

Article

« Présentation. Vers une anthropologie des soins? »

Francine Saillant et Éric Gagnon

Anthropologie et Sociétés, vol. 23, n° 2, 1999, p. 5-14.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/015597ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

PRÉSENTATION

Vers une anthropologie des soins ?



Francine Saillant et Éric Gagnon

Toute la littérature consacrée à la notion de personne, à l'interprétation de la maladie et à la sorcellerie témoigne du fait que l'une des questions majeures posées par l'ethnologie l'est aussi par ceux qu'elle étudie : elle porte sur ce que l'on pourrait appeler l'altérité essentielle ou intime. [C]e n'est pas simplement parce que la représentation de l'individu est une construction sociale qu'elle intéresse l'anthropologie, c'est aussi parce que toute représentation de l'individu est nécessairement une représentation du lien social qui lui est consubstantiel.

Augé 1992 : 29-30

Les soins constituent au premier abord un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière « normale » ou « autonome » au sein de la collectivité (Saillant 1991, 1992). En plus de l'auto-diagnostic et de l'entretien du corps au quotidien, on peut associer aux soins les tâches d'apprentissage et d'éducation (hygiène, alimentation, prévention), de médiation avec les autres soignants et les institutions, ainsi que les dimensions relationnelles et émotionnelles de l'accompagnement. Parce qu'ils sont rencontre et présence, par leur caractère essentiellement relationnel, ils se déploient en soulevant les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité. Les soins s'étendent donc bien au-delà de cette dimension de « santé », à laquelle on les a souvent rattachés, comme ce numéro, nous l'espérons, permettra de le constater.

Les soins, croyons-nous, désignent avant tout une question, ou un ensemble de questions : ce que soigner peut signifier dans différents groupes ; comment on en vient à penser les soins et de quelle façon ; en quoi la catégorie « soin » permet la comparaison entre diverses pratiques et diverses sociétés. Car il est bien évident que les soins ne sont pas devenus partout, comme en Occident, un ensemble distinct d'activités, un objet spécifique de préoccupations et de réflexions. Ce constat ne nous conduit cependant pas à un simple relativisme culturel, mais nous guide plutôt dans l'exploration de quelques-unes des grandes questions anthropologiques contemporaines qui se posent non seulement à l'anthropologie, mais aux collectivités et aux individus qu'il étudie.

Les restructurations des systèmes de santé dans le monde et les transformations de l'individualité contribuent à mettre en évidence l'importance et la portée des soins, et même recréent l'objet « soin ». Toutefois, celui-ci n'en constitue pas moins une porte d'entrée pour aborder ces questions.

Anthropologie « médicale » : spécialisation, fragmentation, repositionnements

Autour des soins est constamment avancée une série d'oppositions ou de doublets, qui renvoient plus ou moins explicitement à l'opposition nature/culture. Ainsi, on admet généralement que la biomédecine ou médecine cosmopolite pourrait être caractérisée par une séparation entre le *cure* et le *care*, catégories que l'on traduit souvent par « traitements » et « soins ». On considère habituellement la biomédecine comme le royaume du traitement, de la technique et du corps-machine, c'est-à-dire du *cure*, royaume auquel il manquerait l'humain, la globalité, le lien social, c'est-à-dire le *care*. Cette distinction entre le *cure* et le *care*, très largement répandue, est rarement remise en question, même par ceux et celles qui reconnaissent que la biomédecine est loin d'être aussi homogène qu'on ne la présente souvent. On accepte dorénavant qu'il n'y a pas, d'un côté, la biomédecine et, de l'autre, les médecines dites traditionnelles ; on admet l'idée « des médecines » (incluant la biomédecine) variables selon le contexte historique, culturel, économique ou technique, que ce contexte soit un paradigme, une institution ou un milieu culturel. Malgré cela, on ne va pas souvent au-delà des distinctions entre le *cure* et le *care*, utilisées pour parler « d'un trop de technique » et « d'un pas assez d'humain ». Comme s'il n'y avait pas de technique dans l'humain et comme si le trop technique se définissait en dehors de l'humain, en dehors de l'humanité. Mais aussi, comme s'il y avait d'un côté une médecine très technique, cosmopolite et universalisante, et de l'autre, des médecines gardiennes de l'humain, de l'humanité. L'expression « humanisation des soins » traduit cette idée. Dans les mouvements alternatifs (médecines douces) et les mouvements de démedicalisation (mort, naissance), on a désiré publiquement une médecine plus humaine, humanisée. On a cherché des sources ailleurs, dans l'exotique (comme l'engouement pour les médecines orientales), là où l'humain serait accueilli, préservé.

Dans les études sur les médecines dites traditionnelles (disons plutôt non régies par le paradigme scientifique occidental), on a aussi souvent découpé l'objet d'étude selon ses aspects empiriques et symboliques. Reconduisant l'opposition technique/symbolique, il y aurait d'un côté l'étude des pratiques routinières et quotidiennes que sont les soins domestiques ou de la maisonnée, plus empiriques, et, de l'autre, celle des rituels denses et complexes qui mettent en scène l'ordre social et thérapeutique, chargé de symbolique. Mais y a-t-il moins de symbolisme dans l'usage d'une plante médicinale dans la maisonnée pour un soin quotidien que dans la pratique de l'art éphémère qu'est la peinture rituelle des indiens navajo et de leur *medicine man* ?

Selon le point de vue d'où on les considère, les soins relèveraient tantôt de la nature, en s'opposant à la technologie médicale, tantôt de la culture, du symbolique, des valeurs, par opposition aux traitements qui ne toucheraient que la dimension organique ou naturelle de la maladie. Comprendre ce que signifient ces oppositions dans une culture, quels partages elles opèrent, à quelle nécessité intellectuelle et sociale elles répondent et quelles orientations elles impriment aux conduites, c'est comprendre comment une collectivité pense son rapport à la nature.

Les soins soulèvent également la question des genres, du partage entre les domaines masculin et féminin, partage, qui, comme on le sait, est central dans la formation et le fondement de l'ordre symbolique dans toutes les sociétés humaines. Par exemple, les soins sont largement du domaine féminin, tandis que la biomédecine semblait encore récemment un monde dominé par le masculin : en Occident, il y a peu, la pratique médicale était un privilège des hommes. Plus nombreux, ils ont contrôlé l'accès à la formation (l'interdisant pendant plusieurs siècles), ils en ont défini la nature et les voies de la pratique, ils ont créé des armées de paraprofessionnels à leur service, en majorité des femmes. On a ainsi pu croire que l'esprit même de la biomédecine serait masculin, tandis que celui des soins serait féminin. On retrouve les oppositions *cure-care*, nature-culture, auxquelles se superpose l'opposition masculin-féminin.

Cette distinction du *cure* et du *care* pose le problème de la fragmentation idéologique à la base du projet d'une anthropologie dite médicale et des liens épistémologiques et institutionnels de cette anthropologie avec la médecine cosmopolite. Cette association entre l'anthropologie et la médecine ne fausse-t-elle pas la perception de l'objet et ne favorise-t-elle pas sa réduction à un domaine spécifique ? Les questions concernant les phénomènes santé/maladie doivent-elles être posées à partir d'un domaine professionnel (la médecine, la psychiatrie, le *nursing*) ou les dépasser ? Une anthropologie des soins est-elle possible, qui ne fasse pas que répercuter les oppositions *cure-care*, comme le font certaines anthropologues américaines (Leininger 1979 ; Tripp-Reimer et Dougherty 1985) ? Elle ne devrait pas conduire à un cloisonnement et à une réduction de l'objet d'étude, mais elle doit soulever le problème de la constitution de l'objet d'étude.

Cette anthropologie des soins doit-elle, à l'instar de l'anthropologie médicale, se développer en spécialité autonome avec ses colloques, revues, manuels, programmes d'études supérieures, ses recherches spécialisées, ses adhérents regroupés en associations et comités distincts ? Plusieurs craignent une telle spécialisation, qu'ils perçoivent comme contradictoire avec la nature même de l'objet de l'anthropologie : il y a quelques années, dans un texte qui a fait école, Marc Augé (1986) jugeait l'homogénéité de l'anthropologie médicale très relative et sa spécificité douteuse, en soulignant le caractère administratif et stratégique des regroupements en sous-disciplines.

Cette critique n'a certes pas empêché l'anthropologie médicale nord-américaine de se développer, l'amenant même à pousser plus loin le projet, en multipliant les champs d'études à partir de la sous-discipline : ethnopsychiatrie, ethnomédecine, anthropologie de la nutrition, anthropologie de la mort, anthropologie médicale clinique, anthropologie de la reproduction, etc. Sommairement, nous pouvons distinguer deux mouvements qui ont favorisé cette spécialisation. Le premier répond à des impératifs scientifiques : les différentes spécialités ou sous-disciplines que l'on développe créent un contexte favorable à l'accumulation de connaissances dans un domaine limité, de manière à faciliter les comparaisons et éventuellement déboucher sur un savoir général. Les développements très importants de l'ethnopsychiatrie constituent un exemple parmi d'autres. Le deuxième mouvement, plus récent, répond aux exigences d'une anthropologie

appliquée. L'anthropologie s'associe à d'autres disciplines de façon stratégique pour résoudre un problème (qui devient un champ), éclairer les politiques ou favoriser l'intervention. Se forment ainsi des équipes multidisciplinaires autour d'un objet précis et limité, dont chaque discipline doit éclairer une dimension. Deux façons de fragmenter, deux façons de rendre l'anthropologie plus spécifique.

Avec un tel contexte, la discipline risque alors de se développer dans une sorte de fuite en avant vers la résolution de questions limitées, immédiates, urgentes, suivant en cela les chemins de l'utilitarisme dans les sciences sociales, pour produire des données comparables et utilisables, mais qui font perdre de vue les questions générales à la base de toute discipline scientifique. Rappelons que l'on doit à Madeleine Leininger le développement d'une spécialité combinant les deux positions évoquées plus haut : cumulatif, le *nursing* transculturel se doit de l'être, en multipliant et rassemblant les résultats de diverses études visant à illustrer les variations et les universaux des soins ; interdisciplinaire, il l'est aussi par nature, puisqu'il combine les « sciences infirmières » et l'anthropologie. Il a pour mission de résoudre un problème : adapter la pratique du *nursing* et les programmes de soins aux divers contextes culturels. Le projet du *nursing* transculturel se développe aussi à partir d'une ambition très large : défendre le projet de la spécificité des soins, de leur singularité et de leur unicité, tout en reconnaissant leurs infinies variations.

Notre position est différente. Nous pensons, et c'est ce que ce numéro d'*Anthropologie et Sociétés* veut montrer, que si un certain découpage de l'objet est nécessaire, l'étude des soins soulève directement des questions générales de l'anthropologie. L'anthropologie des soins n'est pas un nouveau domaine (ce qui est en marge de la médecine ou ce qui entoure le travail de guérison) et ce n'est pas un nouveau champ de l'anthropologie de la maladie qui s'additionne aux autres pour donner une vision plus complète. Mais c'est plutôt une nouvelle entrée dans les questions anthropologiques, un ensemble de pratiques où les individus et les collectivités sont amenés à se poser eux-mêmes les questions de l'individualité, de l'altérité, de l'identité, du genre, de la socialité, du sens.

Individu, individualisation

Tout en se déployant dans un univers pluriel et polysémique, les soins, en tant que pratiques d'accompagnement, représentent pour une grande part un travail de connection entre soignants et soignés en quête d'unité. Les pratiques contemporaines et occidentales d'accompagnement se veulent un moyen de relier l'expérience individuelle de maladie et de soins à leurs dimensions (inter)subjectives, langagières, corporelles et collectives, et c'est en cela qu'elles contribuent à créer cette unité tant désirée. Elles se veulent une réponse à la fragmentation de l'expérience dont nous avons parlé, séparation de l'individu de son environnement, de la collectivité, de son corps, de sa psyché, du cosmos ; mais l'expérience de maladie n'est-elle pas en soi expérience de rupture et de fragmentation ?

Par l'intermédiaire des soins, formes variées « d'attention à l'autre » qui interviennent dans diverses pratiques thérapeutiques, il y aurait cette possibilité d'un

travail effectué autour de l'individu, de son corps, de son histoire, de sa parole. Par ce travail s'exprime aussi bien la quête *du* sens, dont il a été amplement question dans le courant interprétativiste de l'anthropologie dite médicale (Good 1996, Kleinman 1995), que la quête *des* sens rejoignant par ce côté la phénoménologie de Merleau-Ponty et les chemins de l'*embodiment* et d'une nature incorporisée (Csordas 1994). C'est un travail par lequel s'exprime aussi parfois la recherche d'un ailleurs ultime, un monde autre et surnaturel ouvrant au salut. C'est dans ce dernier cas que se rencontrent les chemins du religieux et du thérapeutique. Par le travail de connection, les soins se veulent ainsi la réunification des dimensions de l'être et, dans leur version moderne, du soi individuel.

Les processus d'unification que permettent les pratiques de soins prennent diverses orientations. C'est ainsi que dans certaines pratiques de soins, on insiste sur la parole, sa mise en scène et sa circulation, par exemple dans les groupes d'entraide. La communication de l'expérience de la maladie par les malades eux-mêmes, son partage entre les pairs ou les proches, sont en soi des actes de soins et de thérapie. Le récent livre de Fainzang sur les groupes de proches d'alcooliques (1996), tout comme le texte de Gagnon (dans ce numéro), en sont des exemples. Cela est vrai aussi du pentecôtisme (voir le texte de Laplantine). Dans d'autres pratiques, c'est non pas la stimulation de la parole qui est objet d'attention, et l'émergence d'un sens à construire et partager, mais plutôt la stimulation des sens. Les pratiques actuelles en néonatalogie ou en soins palliatifs en sont des exemples éloquentes. Une certaine sensorialité doit permettre à l'individu de reprendre le contact perdu avec le monde. Dans tous les cas, il s'agit de communication, de mise au monde, de connection ou plutôt de travail de cohérence entre divers ordres de réel. L'individualisation des traitements dans des pratiques comme l'homéopathie en est un autre exemple : l'individu veut retrouver sa « vraie nature », trouver appui dans son corps égaré et les pratiques de soins l'amènent vers la recherche, justement, de cette unité perdue, imaginée, que le thérapeute se doit d'aider à retrouver (voir le texte de Sévigny). L'individualisation va jusqu'à chercher à trouver le remède le plus approprié correspondant à une individualité somatique postulée. L'individu se retrouve aussi dans la recherche d'un bonheur individuel que revêt la démarche pentecôtiste, que Laplantine compare, avec raison, à certaines tendances du Nouvel Âge dont font partie les médecines que l'on a qualifiées de douces.

Non seulement les soins visent à réinsérer l'individu dans cette unité tant recherchée, mais ils le font par la recherche d'une immédiateté : immédiateté de l'expérience non médiatisée, de la parole, et importance du bonheur individuel, comme dans les mouvements pentecôtistes. Dans l'homéopathie, existe aussi cette recherche à travers les expressions « relation d'aide », « être là », « compassion », « qualité d'être ou de présence », « humanisation », « vraie nature ».

On le voit, les nouvelles pratiques dont il est ici question, malgré leur volonté de s'en démarquer, ne sont pas étrangères à la médecine occidentale, du moins au mouvement de fond qui a porté depuis deux siècles la méthode anatomo-clinique, pour chercher à constituer une médecine de l'individu (Foucault 1963). Un mouvement qui isole l'individu et singularise chaque maladie ; un mouvement qui,

comme le remarquent plusieurs auteurs, a accordé une prédominance à la vue, au détriment des autres sens, pour constituer le malade en sujet de sa maladie. La vue met à distance et objective le malade et la maladie. Dans la relation thérapeute-malade, elle participe avec la technologie (très visuelle) d'une diminution des manipulations corporelles. Entraide, homéopathie, rites de deuil, soins palliatifs, accompagnement et même nouvelles religions du salut prolongent ce mouvement, tout en s'y opposant (textes de Sévigny et de Gagnon).

Le caractère volontaire et conscient de ces recherches des sens et de maîtrise des symboles est particulièrement frappant dans les rituels de deuil (texte de Broqua et Loux). L'efficacité symbolique n'est plus un phénomène inconscient pour le malade et son groupe que seul l'observateur étranger et agnostique pourrait percevoir, mais quelque chose de consciemment recherché par les malades et les thérapeutes (homéopathie). L'effet symbolique est recherché pour lui-même. Il y a une utilisation consciente des symboles, qui prennent alors un caractère individuel, qui se singularisent. On pourrait presque dire une utilisation instrumentale du symbole. Et cela est directement lié à la recherche de relations « véritables », significatives.

De différentes façons, ils se démarquent des soins domestiques, que l'article de Saillant présente en contrepoint. Les soins domestiques, tels qu'ils s'effectuaient dans le Québec des années 1930-1960, étaient liés à la socialisation, à l'apprentissage, se transmettaient et se transmettent encore au sein de la famille. Les soins s'insèrent ici dans un groupe et une filiation, donc dans la reproduction ; l'unité n'est pas encore l'individu et son rapport singulier avec son environnement.

L'altérité, l'identité

L'opposition symbolique/technique chez les homéopathes pourrait être qualifiée de hiérarchique au sens de Louis Dumont : le symbolique s'oppose au technique tout en l'englobant, car on ne dédaigne jamais l'efficacité technique pour guérir. Plus généralement, l'opposition implicite dans plusieurs des pratiques étudiées dans ce numéro entre unité du moi et relations sociales a le même caractère hiérarchique. L'individu s'oppose au social dans ses dimensions institutionnelles, impersonnelles, mais cherche aussi à l'intégrer, pour obtenir la reconnaissance et s'inscrire dans un espace commun et parfois public (rituels de deuil). Encore une fois, l'unité perdue est recherchée.

Les soins touchent ainsi directement la question de l'altérité, quand ils ne désignent pas tout simplement la dimension de l'altérité, du rapport à l'autre dans le travail de guérison ou dans l'aide ou l'éducation des jeunes enfants. Les soins impliquent non seulement une interaction entre deux personnes, mais des représentations de ce que sont ou doivent être les liens au sein d'une collectivité. Les soins posent la question de la relation à l'autre et de l'identité : des différents liens sociaux (parents-enfants, hommes-femmes, experts-profanes) qui sous-tendent la relation de soins et que les soins renforcent et légitiment ; de l'individualité qui se constitue au sein de systèmes de repérages et de différentiations (filiation,

ressemblances), et qui confèrent à chacun son identité et sa place. Dans les soins, l'effort de singularisation du soignant ou du soigné se heurte aux limites de toute individualisation et à la nécessité de consentir à exister dans un monde défini par la relation à l'autre, donc à s'aliéner (Lévi-Strauss 1950), ce qui pose tant de difficultés à l'individu « moderne ».

Cette question de l'altérité pose celle de la circulation des significations, et elle se pose à ceux-là mêmes qui sont engagés dans la relation de soins. Ainsi, dans plusieurs pratiques de soins où s'affirme l'individualité, ressort également le besoin de trouver une confirmation publique ou une reconnaissance de ce qui est affirmé ou revendiqué. Dans les rituels de deuil comme dans les cérémonies pentecôtistes, s'exprime une volonté de témoigner devant la communauté, dans un espace public et ouvert. Dans les groupes d'entraide, les rencontres créent la possibilité d'une reconnaissance par les autres, de l'expérience des personnes. L'homéopathie est traversée du désir de créer ou de signifier les liens. Ce qui est fascinant avec les rituels de deuil pour les personnes mortes du sida, c'est que l'intégrité de la personne n'est pas seulement dans la défense de son individualité et de sa singularité, mais passe par une inscription dans un espace public.

Tout en s'en démarquant, les pratiques de soins aujourd'hui renouent avec les soins domestiques ou les prolongent par cette recherche de protection de la vie, en liant très clairement la mort biologique et la mort sociale. Ainsi, ces pratiques d'accompagnement de personnes âgées et démentes, aux facultés cognitives très diminuées, avec qui on cherche à conserver ou rétablir une communication sans même savoir si elles en sont toujours « conscientes » : comme si, pour qu'elles demeurent « en vie » et conservent leur dignité, il faut un Autre devant elles, un « accompagnant » qui cherche à comprendre ce qu'elles ressentent, le devine, l'imagine au besoin, car on ne vit que dans le regard d'un autre. Cette question paraît fondamentale. Quoiqu'un seul texte touche directement cette question (Saillant), ne faut-il pas interroger aussi la responsabilité et le sentiment de responsabilité face à l'autre fragile ? Dans l'espace privé de la maisonnée, cette responsabilité peut être interprétée en termes de rapports de genre. Les soins domestiques des femmes au quotidien opèrent un transfert (et une naturalisation) entre reproduction biologique et reproduction sociale, établissent la continuité de la vie de la naissance à la mort, éloignent la responsabilité personnelle de la mort. Ces soins nous aident à réfléchir aux points d'articulation qui connectent, dans l'espace thérapeutique, les divers groupes incluant les femmes et les malades. Les pratiques et itinéraires de soins concrétisent l'altérité localement construite selon les contextes.

À la différence des soins domestiques anciens, les nouveaux soins ne se mêlent pas à la vie quotidienne des maisonnées, mais tentent d'imprégner (signe des temps) les pratiques professionnelles de santé et les pratiques religieuses.

Mais l'autonomisation que prennent aujourd'hui les soins, qui se pensent séparément des traitements (opposition *care-cure*) ne doit pas, comme le souligne Saillant, nous tromper. Il s'agit, dans les soins et l'accompagnement, de beaucoup plus que d'un support psychologique et « moral ». Si les soins d'aujourd'hui ne

sont plus comme les soins domestiques, des activités insérées dans la vie quotidienne, des activités familiales et « naturelles », s'ils sont fortement rationalisés, ils conservent ou tentent de retrouver un caractère englobant de protection de la vie et de préservation de l'identité. Ils deviennent des pratiques d'entretien de la vie portées par les femmes mais aussi, pourrions-nous dire, pratiques d'entretien du lien, où s'expriment, se réfléchissent l'altérité, le rapport aux autres, la différence (le même et l'autre), où l'altérité prend une figure.

La question des soins n'apparaît pas aujourd'hui sans raison, le domaine des soins n'est pas une réalité qui va de soi, transculturelle et évidente. Il apparaît dans un moment particulier et s'exprime différemment selon les contextes culturels, économiques et politiques. Dans un récent ouvrage, Agacinski (1998) ne proposait-elle pas justement de substituer la notion d'altérité à celle de reproduction pour penser non seulement l'identité mais le lien social ?

Dans les articles de ce numéro, l'attention ne se portera pas, comme dans la majeure partie de l'anthropologie médicale, sur la guérison, les savoirs et la croyance, même si ces thèmes sont présents. L'attention se déplacera du groupe (dans ce qui fait son unité et son homogénéité) vers l'individu, suivant en cela, reconnaissons-le, un déplacement au sein de la culture elle-même (et pas seulement en Occident, comme le montre Laplantine)¹, mais sans que l'anthropologue s'y laisse prendre et absorber.

Destins de l'individualisme et avenir de l'anthropologie

Ces textes sur l'altérité contemporaine nous ramènent au projet de l'anthropologie par le caractère semblable des difficultés que rencontrent les individus et les groupes ici étudiés. Ils se posent eux-mêmes des interrogations anthropologiques, que les auteurs des textes cherchent à situer dans leur contexte et à relier (historiquement ou transversalement) avec d'autres dimensions de la vie des sociétés considérées.

Et les anthropologues se font aussi parfois l'écho de ces interrogations et des inquiétudes qu'expriment ces personnes et ces groupes : rapport difficile à la parole, obligation de s'en remettre à d'autres, dépendance inacceptable, reconnaissance nécessaire du groupe, nécessité de passer par d'autres, de passer par un langage ou des catégories impersonnelles. Même chez les anthropologues, cela est souvent vécu comme des contraintes, avec ce que cela peut avoir de trompeur et de menaçant : les individus ne se réduisent pas aux rôles, leur vie aux règles prescrites, leur société à nos modèles ; leur expérience est toujours singulière.

1. Dans un récent article sur les églises pentecôtistes africaines, Birgit Meyer (1998) remarque qu'elles opèrent une coupure symbolique entre l'individu et sa famille en attribuant des fautes au lien familial ou en faisant de celui-ci le canal par où le Démon influence une personne. Dans un contexte économique et politique où les obligations familiales sont de plus en plus lourdes et contraignantes, les individus aspirent ainsi à l'indépendance. « La finalité des séances de délivrance consiste ainsi à transformer les personnes en individus indépendants et à l'abri des relations familiales. À l'inverse des dieux traditionnels, l'esprit de Dieu ne cherche pas à lier des familles mais plutôt à transformer leurs membres en individus séparés » (1998 : 76).

Pour Allué, dans l'article publié ici, seul le patient qui vit l'expérience peut connaître et rendre publique son expérience. C'est une critique radicale du discours sur les soins, sur le caractère souvent lénifiant du *care*, même s'il participe de la même préoccupation pour la communication et l'altérité. Les soignants n'ont qu'à s'occuper du corps, en éliminant la douleur. Ce que la personne vit leur serait inaccessible, échappant même à l'interprétation anthropologique, qui doit se ramener aux conditions générales par lesquelles l'individu est placé en situation de dépendance et de silence. L'expérience physique, morale et intellectuelle qui en résulte ne saurait, elle, selon le propos d'Allué, devenir l'objet de l'anthropologue.

Ce texte n'a pas pour unique intérêt la valeur du témoignage. Malgré les, ou plutôt en raison des désaccords que plusieurs pourraient avoir avec la position formulée par l'auteur², ce texte doit être lu. Sa radicalité peut certes conduire à une impasse pour l'anthropologie, rendant impossible la rencontre de l'autre, mais il est aussi un antidote à un interprétativisme relativiste qui tend à dissoudre la comparaison et la communication.

Convenons avec Louis Dumont que l'anthropologie a besoin autant de l'universalisme propre à l'individualisme moderne que du particularisme qui reconnaît à chaque culture sa spécificité. Ajoutons qu'il faut trouver un équilibre entre un universalisme qui fait de l'individu une donnée générale, irréductible aux sciences sociales, et une interprétation entièrement culturelle de sa souffrance et de ses questions. Dans les interrogations que soulèvent les pratiques de soins, dans les catégories, les valeurs et les représentations qui les portent ou qu'elles expriment, l'anthropologie trouve ses moyens de comparaisons.

Références

- AGACINSKI S., 1998, *Politique des sexes*. Paris, Seuil.
- AUGÉ M., 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, XXVI, 1-2 : 81-90.
- , 1992, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris, Seuil.
- CSORDAS T. J., 1994, *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Boston, Cambridge University Press.
- DUMONT L., 1983, *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris, Seuil.
- FAINZANG S., 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques*. Paris, Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- GOOD B. J., 1996, *Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Perspective*. Boston, Cambridge University Press.
- KLEINMAN A., 1995, *Writing at the Margin*. Berkeley, University of California Press.

2. Le texte de Gagnon adopte ici une position différente.

- LEININGER M., 1978, *Transcultural Nursing*. New York, Wiley and sons.
- LÉVI-STRAUSS C., 1950, « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss » : ix-iii in M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- MEYER B., 1998, « Les églises pentecôtistes africaines, Satan et la dissociation de "la tradition" », *Anthropologie et Sociétés*, 22, 1 : 63-84.
- SAILLANT F., 1991, « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, 4, 1 : 11-30.
- , 1992, « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue internationale d'action communautaire*, 28, 66 : 95-106.
- TRIPP-REIMER T. et M. DOUGHERTY, 1985, « The Interface of Nursing and Anthropology », *Annual Review of Anthropology*, 14 : 229-241.

Francine Saillant
Département d'anthropologie
Université Laval
Sainte-Foy
Québec G1K 7P4

Éric Gagnon
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval
Sainte-Foy
Québec G1K 7P4