut Bergonié, Bordeaux). Cette recherche reçoit l'accord du Comité Consultatif pour la protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale de Bordeaux (CCPRB), comité d'éthique auquel toute recherche en milieu médical doit être soumise... (voir ci-après dans le texte)
 4. voir ci-après dans *le texte*
-

AUTEUR

HÉLÈNE HOARAU

Doctorante en Anthropologie Médicale