

## **Le conflit : un élément dynamique des situations cliniques interethniques**

## **The Conflict : A Dynamic Element of the Interethnic Clinical Situations**

## **El conflicto : un elemento dinámico de las situaciones clínicas inter-étnicas**

Marguerite Cognet

Volume 37, Number 3, 2013

Ethnographies hospitalières : l'hôpital et ses terrains  
Hospital Ethnography: The Hospital and Its Landscapes  
Etnografías hospitalarias: El hospital y sus investigaciones de campo

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1024086ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1024086ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)

1703-7921 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cognet, M. (2013). Le conflit : un élément dynamique des situations cliniques interethniques. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 201–213.  
<https://doi.org/10.7202/1024086ar>

Article abstract

This paper is a discussion of S. Fortin's article in the same issue. We discuss two points of debate in particular. The first one deals with the rise of an « other cultural » in the clinical relations in hospital and with the representations the clinicians can have of this « other one » – representations which are the vector of potential conflicts between practitioners and patients. The second consists in going back to the question of conflicts in clinical situations and on their articulation with the processes of negotiation and recognition. We conclude on what appears to us, today, to be prerequisites of a cross clinical practice in the sense A. Nouss and F. Laplantine give to this term. What we understand as a practice would proceed from the production of a new normativity. In other words, a clinical practice would be renewed in the in-between space, in the continuous circulation between conjunction and disjunction, and would arise from conflict and recognition.

# LE CONFLIT : UN ÉLÉMENT DYNAMIQUE DES SITUATIONS CLINIQUES INTERETHNIQUES

Marguerite Cognet



## Introduction

Le texte de Sylvie Fortin publié dans ce numéro, largement illustré par les exemples empiriques de son terrain en milieu hospitalier, nous offre par sa réflexion l'opportunité d'une discussion sur les logiques qui sous-tendent les rencontres cliniques vues comme un lieu d'interactions sociales susceptibles de mettre en saillance la dimension des « origines de l'autre ». Ses origines réelles ou supposées apparaissent comme des objets catalyseurs du conflit à partir desquels la négociation, qui devient nécessaire, peut conduire à faire émerger ce que l'auteure appelle une « normativité plurielle » (un pluriel écrit au singulier<sup>1</sup>) qu'elle ne définit pas précisément, mais que nous devons apparemment comprendre comme la coexistence harmonieuse de plusieurs types de normes et de valeurs dont l'affrontement, qui fait *a priori* l'objet d'un conflit patent.

Il y a de multiples points à débattre dans l'exposé que nous livre Sylvie Fortin. Nous reviendrons ici principalement sur deux d'entre eux, à partir des diverses recherches que nous avons menées en milieu clinique en France et au Canada depuis une vingtaine d'années<sup>2</sup>. D'abord nous réexaminerons la question de la survenue d'un « autre culturel »<sup>3</sup> dans le cours des relations

1. Ce qui est, *a priori*, une option différente que de proposer une négociation et une délibération éthique qui assureraient une co-construction de la nouvelle normativité.
2. Nous ne pouvons citer ici toutes les recherches et leurs publications mais précisons que nous nous sommes spécialisée dans ce champ dès notre thèse doctorale (Cognet 1998). Pour une bibliographie détaillée, voir notre page de membre (<http://urmis.unice.fr/spip.php?article136>) sur le site de l'Urmis (<http://www.unice.fr/urmis/>).
3. L'écriture pose le choix de la majuscule ou de la minuscule à ce terme. Dans un sens assez proche de la psychanalyse lacanienne, Jacques Steiwer précise que « autre » avec une minuscule signifie qu'il s'agit de n'importe quel autre humain opposable dans l'humanité entière, alors que « Autre » avec une majuscule, signifie la rencontre avec un alter ego, perçu comme constitutif de la première altérité (Steiwer 2011 : 108). Partant de cela, nous retenons l'écriture du terme avec une minuscule avec l'intention de signifier que l'adoption de la

cliniques hospitalières et des représentations que se font les cliniciens de cet autre – représentations qui sont les vectrices des conflits potentiels entre soignants et soignés. Dans le deuxième point, nous discuterons de la question du conflit en situation clinique et de son articulation avec les processus de négociation et de reconnaissance. Nous en viendrons à ce qui nous apparaît, aujourd’hui, être des prérequis d’une pratique clinique métisse, entendue comme une pratique qui procéderait de la production d’une nouvelle normativité, soit un processus en perpétuel devenir qui naît de l’entre-deux, ni tout à fait de soi, ni tout à fait de l’autre mais de la circulation ininterrompue entre la conjonction et la disjonction. Le métissage porte en son sein la question de notre transformation par l’autre (Laplantine et Nous 2001).<sup>4</sup>

### La survenue de l’autre culturel dans la situation clinique

Sylvie Fortin a consacré une partie de son exposé aux conditions de la survenue de l’altérité ethnique dans la situation clinique, indiquant rapidement qu’un écart à la pensée biomédicale est une des conditions principales du conflit. Ce sur quoi nos propres analyses convergent, à la nuance près que nous ajouterons que ces écarts peuvent être implicites (par exemple par des attitudes de non observance thérapeutique), et que c’est leur explicitation, éventuellement accompagnée d’une ostensible critique des orientations ou/et décisions médicales par les soignés ou leurs proches, qui est la condition quasi *sine qua non* de l’émergence du conflit ou, plus exactement de son passage de l’état latent à l’état patent.

Toutes nos observations attestent de l’importance que prennent les représentations des médecins, de leurs patients et des proches sur la situation clinique et les actions-décisions qui doivent être prises. Comme le rappelait très justement Véronique de Rudder dans un de ses articles, à propos de la « définition de la situation » de William Isaac Thomas (1923), comme objet de discorde ou/et de transaction potentielle :

Considérer les univers de représentations et de significations collectives en tant qu’éléments intervenant objectivement dans les interactions permet [...] de concevoir des relations virtuellement ou effectivement conflictuelles, comme de comprendre leur négociation.

De Rudder 2002 : 42

---

majuscule participe d’une opposition radicale entre des majoritaires qui ne seraient jamais ethnicisés et des minoritaires qui le seraient systématiquement, ce qui est contraire à notre approche théorique de l’ethnicité. L’utilisation de la minuscule entend que ces « autres » ne peuvent se réduire à une différence supposée de leur culture. Ils sont à la fois différents comme tous les êtres humains le sont les uns des autres, et semblables puisque compris dans une même humanité.

4. Nous remercions les lecteurs de la revue pour leurs commentaires et suggestions qui ont permis d’approfondir et préciser les arguments dont nous débattons dans cet article.

De fait, et Anselm Strauss (1964) l'a bien documenté, une situation clinique n'est pas seulement un état descriptible en termes anatomique, biologique, psychologique, physiologique ou génétique ; elle est aussi, voire surtout, une histoire de « cas » dont la trajectoire peut suivre diverses avenues (Strauss *et al.* 1992). Dans l'univers de la clinique, un cas est une construction sociale à laquelle se livrent les soignants imbriquant, au fur et à mesure, les éléments qu'ils glanent sur le patient qui est entre leurs mains. Ces éléments réfèrent à la fois à son état de santé proprement dit mais aussi à d'autres variables sociales (profession, âge, sexe, état civil, etc.) et psychologiques (caractère, qualité des relations avec ses proches, sens de l'humour, etc.) qui font que deux tuberculeux pulmonaires, ou deux cancéreux de la vessie ne se ressemblent absolument pas et constituent des cas distincts à partir desquels les interactions soignants/soignés diffèrent. Les soignants se livrent ainsi à un savant calcul de la valeur sociale des individus (et donc du coût de leur perte en cas de décès) qui donnent autant de « cas » – le bon cas, le cas lourd, le gentil malade, le drôle de petit vieux, la vieille gâteuse, etc. – qu'ils associent à des figures archétypales qui font partie de leurs représentations sociales et de leur cartographie cognitive (Glaser et Strauss 1964 ; Cagnet et Raigneau 2002).

Pour l'individu qui entre dans un processus de soin, ces figures sont à la fois descriptives et prescriptives des rôles que l'on s'attend à ce qu'il joue. Au-delà du soigné, elles le sont également pour sa famille, pour la communauté dont il est considéré comme « membre »<sup>5</sup>. Autrement dit, tout patient, quelles que soient les variables qui le caractérisent, est un cas pris dans une relation clinique qui constitue indubitablement une relation sociale singulière, plus ou moins asymétrique selon qu'elle est engagée avec les différentes catégories d'acteurs du système hospitalier que les statuts formels assignent au rang d'experts (médecins et paramédicaux) ou de profanes (aides-soignants, agents des services hospitaliers, auxiliaires)<sup>6</sup>. Partant, le patient repéré (classé par les soignants) comme entité altérisée au nom de ses origines (réelles ou supposées) se trouve dans une position doublement minoritaire vis-à-vis des médecins. D'une part, il l'est comme profane face aux experts<sup>7</sup>, et il l'est comme « étranger » et, *de facto*, comme « autre culturel ». Dans cette relation où les uns sont dominés et les autres dominants, la potentialité du conflit est posée. La moindre contestation des rôles dominants/dominés au sein de la dyade le fait éclater au grand jour. Une contestation qui peut aussi bien être à l'initiative du patient (ou de ses

5. À propos de ce terme, nous pourrions méditer sur cet envahissement permanent du lexique organico-médical pour penser les relations sociales.

6. Strauss considère que les patients se rangent également dans la catégorie des profanes.

7. Lorsque nous parlons d'experts, il faut entendre que notre propos dépasse le seul cadre des interactions entre le corps médical et ses savoirs. Il y a dans le système de santé des experts qui ne sont pas médecins, des savoirs scientifiques variés et des logiques non médicales (dont les logiques organisationnelles) qui participent à ce qui est présenté ici et façonnent des systèmes de sens qui opèrent dans une situation clinique.

proches) en contestant plus ou moins explicitement les choix thérapeutiques, ou à celle des équipes soignantes quand, par exemple, elles renvoient celui-ci à ses responsabilités de sentinelle (Pinell 1992), ou l'invitent à participer plus activement à la restauration de sa santé et de son corps et ne pas se complaire dans la maladie ou dans un état dit de « sinistrose » (Sayad 1999).

Une des premières explications de la survenue du conflit patent, y compris quand il prend la forme de la rupture des soins, tient à ce que nous avons appelé le « clash des figures » dans une recherche menée sur le déroulement des interventions en travail social (Cognet *et al.* 2005). Un clash qui survient au moment où l'un ou l'autre des acteurs<sup>8</sup>, parfois les deux, mais souvent un seul – et surtout le patient – se rebelle et se dérobe de la figure qui lui est projetée, en en révélant une autre que le soignant ne comprend plus, ne « reconnaît » plus mais qu'il n'a en fait jamais connue. Nous pouvons alors revenir sur la proposition de Paul Ricœur (2004) qu'évoquait Sylvie Fortin, à savoir qu'il faudrait que les soignants assument de « méconnaître pour reconnaître ». Or, ce qui nous a été donné d'observer montre que la construction des cas procède à peu près à l'inverse.

Ainsi, il nous apparaît que, le plus souvent, la situation de soins repose en fin de compte sur la présomption d'une entente harmonieuse entre des statuts et des rôles qui ne sont que des représentations idéales du soignant et du soigné, édictées par la culture dominante (celle de la société canadienne ou celle de la France) et par des normes dans lesquelles, au fil du temps, elle s'est instituée ; des normes qui sont véhiculées et diffusées dans le cours des formations théoriques et pratiques des soignants (Cognet et Bascougnano 2012). Dans ce cas, ce que nous observons pour les migrants ou les minorités ethniques ne serait alors pas différent de ce que nous pourrions analyser dans d'autres relations cliniques entre un soignant – acteur normé par les valeurs dominantes et dont les actions ont une visée éducative et normative – et un soigné – qui pense et agit dans un autre registre de normes (nous pensons bien sûr en premier lieu aux différences de classes, de genres, ou de générations). Ces modèles d'analyse ne sont d'ailleurs pas forcément si différents, si l'on considère d'autres types d'interactions sociales relativement codées par les normes comme la relation enseignant-enseigné, gardien-prisonnier.

Si nous avons raison, alors la condition de l'émergence d'une normativité plurielle, *a fortiori* d'une nouvelle normativité co-construite, ne peut se suffire d'une reconnaissance de l'autre. Elle requiert d'abord une conscientisation de la non-neutralité culturelle des institutions et donc des organisations sanitaires et des dispositifs de formation. Ensuite, elle appelle l'acceptation d'une mise en discussion – ce qui en soi suppose pour les dominants l'acceptation d'une prise de risque vis-à-vis de leurs certitudes<sup>9</sup> et d'un dévoilement assumé des

---

8. Nous faisons ressortir que les soignants font également l'objet de projections de figures de la part des soignés.

9. Par exemple la supériorité du modèle biomédical qui prévaut en Occident.

incertitudes dont nous savons qu'elles émaillent les connaissances médicales puisque le principe même de l'*evidence based medicine* (médecine fondée sur les faits) repose sur le principe des essais-erreurs (Cognet *et al.* 2010).

## **Le conflit comme élément dynamique des relations interethniques et du changement social**

Notre deuxième point est en continuité avec le premier, mais nous voudrions en venir à la question du conflit et à la façon de le considérer dans la situation clinique, et donc revenir sur les propositions que Sylvie Fortin a faites dans la deuxième partie de son papier, compte tenu justement des représentations de l'autre dont nous venons de parler mais aussi des représentations de soi qui font inévitablement partie de la définition de la situation.

Il nous semble que ce que l'on appelle souvent le modèle biomédical, et sur lequel nous pouvons convenir qu'il s'ancre dans une perspective positiviste, est encore aujourd'hui essentiellement inspiré par le modèle du système parsonien (Parsons 1951, 1956)<sup>10</sup>. Ce modèle fonctionnaliste de l'action pose les rapports sociaux comme un système équilibré dont l'ordre est guidé par les moyens, et les buts des acteurs dont les actions sont encadrées par des règles, des normes et des valeurs<sup>11</sup>.

Ainsi, pour Parsons, qui avait commencé des études de médecine avant de bifurquer vers l'économie puis la sociologie, le médecin et son patient ont un objectif commun qui domine tous leurs rapports : celui de la guérison du patient. Dans ce sens ils forment une communauté d'intérêts. Dans son modèle, il définit la pratique des médecins par les valeurs de quatre variables : 1) l'universalisme (juger la pratique médicale à partir de critères applicables à d'autres professions dans le monde du travail, et non par ce qui la singularise) ; 2) la performance (privilégier l'accomplissement relativement à des critères de sélection pour entrer dans la profession et pouvoir s'en réclamer ; et à des critères de réalisation de la pratique par ce qu'elle réussit à faire, à performer) ; 3) la spécificité (cadre précis d'une expertise pour lequel le médecin est formé) ; 4) la neutralité affective (on attend du médecin qu'il traite dans des termes objectifs et scientifiquement justifiables).

10. Le système d'action de Parsons est un ensemble de systèmes emboîtés. Chacun comprend un ensemble de pratiques qui forment une totalité tout en appartenant à un tout plus vaste dont il dépend mais qu'il contribue aussi à faire exister. Les besoins externes et internes de chaque sous-système sont assurés par quatre fonctions du modèle AGIL (*Adaptation ; Goal-Attainment ; Integration ; Latence*). La fonction *adaptation* comprend les activités destinées à assurer que le système s'adapte à son environnement et celles par lesquelles le système adapte l'environnement à ses besoins. La *poursuite des buts* comprend toutes les actions qui servent à définir les buts du système, à mobiliser et gérer les ressources et les énergies en vue de ceux-ci. L'*intégration*, dimension stabilisatrice du système, regroupe les actions qui maintiennent l'état de cohérence ou de « solidarité » nécessaire à sa survie et à son fonctionnement. La fonction *latence*, que l'on trouve aussi sous le terme de *gestion* ou *régulation des tensions*, accumule l'énergie sous forme de motivation et la diffuse pour réguler les tensions.

11. Une des préoccupations de Parsons est le fondement de l'ordre dans l'action sociale.

Ces valeurs encadrent une pratique désintéressée et fondent la confiance du malade dans la capacité et le savoir du médecin. À son tour le médecin s'engage sur la base de cette confiance dont il bénéficie à faire confiance au malade dans sa capacité à observer les prescriptions qui lui sont faites (Parsons 1955, 2004).

Pour Parsons, «le rôle du malade, en tant que patient, s'articule à celui du médecin dans une structure complémentaire» (Parsons 2004: 164). Le médecin valide la reconnaissance de l'état du malade et sa légitimité à être exempté, ne serait-ce que provisoirement, de ses responsabilités sociales. De façon complémentaire le malade est aussi exempté de la responsabilité de la maladie. Le rôle du médecin, affectivement neutre, lui permet de s'épancher, d'exprimer ses inquiétudes. En même temps le malade devra exprimer l'indésirabilité de la maladie dans laquelle il ne peut se complaire sans se compromettre. Et, puisqu'il reconnaît que cet état n'est pas bon, il doit, pour s'en sortir, rechercher une aide compétente. Le médecin lui apporte cette aide du fait de sa compétence, et ce, dans une relation caractérisée par le refus de transfert qui atteste bien de la spécificité de sa pratique et de la neutralité de sa relation au malade. C'est au nom de cette spécificité et de cette neutralité qu'il est habilité à fournir le soutien nécessaire et à sanctionner le comportement du malade et sa coopération dans le traitement jusqu'à sa guérison (Parsons 2004).

Pour nous, qui avons récemment travaillé sur la pérennité de la notion d'observance dans le discours clinique, il est assez impressionnant de constater combien ce modèle est encore prégnant dans les représentations des soignants malgré ses 70 ans et combien les théories fonctionnalistes (Cognet *et al.* 2010) peuvent reculer ailleurs. Le rôle attendu du «bon cas» soigné est celui de l'observant – et l'analogie avec la religion n'est pas anodine puisqu'il s'agit du caractère d'obéissance au dogme par amour de Dieu. L'observant, c'est le fidèle obéissant aux règles qui lui sont données, qu'il n'a pas à discuter, pas plus que celui qui les édicte n'a à les justifier; ce qui n'est pas sans faire écho aux extraits des discours des praticiens évoqués par Sylvie Fortin :

Madame, vous pouvez penser ce que vous voulez, vous pouvez dire ce que vous voulez [mais pour moi] c'est écrit ici (référence à des données «probantes»). Si vous ne suivez pas mes indications, votre enfant va mourir.

Pédiatre, surspécialiste, 6 années d'expérience professionnelle

Dans une perspective fonctionnaliste parsonienne, le conflit est une rupture dans la logique du système puisque qu'il vient contrecarrer l'équilibre recherché par tous. En n'observant pas, en critiquant, ou en recherchant des explicites plus précises, le patient qui ne se plie pas, ou, comme le dit Sylvie Fortin en reprenant le terme anglais, le patient *non-compliant* déroge à son rôle de malade et à sa fonction dans le système. C'est là que le conflit éclate.

Mais si les médecins sont dans une posture fonctionnaliste et y persistent, alors la négociation ne peut pas prendre place. Plus le soignant est dans cette perspective fonctionnaliste, plus il doit travailler à remédier au déséquilibre

que le comportement du patient occasionne. Il doit le remettre « dans le droit chemin ». Nous pouvons faire le lien avec les propositions d'analyse de Michel Foucault quant au redressement des corps, le volet anatomo-politique du biopouvoir (Foucault 1975, 1976).

Sylvie Fortin considère que la reconnaissance constituerait un préalable nécessaire à la négociation. Autrement dit, pour que la négociation s'engage, la reconnaissance de l'autre doit précéder. Mais s'il y a un rapport d'altérité, nous devons d'abord considérer que pour que s'engage la négociation, il faut non seulement qu'il y ait conflit, que les acteurs affrontent leurs valeurs et leurs normes, mais encore que les médecins acceptent de réinterroger leur perspective. Ce qui est un tout autre travail. « Altérité » puise aux mêmes racines qu'« altération » qui, dans son usage en langue française, est presque synonyme de dégradation, de dénaturation, de détérioration ou de décomposition, évoquant toujours plus ou moins la diminution ou la perte de l'identité, quand ce n'est pas la mort proprement dite (Nouss 2001 : 53). Pourtant, cette notion conserve une utilité dans nos disciplines à condition de revenir à son étymologie pour la réhabiliter et s'engager dans un processus à partir duquel le sujet change (devient autre) sans pour autant perdre son identité, en fonction d'influences (qui peuvent évidemment être perçues comme tout à la fois négatives et positives) exercées par un autre (ou par des autres). Sans cela, il n'y a pas d'autre salut pour le soigné et ses proches que la soumission ou la fuite. Priscille Sauvegrain (2010) a documenté cette situation de conflit au travers de la situation des parturientes catégorisées comme « africaines » dans les services de gynécologie-obstétrique et qui, à ce titre, se voient assignées dans l'image ineffable de la « maternité retrouvée » mais dont, dans les cas de complication de l'accouchement où le corps médical ne jure que par la césarienne, les plus « insoumises » n'ont pour salut que la fuite contre avis médical sous les pires imprécations des soignants qui ne comprennent pas leurs « absurdes entêtements »<sup>12</sup>.

Par conséquent nous ne croyons pas tant que la reconnaissance précède la négociation, mais plutôt que le conflit peut, mais pas toujours, conduire à la négociation, et que grâce à cette négociation le processus de reconnaissance peut s'amorcer, à commencer par la reconnaissance de ses propres incertitudes – dont les incertitudes de la médecine ne sont pas les moindres. Bien entendu, reconnaître que ce que l'on croyait avoir saisi de l'autre n'est que fantasmes et préjugés en fait partie.

Cela dit, il peut y avoir loin du conflit à la reconnaissance de l'autre – un autre entendu non pas comme une altérité à assimiler, à absorber, à réduire mais comme une altérité qui puisse s'envisager comme une alternative de soi, ou, comme dit Alexis Nouss « une pratique plurielle du soi » (Nouss 2001 : 56). De fait, la notion d'altérité peut renvoyer à deux conceptions distinctes :

---

12. Voir également son article dans ce numéro.

La première est clôture, la seconde ouverture ; la première est conquête, la seconde découverte. Dans le premier modèle un sujet, fort de son identité et de son savoir, s'approche de l'autre comme de quelque chose qui lui manque, s'en empare et le rapporte à ce qu'il connaît déjà, le ramène dans sa sphère, celle-ci s'en trouve agrandie mais non modifiée. Dans le second modèle, le sujet rencontre l'autre – sans préparation, par surprise – et lui présente un face-à-face qu'il ne peut dépasser car l'altérité ainsi révélée demeure entière et bouleverse la sphère qui était la sienne.

Nouss 2001 : 54

De cette pratique plurielle du soi peuvent alors sans doute s'envisager des « normativités plurielles », telles que les évoque Louise Lalonde :

Essentiellement, dès que le conflit n'apparaît plus limité à la notion de litige, qui présuppose une qualification le traduisant en termes de droit, le conflit embrasse des normativités plurielles de l'ordre des valeurs, de la culture, etc. Le caractère interpersonnel de la définition du conflit, lorsqu'il remplace le caractère juridique de sa qualification, engendre automatiquement l'intégration d'un certain pluralisme normatif qui exclut le droit comme seule norme de référence. En cela, G.A. Legault et R.A. Macdonald se rejoignent, bien que Macdonald nomme ce pluralisme « les diverses identités du sujet ».

Lalonde 2002-2003 : 115

Autrement dit, ce qui est défini ici comme « normativités plurielles » (avec des s) sont les éléments constitutifs même du conflit. Du conflit peut alors surgir une pratique métisse, une nouvelle normativité. Le métissage est, dit François Laplantine :

[L]e contraire de la complétude. Il se produit lorsque l'on en finit avec la fiction de l'étranger projetée défensivement au-dehors et que l'on commence à éprouver en soi cette perturbation et cette transformation créée par l'autre qui provoque du vacillement, du frémissement, de l'étrangeté.

CMTRA 2002 : n.p.

Georg Simmel souligne l'intérêt du conflit dans les relations sociales dans la mesure où les conflits sont l'expression d'antagonismes entre des individus ou des groupes pour l'acquisition, la possession et l'utilisation de biens matériels ou symboliques (Simmel 1999). Les oppositions et désaccords font donc partie intégrante des relations sociales. Parmi les trois issues qu'il envisage à ces conflits (victoire, compromis, réconciliation<sup>13</sup>), sa préférence va au compromis, parce que, tout comme Robert Park, il conçoit celui-ci comme une étape. Une étape où l'échange qui se fait entre les parties est la mise en œuvre du processus de socialisation qui, après une phase plus ou moins longue, ouvrira la possibilité de la réconciliation<sup>14</sup>.

13. Simmel n'envisageait pas la rupture ou séparation comme une issue au conflit.

14. Simmel affirme dans son introduction que le conflit, comme toute interaction sociale « doit absolument être considéré comme une socialisation », souligne Duhaime (2001 : 19). Lorsque des contraires s'opposent, plutôt que de s'ignorer ou de se rejeter totalement, ils sont déjà

Robert Park, dans son hypothèse du « cycle de relation entre les races », accordait également une place centrale aux conflits entre groupes. Deuxième étape du cycle, le conflit – y compris dans ses formes patentées les plus violentes telles que pouvaient l’être les « émeutes raciales » – lui apparaît comme une étape indispensable du changement social porteur, *a priori*, d’une issue positive (Chapoulie 2002). Le conflit, tout comme nous pouvons l’observer aujourd’hui dans les situations cliniques, contraint majoritaires et minoritaires à reconnaître l’existence d’un espace commun (au sens propre comme au sens métaphorique) et d’enjeux communs, ce qui les conduit forcément à repenser et à reformaliser leurs relations. L’adaptation (troisième étape du cycle) traduit l’acceptation de la régulation des antagonismes et conduit à l’adoption de nouvelles normes. Cet état d’équilibre provisoire s’établit en fonction de l’état des rapports de forces – nous ne devons donc pas perdre de vue l’organisation hiérarchisée des organisations de santé qui pèse sur le rapport des forces en présence. L’organisation sociale « pacifiée » issue du conflit n’exclut pas de relever d’un ordre social inégalitaire et défavorable aux plus faibles, ce qui constitue une des raisons pour que le conflit revienne à moyen terme. Les théoriciens de l’école de Chicago, dont Robert Park, convenaient déjà que le modèle cyclique n’est pas forcément linéaire et que la récurrence de certaines étapes du cycle traduit les limites de l’issue du rapport social. Conflit et adaptation peuvent se répéter en boucle sans jamais atteindre la production d’une nouvelle norme que seule peut générer la reconnaissance. Depuis les travaux de Robert Park (1926), les théories des organisations sont revenues sur le conflit et la négociation. Parmi ces théories, celle des conflits visait justement à critiquer le fonctionnalisme parsonien qui considérait impossible que les sociétés et les organismes fonctionnent de sorte à ce que chaque individu, chaque groupe, joue un rôle spécifique, assure une fonction propre comme des organes dans le corps. C’est un postulat en tout point opposé à celui de la théorie du conflit qui pose les individus et les groupes comme des acteurs rationnels cherchant à maximiser leurs intérêts. Mais cette théorie est également remise en cause dans la mesure où les contextes et les rapports en présence limitent les rationalités (Simon 1955).

Ainsi, la négociation n’aboutit pas forcément à la résolution des tensions interethniques, le cycle conflit-négociation peut se répéter longtemps à la faveur de compromis limités, et, dans ce sens, nous considérons que si l’hôpital est un *espace de négociation*, il est aussi un *espace de résistance* au changement (et c’est peut-être une façon de comprendre l’idée de son « ordre négocié » évoqué par Anselm Strauss et ses collaborateurs (Strauss *et al.* 1963). Ces derniers postulaient que pour intégrer le changement tout en maintenant l’ordre social des organisations, les actions et les règles devaient être « travaillées » de façon continue par les parties concernées. Car, aussi contraignantes et aussi formelles qu’elles paraissent, elles

---

en relation et visent dès lors à surmonter leur dualisme par « une sorte d’unité, quelle qu’elle soit ». Le concept de conflit, intégrant à la fois un « contre autrui » et un « pour autrui » désigne donc « le moment positif » qui tisse cette unité (Duhaime 2001 : 20).

ne pouvaient s'inscrire dans l'intemporalité, s'abstraire de l'influence d'éléments internes ou externes à l'organisation, et étaient inévitablement porteuses en elles-mêmes de conséquences qui imposeraient leur réexamen à plus ou moins long terme. Strauss et ses collaborateurs résumaient cela par l'idée que la négociation, en clinique comme ailleurs, induit elle-même d'autres négociations. L'hôpital doit se lire comme le produit d'un ordre négocié, fait de règles que le temps modifie, que les compromis revisitent au cours de marchandages, de donnant-donnant entre les différentes catégories d'acteurs impliqués.

Enfin, et nous terminerons là, le conflit, nous le savons depuis les premiers écrits des sociologues de l'école de Chicago, exerce un effet cohésif intra-minoritaire qui stimule la conscientisation de soi comme groupe<sup>15</sup> et de laquelle naît l'organisation collective (Park et Burgess 1921 ; Park 1926). Pouvons-nous dès lors nous attendre à ce que les minorités discriminées dans le cours de leurs trajectoires thérapeutiques (du fait des origines que les soignants leur prêtent) entrent en conflit ouvert avec ces derniers et, à terme, s'organisent, comme l'ont fait nombre de groupes de patients et leur famille ces dernières décennies (parents de patients autistes, malades du sida, entre autres) ?

## Références

- CHAPOULIE J.-M., 2002, « La tradition de Chicago et l'étude des relations entre les races », *Revue européenne des migrations internationales*, 18, 3 : 9-24.
- CMTRA, 2002, « Entretien avec François Laplantine, ethnologue et professeur à l'Université Lumière-Lyon II », *Lettre d'information du CMTRA*, 47, consulté sur Internet ([http://www.cmtra.org/spip.php?article387&var\\_recherche=Laplantine&recherche=Laplantine](http://www.cmtra.org/spip.php?article387&var_recherche=Laplantine&recherche=Laplantine)), le 7 décembre 2011.
- COGNET M., 1998, *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels ? Une étude de cas dans un établissement public de santé de la région Île-de-France*. Thèse de doctorat en sociologie, Département de Sciences sociales, Université Paris Diderot-Paris 7.
- COGNET M. et E. ADAM-VÉZINA et R. BRAUD (collab.), 2010, *L'observance : analyse critique des savoirs*. Paris, Ministère de la Santé, Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques, Mission Recherche (DREES-MiRe), disponible sur Internet ([http://www.unice.fr/urmis/IMG/pdf/Cognet\\_Rapport\\_final\\_Observance\\_27aout10.pdf](http://www.unice.fr/urmis/IMG/pdf/Cognet_Rapport_final_Observance_27aout10.pdf)), le 13 février 2013.
- COGNET M. et S. BASCOUGNANO, 2012, « Soins et altérité : analyse comparée des regards et des pratiques des soignants », *Alterstice*, 2, 2 : 9-22.

---

15. Ainsi que le rappelle V. de Rudder (2002), R. Park parlait notamment de « *Race Consciousness* » à propos des populations noires de Chicago et notait que la formulation d'exigences communes et l'organisation collective (associations, presse, institutions, etc.) qui s'ensuivent ont à la fois une fonction d'intégration interne et un rôle de socialisation global.

- COGNET M., Y. COUTURIER, J. RHÉAUME et E. ADAM-VÉZINA, 2005, *L'intervention sociale en contexte pluriethnique : les figures de l'Autre (Subvention FQRSC)*. Montréal, Centre de recherche et de formation du CSSS Côte-des-Neiges, Métro, Parc-Extension.
- COGNET M. et L. RAIGNEAU, 2002, « Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé », *Cahiers du GRES*, Centre d'études ethniques des universités montréalaises, 3, 1 : 25-38.
- DE RUDDER V., 2002, « De l'urbain au social : le "cycle des relations raciales" », *Revue européenne des migrations internationales*, 18, 3 : 41-54.
- DUHAIME J., 2001, « Le conflit comme socialisation selon G. Simmel. Plan et résumé de l'essai de Georg Simmel sur le conflit », 69<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Sherbrooke (Québec), 14-17 mai.
- FOUCAULT M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, Éditions Gallimard.
- , 1976, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. Paris, Éditions Gallimard.
- GLASER B. et A.L. STRAUSS, 1964, « The Social Loss of Dying Patients », *American Journal of Nursing*, 64 : 119-121.
- LALONDE L., 2002-2003, « La médiation, une approche "internormative" des différends ? Analyse comparative des approches de G.A. Legault et de R.A. Macdonald », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 33, 1-2 : 99-131.
- LAPLANTINE F. et A. NOUSS (dir.), 2001, *Métissages, de Arcimboldo à Zombi*. Paris, Éditions Jean-Jacques Pauvert.
- NOUSS A., 2001, « Altérité » : 52-60, in F. Laplantine et A. Nouss (dir.), *Métissages, de Arcimboldo à Zombi*. Paris, Éditions Jean-Jacques Pauvert.
- PARK R.E., 1926, « Our Racial Frontier on the Pacific », *Survey Graphic*, 56 : 192-196.
- PARK R.E. et E. BURGESS, 1921, *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago, The University of Chicago Press.
- PARSONS T., 1951, *The Social System*. New York, The Free Press.
- , 1955, « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » : 197-238, in T. Parsons (dir.), *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris, Éditions Plon.
- , 1956, *Éléments pour une théorie de l'action*. Paris, Éditions Plon.
- , 2004, « Médecine, maladie et société. Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » : 162-174, in A. Gras et Y. Yotte (dir.), *Sociologie – Ethnologie. Auteurs et textes fondateurs*. Paris, Publications de la Sorbonne.
- PINELL P., 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris, Éditions Métailié.
- RICŒUR P., 2004, *Parcours de la reconnaissance : trois études*. Paris, Éditions Gallimard.
- SAUVEGRAIN P., 2010, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*. Thèse de doctorat en sociologie, Département de Sciences sociales, Université Paris Diderot-Paris 7.

- SAYAD A., 1999, «La maladie, la souffrance et le corps»: 255-303, in A. Sayad (dir.), *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris, Éditions du Seuil.
- SIMMEL G., 1999, «Le conflit»: 265-346, in G. Simmel (dir.), *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*. Paris, Presses universitaires de France.
- SIMON H.A., 1955, «A Behavioral Model of Rational Choice», *The Quarterly of Economics*, 69: 129-138.
- STEIWER J., 2011, *Une morale sans Dieu*. Paris, L'Harmattan.
- STRAUSS A.L., 1964, «The Social Loss of Dying Patients», *American Journal of Nursing*, 64: 119-121.
- STRAUSS A.L., S. FAGERHAUGH, B. SUCZEK et C. WIENER, 1992, «Maladie et Trajectoires»: 143-189, in I. Bazanger (dir.), *Anselm Strauss: La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris, L'Harmattan.
- STRAUSS A.L., L. SCHATZMAN, B. BUCHER, D. EHRLICH et M. SABSHIN, 1963, «The Hospital and Its Negotiated Order»: 147-168, in E. Freidson (dir.), *The Hospital in Modern Society*. New York, The Free Press.
- THOMAS W.I., 1923, *The Unadjusted Girl*. Boston, Little, Brown and Co.

## **RÉSUMÉ – ABSTRACT – RESUMEN**

*Le conflit: un élément dynamique des situations cliniques interethniques*

Ce texte est une discussion de l'article de S. Fortin dans ce même numéro. Nous y reprenons plus particulièrement deux points de débat. Le premier traite de la survenue d'un «autre culturel» dans le cours des relations cliniques hospitalières et des représentations que se font les cliniciens de cet autre – des représentations qui sont les vectrices de conflits potentiels entre soignants et soignés. Le deuxième consiste à revenir sur la question du conflit dans les situations cliniques et sur son articulation avec les processus de négociation et de reconnaissance. Nous concluons sur ce qui nous apparaît, aujourd'hui, être des prérequis d'une pratique clinique métisse au sens que A. Nouss et F. Laplantine donnent à ce terme dans leurs travaux sur le métissage, ce que nous entendons comme une pratique qui procéderait de la production d'une nouvelle normativité. Il s'agit autrement dit d'une pratique clinique qui se renouvelle dans l'entre-deux, dans la circulation ininterrompue entre la conjonction et la disjonction, et qui peut naître du conflit et de la reconnaissance.

Mots clés: Cognet, pratiques cliniques hospitalières, conflit, négociation, reconnaissance, altérité, ethnicité

*The Conflict: A Dynamic Element of the Interethnic Clinical Situations*

This paper is a discussion of S. Fortin's article in the same issue. We discuss two points of debate in particular. The first one deals with the rise of an «other cultural» in the clinical relations in hospital and with the representations the clinicians can have of this «other

one» – representations which are the vector of potential conflicts between practitioners and patients. The second consists in going back to the question of conflicts in clinical situations and on their articulation with the processes of negotiation and recognition. We conclude on what appears to us, today, to be prerequisites of a cross clinical practice in the sense A. Nouss and F. Laplantine give to this term. What we understand as a practice would proceed from the production of a new normativity. In other words, a clinical practice would be renewed in the in-between space, in the continuous circulation between conjunction and disjunction, and would arise from conflict and recognition.

Keywords : Cognet, Hospital Medical Practice, Conflict, Negotiation, Recognition, Otherness, Ethnicity

*El conflicto : un elemento dinámico de las situaciones clínicas inter-étnicas*

Este artículo es una discusión del artículo de S. Fortin que aparece en el presente número. Retomamos, en particular, dos puntos de debate. El primero aborda la aparición del «otro cultural» en el curso de las relaciones clínicas hospitalarias y en las representaciones que se hacen los médicos de ese otro – representaciones que son vectores de conflictos potenciales entre el personal asistencial y los enfermos. El segundo consistirá volver a la cuestión del conflicto en las situaciones clínicas y sobre su articulación con el proceso de negociación y de reconocimiento. Concluiremos con lo que según nosotros es, actualmente, uno de los prerequisites de una práctica clínica mestizada, en el sentido que dan a dicho término A. Nouss y F. Laplantine en sus trabajos sobre el mestizaje, o sea lo que entendemos como una práctica clínica que provendría de la producción de una nueva normatividad. Dicho de otra manera, una práctica clínica que se renueva en el intersticio, en la circulación ininterrumpida entre la conjunción y la separación y puede surgir del conflicto y del reconocimiento.

Palabras clave : Cognet, prácticas clínicas hospitalarias, conflicto, negociación, reconocimiento, alteridad, etnicidad

*Marguerite Cognet  
Laboratoire URMIS (UMR IRD 205)  
Université Paris Diderot – Paris 7  
Case courrier 7027  
75205 Paris cedex 13  
France  
marguerite.cognet@univ-paris-diderot.fr*