

RELATIONS DE SOIN, CULTURES ET INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haïtiens séropositifs

Stéphanie Mulot

ENS Cachan | *Terrains & travaux*

2014/1 - N° 24
pages 39 à 61

ISSN 1627-9506

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2014-1-page-39.htm>

Pour citer cet article :

Mulot Stéphanie, « Relations de soin, cultures et inégalités de santé » Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haïtiens séropositifs,
Terrains & travaux, 2014/1 N° 24, p. 39-61.

Distribution électronique Cairn.info pour ENS Cachan.

© ENS Cachan. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Stéphanie Mulot

Relations de soin, cultures et inégalités de santé

Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haïtiens séropositifs

■■■ Résumé

En Guadeloupe, le pluralisme ethnique, social, culturel et thérapeutique vient complexifier les modalités des prises en charge hospitalières des personnes vivant avec le VIH/sida. Les Haïtiens peuvent y être l'objet de stigmatisations diverses liées à leurs origines et à leur culpabilisation ancienne dans l'épidémie à VIH. Le texte analyse deux types de prises en charge différentes. L'une produit des inégalités en construisant de l'altérité culturelle et sanitaire, et en véhiculant des stéréotypes contraires à l'éthique soignante, mais fidèles à des propos politiques xénophobes. L'autre tente de remettre le sujet malade au cœur du dispositif, sans focalisation sur sa culture, mais dans une prise en charge globale qui vise à améliorer les conditions d'existence et réduire les inégalités. Dans les deux cas, le travail des soignants témoigne des difficultés de construction collégiale des prises en charge, tributaires de l'organisation des services. Il montre aussi la nécessité d'interroger les valeurs des soignant.e.s.

Mots-clés : VIH/sida, Guadeloupe, Migrants haïtiens, inégalités, soins.

■■■ Abstract

In Guadeloupe (French West Indies), the ethnic, social, cultural and religious pluralism makes it difficult, in the French hospitals, to take care of people living with HIV/Aids. Haitian people may suffer from stigmatization and discrimination, because of their ancient accusation in the regional HIV epidemic's spread. The paper focuses on two types of care. The first one produces inequalities while building a cultural and therapeutic otherness process, based on stereotypes opposed to the ethics of care. The second one tries to put the patient in the heart of the care process, without being focused on one's culture, and aims at improving social conditions of being and decreasing inequalities. In both cases, hospital's staff work reveals the difficulty to build a collegial process of care, due to the hospital organization's limits. It also highlights the necessity to question the hospital's staff values.

Keywords : HIV/Aids, Guadeloupe, Haitian migrants, inequalities, care.

LES DÉPARTEMENTS et régions de l’Outre-mer français (DROM) ont tous en commun de disposer, en droit, du même système de soin et de sécurité sociale que dans l’Hexagone¹. Ainsi, les hôpitaux de Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte, entre autres, sont censés fournir les mêmes protocoles et les mêmes traitements que dans l’espace métropolitain. L’appartenance de ces départements au système administratif et hospitalier français procure un niveau de vie et de soins qui les distingue positivement d’autres pays voisins (Gautier, 2005) dans une relation que les politistes nomment la dépendance-ressource (Reno, 2001). Elle offre aux domiens une citoyenneté française et européenne, qui peut faire leur fierté, tout en étant vécue avec complexité dans les relations avec l’ancienne métropole coloniale. Toutefois, plusieurs travaux ont montré que les droits des usagers sont malmenés par des pratiques inégalitaires, d’exception ou zèle juridiques notamment (Benoît, 2009; Musso *et al*, 2012), voire de discriminations envers les migrants (Carde, 2012; Sakoyan, 2012).

Situés au cœur de réseaux de circulations et de mobilités internationales (Musso *et al*, 2012), les hôpitaux de Guadeloupe présentent des situations complexes de rencontres entre soignants et patients antillais, métropolitains et étrangers, marquées par leurs différences d’identités, d’origines, de parcours et de cultures. Comment ces hôpitaux français du continent américain prévoient-ils de faire prendre en charge des patients caribéens par des soignants français (antillais et métropolitains), dans un contexte pluriethnique ultramarin, et selon les normes et les lois de la République française et de l’Europe? C’est en prenant l’exemple de la prise en charge des Haïtiens séropositifs dans les hôpitaux de Guadeloupe que nous voudrions tenter d’aborder cette question. Après en avoir précisé les enjeux politiques, nous présenterons ici deux types de prises en charge: l’une repose sur l’ethnisation et l’altérisation sanitaire et produit des inégalités de santé en révélant les failles du travail hospitalier; l’autre tente de favoriser l’amélioration des conditions de vie des migrants et repose sur une construction collégiale du soin. Nous interrogerons dans les deux cas la façon dont les relations de travail influencent la tendance des soignants à essentialiser ou non la culture des migrants séropositifs.

Les analyses présentées ici sont le fruit de la partie guadeloupéenne d’une recherche ethnographique réalisée entre 2003 et 2006 aux Antilles, sur

1. Je souhaite remercier sincèrement les personnes qui m’ont encouragée à produire et penser cet article: Élise Palomares, Valelia Muni Toke, Élise Lemercier, Eric Villagordo, Zahia Kessar, Pascale Manuello, Sylvain Ferez et les évaluateurs anonymes pour leurs précieux conseils.

*Figure 1. Le loup et le chien, Jean de la Fontaine.
Illustration de Granville, illustrateur français, XIX^e siècle.*



la construction des relations de soin dans le cadre du VIH/Sida². Elle a concerné trois services hospitaliers (hospitalisations et médecine ambulatoire) dans deux hôpitaux différents (A et B) et a permis la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de trente-neuf patients et quarante-deux soignants (médecins, infirmier.e.s, aides-soignant.e.s, assistantes sociales, éducateur, prêtre, psychologue, pharmacienne). Les patients étaient abordés avec l'accord du médecin, au fil de leur prise en charge, en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation. Sur la totalité des patients rencontrés, quatorze étaient d'origine haïtienne, dont neuf étaient des femmes. Des observations des réunions d'équipes, des visites médicales, de la vie ordinaire des services et de quinze consultations médicales complétèrent ce corpus d'entretiens. La majorité des patients suivis dans ces hôpitaux était créolophone (certains ne s'expriment pas en français, notamment chez les Haïtiens ou Domini-

2. Financée par l'ANRS et Sidaction, l'étude, qui comportait aussi un volet en Martinique, a été soutenue par l'INSERM (Unité 88, équipe de F. Lert) et le Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie (équipe de J.-L. Bonniol), que je remercie tous sincèrement, ainsi que toutes les personnes (professionnels et usagers) qui ont bien voulu y participer.

caïns), face à des médecins qui à l'époque ne s'exprimaient qu'en Français (ou dans une tentative de créole) et à des soignants antillais qui privilégiaient le créole dans les interactions longues avec les patients.

■ Les situations épidémiologique, sociale et sanitaire : enjeux politiques

Le sida et les Haïtiens

L'épidémie de VIH/Sida concernait principalement aux Antilles une population générale, contaminée par voie hétérosexuelle et vivant souvent en situation précaire (Lert *et al*, 2005 ; Bouillon *et al*, 2007). À l'époque de l'enquête, les personnes d'origine étrangère, majoritairement d'Haïti, constituaient 25 à 56 % des files actives. Cette surreprésentation faisait l'objet de nombreuses interprétations populaires et politiques, dans un contexte où les Haïtiens étaient depuis des décennies l'objet de stigmatisations de la part d'une frange populaire antillaise, qui se considère comme étant plus francisée, développée, et finalement plus claire et moins rustre que sa voisine haïtienne. La fable de la Fontaine, *Le loup et le chien*, opposant la richesse de la dépendance opulente à la pauvreté de la liberté famélique (figure 1), illustre assez bien la métaphore de cette situation. La violence de cette stigmatisation a parfois été attisée par des personnages peu scrupuleux³, rendant le peuple haïtien responsable de diverses difficultés sociales connues en Guadeloupe (chômage, insécurité, épidémies...). Elle s'inscrit dans un contexte politique global plus large qui, à l'échelle caribéenne et américaine, a désigné les Haïtiens comme coupables de la diffusion de l'épidémie de VIH/sida. Les travaux de Paul Farmer (1996) ont pu analyser ce mécanisme de condamnation des victimes, qui évite de rechercher les véritables coupables de la violence structurelle, de la destruction de l'économie et du système de soin en Haïti. Dans les années 1980 en Occident, les Haïtiens constituaient même une catégorie à part, parmi les « 4H » désignant les quatre catégories de personnes concernées par le sida : homosexuels, héroïnomanes, hémophiles, Haïtiens. Cette dernière, loin de désigner une vulnérabilité particulière, semblait au contraire stigmatiser une population entière du fait de sa seule origine ethnique.

3. Je pense notamment à l'homme politique et animateur de télévision Ibo Simon qui, pendant des années, a attisé la haine envers les Haïtiens dans ses émissions quotidiennes.

L'extrême pauvreté du pays, la suite de régimes dictatoriaux et l'appel de main-d'œuvre pour construire des parcs immobiliers défiscalisés dans l'Outre-mer français ont été à l'origine de vagues d'émigrations haïtiennes vers les Etats-Unis, le Canada, la Caraïbe et les DROM, perçus éventuellement comme une étape pour une migration vers la France hexagonale (Bechacq, 2007). Bien que leur permettant d'accéder à un niveau de vie incomparable par rapport à la situation haïtienne, surtout s'ils sont régularisés, la situation de ces Haïtiens reste défavorisée et déconsidérée dans l'échelle socio- raciale et économique antillaise. Les possibilités de dépistage étant limitées en Haïti, rares sont les migrations suite à un diagnostic posé au pays. Parmi les personnes rencontrées lors de l'étude, la très grande majorité n'avait appris qu'une fois présente sur le sol antillais, son infection par le VIH, au détour d'une hospitalisation ou d'un suivi de grossesse. En outre, des pratiques d'exception juridique ultramarine permettent, au nom de politiques d'exclusion systématique visant au contrôle renforcé de l'immigration, des reconduites massives et abusives à la frontière de personnes qui sont atteintes de problèmes sanitaires, lorsqu'elles sont en situation irrégulière ou en cours de régularisation (Benoît, 2009; Bardin, 2004, 2009). Cela crée un climat de peur et de destruction des notions de droits humains qui contribue à des processus de repli, de clandestinité et de vulnérabilité accrue chez une population qui mériterait au contraire un suivi social et sanitaire très régulier.

Le pluralisme au cœur de l'hôpital

Comme dans l'espace hexagonal, les diagnostics, les suivis annuels et les mises sous traitement liés au VIH se font dans les services hospitaliers ambulatoires. Plusieurs services sont concernés par l'hospitalisation liée au VIH: médecine interne, maladies infectieuses, dermatologie (et plus rarement gastro-entérologie) où l'enquête a été réalisée. À l'époque, le personnel médical de ces services était composé de femmes et hommes blancs, francophones, originaires de l'hexagone et d'un médecin français noir. La totalité des soignants para-médicaux (infirmiers, aide-soignants, agents de service hospitalier, assistantes sociales, psychologues...) était constituée de femmes et d'hommes antillais, bilingues, qui se distinguaient selon leur sexe, âge, milieu social, ancienneté, selon leur phénotype (noir, mulâtres, indiens, métis...), leur lieu de formation et d'origine (Antilles ou métropole)⁴. Face

4. La question du genre des soignants mériterait une analyse à elle seule que je ne peux tenir ici. C'est l'occasion de préciser que l'ensemble des soignants sont majoritairement des femmes. Durant l'enquête, seuls 3 infirmiers mais 4 médecins masculins avaient été comptabilisés dans les services étudiés. Si les termes *soignants* et *patients* sont utilisés au masculin dans ce texte, ils n'en reflètent pas moins une réalité très féminine.

à eux, les patients étaient pour la plupart des femmes et hommes antillais et haïtiens noirs ou de couleur, à l'exception de quelques « métros » suivis surtout pour des contaminations par voie sanguine ou homosexuelle.

Un pluralisme ethnique, médical, thérapeutique et relationnel caractérisait donc la vie hospitalière et les prises en charge des patients où les métros et les étrangers étaient minoritaires, et où les Haïtiens constituaient la plus importante des minorités (voire la majorité) des patients. Il entraînait une situation complexe dans les relations entre soignants et patients mais aussi entre soignants, en fonction de postures d'identités culturelles, professionnelles et syndicales diverses. En outre, si quelques soignants étaient formés aux spécificités du VIH (médecins, infirmières référentes, psychologues et assistantes sociales) la majorité d'entre eux n'avait pas de connaissance particulière sur l'infection. Pour un certain nombre d'entre eux, se posait alors la question de l'usage, dans leurs pratiques soignantes, de leurs représentations culturelles antillaises de la maladie, et particulièrement du VIH, dit maladie du vice, des coureurs, des « makomè » (Mulot, 2009).

En outre, un certain type de discours politique et social ne cessait de fustiger des pratiques d'abus de la part des usagers du système de soin, particulièrement de la part des étrangers et des Haïtiens, et s'inquiétait de ses conséquences sur le déficit de la sécurité sociale. Dans ces discours xénophobes, présents aussi dans l'espace hexagonal (Musso, 2000) et d'autres régions d'Outre-mer, les étrangers menaçant la viabilité du système hospitalier et de la sécurité sociale, auraient dû être privés de citoyenneté thérapeutique et de gratuité des soins, afin de limiter l'immigration sur le territoire français (Carde, 2012; Musso, 2012; Cognet et al, 2012). Enfin, dans le cadre hospitalier, l'influence du syndicat majoritaire d'influence indépendantiste (UGTG⁵) sur les relations entre les professionnels ne facilitait pas toujours la concertation, dans la mesure où elle créait une situation d'oppositions radicales et de fractures qui alimentaient les dissensions sociales et raciales au sein des équipes soignantes. Les professionnels étaient pris, parfois malgré eux, dans des rapports de pouvoir hérités de la hiérarchie coloniale, qui rendaient épineuse l'application des relations hiérarchiques propres à tout système hospitalier.

Face à ce contexte, les soignants développaient deux grands types de réactions: d'une part, une incrimination de la différence culturelle des Haïtiens dans leur instrumentalisation ou leur non acceptation supposée des protocoles de prise en charge; d'autre part, une approche globale, sociale et non culpabilisante visant à promouvoir leurs conditions d'existence

5. L'Union générale des travailleurs de Guadeloupe.

pour favoriser la pérennité de leur prise en charge. Loin d'être binaires, ces deux types de dynamiques souvent se croisent, se superposent ou se succèdent, selon le type de postures et d'expériences des professionnels et d'organisation des services.

■ Quand la convocation de la culture sert l'altérisation sanitaire et sociale

L'étiquetage social et ethnique des patients haïtiens : un révélateur

Dans les discours recueillis auprès des soignants, surtout les moins impliqués auprès des patients haïtiens, plusieurs caractéristiques supposées émergent. Ce serait des personnes intéressées car elles « *viennent pour profiter du système de soins et de la sécurité sociale* », « *vivent sur le dos de l'État* », « *ne viennent à l'hôpital que pour avoir des papiers* » ou encore « *ne pensent qu'à faire venir leur famille sur le dos de la sécurité sociale* ». Par ailleurs, ce serait des gens peu fiables voire dangereux qui « *mentent sur leur identité, sur leurs revenus, sur leur situation sociale* », et « *ont plus d'argent qu'ils veulent bien le faire croire* ». « *Les femmes viennent prendre les hommes guadeloupéens pour faire des enfants français, avoir leurs papiers et elles les contaminent sans leur dire* » m'expliquaient des infirmières et aides-soignantes. Derrière cette forme de condamnation, une attitude de protectionnisme social semble émerger, qui fait écho aux discours communs sur le supposé péril migratoire et la crainte de la dilution identitaire « nationale ». Vecteurs de discours politiques hostiles, ces soignants reproduisent au sein de l'hôpital des propos dont ils ne perçoivent pas forcément l'incompatibilité avec l'éthique soignante, car ils coïncident avec des opinions politiques.

La difficulté et le temps nécessaire à la prise en charge des migrants haïtiens désespèrent aussi certains soignants. Les femmes haïtiennes sont parfois perçues comme des personnes qui ne comprennent pas la prévention : « *C'est impossible de faire de la prévention avec eux, les femmes te disent qu'elles ont compris pour le préservatif, elles disparaissent et elles reviennent un an plus tard enceintes!* » s'insurge une infirmière référente du VIH. « *C'est une question d'éducation et de niveau scolaire...* » précise une infirmière de cinquante ans qui relativise les seuls facteurs culturels. « *On dépense 80 % de notre temps à s'occuper de 10 % des patients* », m'expliquait une assistante sociale. « *Les procédures d'aides sociales sont très longues, on y passe un temps fou... Les gens n'ont jamais les papiers qu'il faut, c'est épuisant!* » ajoutait-elle, en précisant que les procédures de régularisation avaient été rendues par-

ticulièrement chronophages, depuis l'arrivée d'un nouveau responsable zélé à la sous-préfecture de Pointe-à-Pitre, sous le ministère de Nicolas Sarkozy.

Cette plainte concernant l'épuisement lié au travail auprès des patients étrangers n'empêchait cependant pas les assistantes sociales de fournir un travail acharné, pour rassembler les documents nécessaires à la régularisation de patients extrêmement vulnérabilisés par la clandestinité de leur situation. Aucune d'entre elles ne freinait volontairement les dossiers de régularisation. Cela permet de mettre en évidence une posture qui transforme la lourdeur de travail occasionnée par un public spécifique en un rendement symbolique fort, procurant une valorisation liée à des compétences particulières : opiniâtreté et maîtrise des méandres administratifs. Mais cette complainte révèle aussi, chez d'autres soignants moins engagés, la peur de l'instrumentalisation de leur métier et de la négation de la fonction soignante au profit d'une fonction sociale (fournir des papiers juridiques) ou hôtelière (offrir le gîte et le couvert) qui sont paradoxalement distinguées du métier de soin. La négociation de l'implication des soignants semble ainsi dépendre de leur capacité à inscrire le travail auprès des étrangers dans la crainte de la négation de leur métier ou la valorisation de celui-ci.

Par ailleurs, lorsque la culture des Haïtiens est évoquée, elle apparaît sous des dimensions complexes. D'une part, ce serait une culture effroyable, dans sa dimension religieuse, pour celles et ceux qui auraient souvenir d'avoir entendu que les rituels vaudou pratiqueraient des sacrifices, éventuellement humains, qui auraient justement favorisé la diffusion du sida, par le partage d'un sang contaminé... La gravité de telles représentations spectrales et épouvantables au sein de l'hôpital révèle la peur manifeste et la fascination concomitante des Antillais pour la sorcellerie et le magico-religieux, et le manque d'étanchéité entre le domaine socio-culturel personnel et l'activité professionnelle.

D'autre part, cette culture haïtienne est présentée comme revêtant aussi des qualités fort appréciées. Les patients seraient plus résistants : « *ils pleurent moins* », « *ils manifestent moins leur douleur* », et formeraient « *une communauté plus solidaire* ». « *Il y a plus de soutien chez les Haïtiens* ». « *Ils sont plus entourés, reçoivent plus de visites* ». Ceci n'est pas sans rappeler les caractéristiques attribuées aux Gitans en France connus pour leur grande solidarité familiale (Missaoui, 1999) et pourrait aussi être comparé à une construction culturaliste inverse, celle du syndrome méditerranéen, qui attribue aux Maghrébins une plus grande expansivité dans leurs souffrances (Kotobi, 2012). Ainsi, les Haïtiens seraient aussi des gens plus attachants

que les autres, voire dociles et faciles: « *Ils voient tellement de misère, tellement de souffrance... Je l'ai prise dans mes bras...* », me confiait une infirmière spécialiste du VIH. Ces perceptions de supposés traits culturels haïtiens traduisent des mécanismes d'ethnicisation compassionnelle et souvent genrée des patients, qui permettent à des femmes soignantes de développer envers eux des attitudes de bienveillance et de maternage revalorisant leur activité de soin relationnel. Ils révèlent aussi la nostalgie d'une culture antillaise traditionnelle perçue comme aujourd'hui perdue, car diluée dans l'occidentalisation à la française.

De la compassion préférentielle aux pratiques inégalitaires

Ces différentes postures relationnelles fondées sur l'ethnicisation évoquent ce que nous choisissons de nommer une compassion préférentielle: les soignants développent empathie et compassion envers ces femmes et ces hommes haïtiens, lorsqu'ils restent dans leur rôle de personnes pauvres, démunies, ignorantes, victimes et passives qui permet aux soignants de se positionner comme étant généreux. À l'inverse, des postures de dénonciation, d'incrimination, voire de discriminations se développent quand les Haïtiens expriment une attitude vindicative, débrouillardise, curieuse, quand ils affichent un niveau de vie correct ou veulent faire appliquer leurs droits. Une aide-soignante dénonçait ainsi les plaintes des Haïtiens sur la mauvaise qualité de la nourriture servie à l'hôpital, par exemple. « *ou soté la ou soté, ou ka viv asi do a leta, a low asé pléré!* » (*tu sors là d'où tu sors, tu vis sur le dos de l'État, alors arrête de te plaindre!*). Ces attitudes qui brouillent les cartes de la différence sociale, économique et culturelle, peuvent produire une réaction de mise à distance de la part de soignants qui refusent alors de considérer ces étrangers sur le même plan que les Antillais. Il semble alors que le travail auprès des patients haïtiens devient valorisant, s'ils ne remettent pas en question la hiérarchie des rapports de race, de classe, de genre, de culture, de pays.

Du fait de la complexité de leur situation, les patients haïtiens deviennent parfois l'objet de pratiques inégalitaires où leurs droits ne sont pas respectés. Chez celles et ceux des soignants qui sont peut-être les moins formés à ces problématiques spécifiques, l'anticipation du coût ou de l'échec supposé de la prise en charge peut se traduire par un investissement moindre, du fait aussi d'un sentiment d'impuissance ou de lassitude. Moins de temps est alors consacré dans les gestes soignants à ces patients haïtiens, comme aux patients dits « *difficiles* » en général, qui font craquer les services (Mulot, 2010). Ceux-ci cristallisent en fait les tensions de soignants qui se disent saturés par manque de temps, de moyens et surtout de recon-

naissance. Dans leur fatigue et leur sentiment d'impuissance, ils expriment parfois des propos méprisants voire menaçants envers les patients : « *Vous allez mourir si vous continuez votre vaudou, c'est stupide, et ce ne sera pas efficace!* », avait lâché une infirmière, pourtant référente VIH, à un patient qu'elle ne savait plus comment rendre observant. Elle opposait ainsi, sur le registre de l'efficacité, deux recours thérapeutiques différents sans penser que leur articulation au sein d'un pluralisme médical aurait permis au patient d'exister dans les différentes dimensions de son identité. Au contraire, sa culture et particulièrement sa religion, perçues comme différences essentielles, semblaient constituer un obstacle infranchissable et menaçant pour la fonction soignante, l'objectif thérapeutique et le pouvoir médical.

Dans ces situations de saturation des services, de lassitude des soignants, de complexité des prises en charge et de discours politiques xénophobes, certains soignants reproduisent au sein de l'hôpital des attitudes qui finissent par être complètement contraires à l'éthique soignante. Ainsi, un médecin métré de l'hôpital A, disait refuser de soutenir les dossiers de régularisation pour des patients haïtiens dont le niveau de gravité de séropositivité ne nécessitait pas de traitement antirétroviral. En effet, au-dessus de 400 CD4⁶ à l'époque, la mise sous traitement n'était pas justifiée. Or, les conditions légales pour la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour pour soins (couramment appelée dispositif loi Chevènement) était d'avoir besoin d'un traitement médical qui n'était pas disponible dans le pays d'origine. Dans sa vision limitant le traitement médical au traitement médicamenteux, ce médecin entendait interpréter la loi librement et refuser la procédure de régularisation aux patients étrangers sans traitement antirétroviral⁷. Cette attitude de tri sélectif lui permettait aussi de conforter son alliance avec des soignants antillais opposés à cette loi, à cause du risque d'installation, d'abus durable et de contamination des étrangers malades sur le territoire guadeloupéen et français⁸. Il construisait ainsi une alliance au sein d'une sous-catégorie culturelle qui lui permettait de ne

6. Le taux de CD4 présents dans le sang, qui sont des lymphocytes attaqués par le VIH, est l'un des marqueurs de l'avancée de l'infection.

7. *A contrario*, certaines situations mettent les soignants dans des situations de solidarité presque spontanée, il s'agit des femmes enceintes qui, même si elles arrivent tardivement pour leur prise en charge, sont l'objet d'attentions majeures, jusqu'à la naissance de leur enfant, ou même après si elles ne délaissent pas l'hôpital (Pourette, 2012).

8. Or, le risque majeur, ce n'est pas le déficit de la sécurité sociale pour cause de péril migratoire, mais le danger d'une absence de prise en charge et de suivi de ces personnes qui risqueraient ainsi de voir leur état de santé se dégrader, de vivre dans la clandestinité et la crainte d'une expulsion, et de continuer à contaminer d'autres personnes, alors que la mise sous antirétroviraux réduit quasiment totalement le risque de contamination...

pas être isolé en tant que métre et médecin au milieu des soignants antillais. En refusant la régularisation à ces patients, il renforçait leur risque d'expulsion. Par opposition, dans un contexte conflictuel et hiérarchique, il préférerait conforter sa propre appartenance à un sous-groupe par le partage d'idées politiques, plutôt que d'oser défendre des règles éthiques⁹.

Par ailleurs, l'imputation d'un mauvais suivi éventuel des migrants à leur différence culturelle occulte les différents autres critères qui entrent en compte dans la qualité de la prise en charge et de l'observance : aspects sociaux, juridiques, politiques, voire le type d'organisation des services. En effet, les formes de catégorisations et de stigmatisation des patients ne sont pas que le fait des seuls racisme ou culturalisme ordinaires (Cognet et Montgomery, 2007), qui ne se joueraient qu'à l'échelon individuel. Elles témoignent aussi de certains dysfonctionnements institutionnels, comme la difficulté à faire appliquer la loi, à construire des formes collégiales de prise en charge, à donner du sens à l'activité soignante.

Manque de collégialité et dysfonctionnements hospitaliers

Ces exemples révèlent aussi les effets du manque de construction collégiale d'une éthique soignante sur la qualité de la prise en charge. En effet, c'est aussi l'absence de projet, de sens et de valeurs communs qui semblait préoccuper les soignants de l'hôpital A interrogés durant l'enquête. Ainsi, il m'a paru important de mettre en relation les processus d'ethnicisation des Haïtiens avec la fragilité professionnelle et les oppositions de tout ordre qui traversaient le groupe des soignants. Le manque de cohésion au sein de ce groupe semblait trouver dans la condamnation des patients séropositifs Haïtiens (ou toxicomanes, Mulot, 2010), un moyen de se retrouver dans une posture et une identité facticement communes. Ici, les conflits entre soignants, les rapports de pouvoir, les oppositions ethniques ou politiques qui les divisaient, tout en créant des alliances et sous-groupes de solidarité (Cognet, 2001), semblaient favoriser une projection sur un tiers étranger et usager, atteint d'une pathologie stigmatisante, des griefs ou des douleurs qui ne pouvaient être dits dans le collectif. L'éventuelle souffrance professionnelle et personnelle des soignants risquait de se déléster dans la diabolisation de patients qui dévoilent les failles des dispositifs. Cette ethnicisation des migrants traduit l'absence de régulation institutionnelle et de construction d'un travail de collaboration (Kotobi, 2012) ou d'articulation (Strauss, 1992) entre soignants, qui permettrait d'adapter les

9. Je ne sais pas si cette posture a pu être véritablement appliquée, ni combien de temps, ou si elle ne constituait qu'une stratégie de discours.

protocoles aux besoins sanitaires des populations, et non par rapport aux représentations qu'en ont les soignants. Ce processus qui consiste à « *produire de l'autre pour soutenir du même* » (Kessar, 2012 : 235) se focalise sur l'altérité des patients et évite de questionner les différences de pratiques et les dysfonctionnements internes aux services, pour laisser croire à l'illusion d'un collectif unitaire. Ce faisant, il justifie la reproduction d'inégalités sociales dans les pratiques soignantes.

À son paroxysme, l'absence de cadre et de partage des expériences professionnelles peut aussi produire une atomisation des soignants, où chacun est laissé seul juge du type de relations qu'il va devoir établir avec les patients séropositifs notamment, laissant le soin reposer sur une équation individuelle aléatoire, entre elle ou lui et le ou la patiente (Mulot, 2010, 2011). Cette atomisation traduit aussi une fragmentation du groupe professionnel, selon plusieurs lignes de failles liées au métier, à la classe sociale, au genre, à l'origine, à la couleur, au lieu de formation, à l'âge, à l'ancienneté, à la culture etc. Dans cet hôpital A, elle révèle l'absence de temps pour la construction de directives, de valeurs et d'éthique communes dans les relations de soin, la gestion de la maladie et de la souffrance des patients. Peu consolidée, la fonction soignante risque alors de se déliter et cède le pas aux influences politiques nauséabondes¹⁰. Or, si cela peut apparaître dans plusieurs services, la prise en charge du VIH, stigmatisé, augmente le risque de laisser les soignants reproduire des représentations ou des craintes culturelles dommageables pour la qualité du soin. L'absence de valorisation de la place de chacun des soignants dans une prise en charge globale et collective, de même que l'absence de reconnaissance des difficultés des soignants par leurs hiérarchies ou de soutiens institutionnels, favorisent la diffusion de discours politiques peu compatibles avec l'universalisme du soin, mais qui visent à restaurer un sentiment de communauté identitaire, professionnel, culturel et personnel, sinon fragilisé.

Comme l'explique Zahia Kessar, « *moins les repères touchant les pratiques professionnelles sont explicites, plus interviennent d'autres critères liés à d'autres appartenances qui font référence de façon le plus souvent implicite. Mais il importe de souligner que ce sont des réactions produites par un contexte et par l'absence de cadre. (...) La tendance à ethniciser procède d'ailleurs de la même logique que celle à personnaliser les conflits* » (Kessar, 2009 : 112).

Nous constatons donc la reproduction, à l'hôpital, de rapports de domination culturelle, raciale, sociale favorisée par une absence de régulation

10. Au moment des restitutions de l'enquête dans les services, c'est la question du partage de paroles sur le sens de l'activité soignante qui a été la plus retenue par les équipes.

collective. Cela permet aux soignants antillais et métro de se positionner comme étant des Français pourvoyeurs de soins à des étrangers pauvres, dans un rapport de domination multiple. *In fine*, cela vient aussi conforter leur identité française et les légitimer comme passeurs ou arbitres du partage des bienfaits de cette dépendance néo-coloniale, en maintenant des distinctions à l'échelle caribéenne. Soigner les étrangers permettrait donc aux Antillais de se positionner dans des rapports de genre, de classe, de culture, de nationalité qui les valorisent, au risque de dévaloriser les Haïtiens.

■ Une prise en charge globale et non réductionniste

Le cas de Denise : une réussite collective

Le récit d'un cas particulier, mais pas exceptionnel, permet d'emblée de mieux comprendre une autre forme de prise en charge, plus collégiale et globale visant à relativiser les facteurs culturels pour optimiser les conditions d'existence des patients¹¹. Denise est une jeune et belle femme haïtienne suivie dans un service de médecine interne, depuis six ans au moment de l'enquête. Ce service se situe dans un autre hôpital que celui évoqué précédemment, dans l'hôpital B. Elle est arrivée en Guadeloupe de façon clandestine depuis Haïti et a vécu plusieurs mois cachée par des compatriotes, dans un taudis de 6 m², dont elle sortait peu du fait de sa crainte d'être expulsée. Alors que son état de santé s'était dégradé sérieusement, elle a été emmenée aux urgences où le diagnostic de toxoplasmose et d'infection par le VIH/sida a été prononcé sans lui être annoncé immédiatement. En effet, le médecin spécialiste du VIH qui s'occupe de ce type de prise en charge depuis 18 ans dans ce service, Dr. X, préfère attendre que les patients sortent de la phase aiguë de l'hospitalisation, reprennent des forces physiques et mentales, acceptent de faire confiance aux soignants de l'hôpital, avant de les mettre face à une situation aussi angoissante que l'annonce du sida. C'est donc au bout d'une semaine d'hospitalisation, que le diagnostic complet avait été non seulement annoncé mais aussi expliqué à la patiente, dans un long travail de mise en confiance et de déculpabilisation.

Afin de permettre à Denise de comprendre sa maladie sans être absolument tétanisée par la vision effroyable qu'elle en avait, le propos du méde-

11. Pour la validité de l'approche par « cas ethnographiques » voir notamment les travaux de Sylvie Fainzang (1988), Florence Weber (2008) ou Stéphanie Mulot (2010).

cin a été de lui expliquer et montrer le mécanisme infectieux et surtout l'efficacité des antirétroviraux. Ainsi, à sa représentation d'une maladie spirituellement transmissible (Delachet Guillon, 1999), envoyée par un sort jeté par quelqu'un qui lui voudrait du mal, il a opposé la visualisation des marqueurs biologiques (charge virale et CD4) sous forme de diagrammes colorés. À sa crainte d'être atteinte d'une maladie systématiquement mortelle, il a rétorqué en lui montrant les résultats d'examen et les clichés du scanner réalisés à son arrivée à l'hôpital puis une semaine plus tard, puis chaque mois et chaque année de son suivi, afin qu'elle visualise la résorption des effets de la toxoplasmose et l'efficacité du traitement antirétroviral. À son angoisse d'être considérée comme une femme de mauvaise vie, il a répondu en évoquant la réalité de l'épidémie : le fait que tout le monde peut être touché, même en n'ayant qu'un seul partenaire sexuel. À son souhait de partir rapidement en Haïti pour aller consulter les thérapeutes locaux, il a avancé une réponse favorable, tout en lui demandant de reporter ce déplacement le temps que la prise en charge soit engagée et que sa situation soit bien régularisée, afin qu'elle puisse partir sans craindre de revenir... Enfin, pour être sûr de la cohérence de son équipe et de la prise en charge, il a demandé aux personnes qui ont une grande expérience dans le service, et qui sont formées au VIH, de prendre soin de formuler le même type de propos et d'accompagnement envers cette patiente. Ce qui n'exclut pas que certaines soignantes moins formées aient pu exprimer des soupçons douteux sur la moralité de cette femme...

La prise en charge est passée immédiatement par une procédure de régularisation, la recherche d'un logement, des aides sociales et financières, et le travail de l'assistante sociale a porté ses fruits puisque Denise a pu sortir du taudis de ses compatriotes pour intégrer un appartement et avoir des ressources qui lui permettent non seulement de vivre plus dignement, mais surtout de circuler sans craindre d'être arrêtée, notamment quand elle se rend ou quitte l'hôpital¹². Denise m'explique qu'elle a pu aussi se rendre en Haïti plusieurs fois, et qu'elle n'oublie jamais d'y emmener ses médicaments, même si elle va consulter un prêtre hougan du vaudou dans des itinéraires de pluralisme et cumul thérapeutiques (Benoist, 1996 ; Benoît, 2004). Sa régularisation juridique lui a ainsi permis de troquer son statut précaire de migrante pour celui de personne circulant dans l'espace caribéen et ultra-marin pour des raisons personnelles et médicales. La stabilité de sa séropositivité est mainte-

12. Des antécédents de rafle des patients à la sortie des consultations de VIH à Saint Martin ont laissé les Haïtiens dans la crainte de leur expulsion soudaine et violente (Bardinet et al, 1995).

nant avérée puisque sa charge virale était restée inférieure à 50 durant les cinq années qui avaient précédé notre rencontre. Mais le point sur lequel Denise souhaitait absolument insister dans notre entretien était qu'elle n'avait jamais cessé de prier pour remercier Dieu, le docteur et l'hôpital de lui avoir permis de survivre à cette maladie. Elle évoque avec émotion sa première hospitalisation et parle avec reconnaissance et tendresse de ce médecin qui est si bienveillant, ainsi que de plusieurs membres de l'équipe soignante. Quant aux soignants, ils partagent avec elle l'émotion de la voir toujours en vie, et toujours en bonne santé depuis plusieurs années, et me rapportent la satisfaction de voir les traitements et leur prise en charge avoir sauvé cette femme, comme de nombreuses autres.

La prise en compte prioritaire des facteurs sociaux

Plusieurs dimensions de la prise en charge me semblent essentielles à souligner dans cet exemple. Tout d'abord, la focalisation de l'équipe non pas sur la culture de la patiente, mais au contraire sur sa situation sociale est centrale. Ainsi, Denise n'a pas été envisagée dans sa différence, mais dans les effets sur sa santé des diverses inégalités sociales dont elle était victime. En abordant la question de sa régularisation non pas comme un privilège que l'on pourrait remettre en question, mais comme une étape indispensable de sa prise en charge, l'équipe entend favoriser les conditions d'un suivi régulier, d'une prise en charge pérenne et d'une bonne observance, et évite de reproduire les inégalités au sein de l'hôpital. Ce sont donc les effets positifs de la régularisation sur l'observance qui sont mis en avant, et non les effets supposés de la culture sur la mauvaise observance.

En outre, c'est non seulement le droit à la santé qui est promu, mais aussi le droit à la protection sociale et à la solidarité, comme conditions *sine qua non* de la pérennisation de sa prise en charge. Cela repose sur une logique humaniste et un engagement politique, ainsi que sur une logique épidémiologique, sanitaire et économique, dans lesquelles le médecin a grandi et s'est formé, et qu'il a pu développer au long d'une carrière de près de vingt ans dans cet hôpital. Lorsqu'il m'explique sa conception de la santé publique, il met en avant le fait qu'il est moins coûteux pour la société de soigner des patients et de contrôler leur infection plutôt que de refuser de les régulariser et prendre le risque de nouvelles, nombreuses et coûteuses contaminations. C'est donc non seulement en agissant au nom de valeurs de solidarité, de protection, d'humanisme que le médecin et son équipe proche interviennent, mais aussi en adéquation avec les obligations de l'économie et la santé publiques. Cela donne un sens et un objectif collectif à une mission hospitalière et une fonction soignante.

Relativiser la culture et consolider l'identité soignante

Par ailleurs, le travail de déculpabilisation, de prévention et de modifications des représentations culturelles a pour objectif non pas de nier la culture du patient étranger, mais de réduire l'écart entre la réalité de l'infection et le vécu du patient. Ainsi, Denise me rapportait les explications qu'elle avait entendues et intégrées pour mieux *vivre avec* sa séropositivité : « *tout le monde peut avoir cette maladie* », « *c'est pas qu'en Haïti* » ; « *Si je mets pas de protège, l'autre peut me donner une maladie, c'est pas forcément moi* » ; « *Si le médecin me donne, c'est pas pour sa santé c'est pour la mienne* ». « *Nous avons de la chance d'être en Guadeloupe et de pouvoir avoir des traitements ! Il faut en profiter* ». D'autres patients, suivis par un autre médecin, n'avaient pas pu bénéficier des mêmes égards, et avaient plus de difficultés à construire leur carrière de malade, et à se sentir en confiance à l'hôpital. La qualité de la prise en charge repose donc, pour les patients, sur la transformation de l'hôpital non plus en lieu de crainte, mais en lieu de confiance et de consolidation sociale. Dans tout le travail de recomposition identitaire qu'élaborent les personnes vivant avec le VIH après l'annonce du diagnostic (Pierret, 2006), l'ancrage de cette carrière de malade dans un lieu qui lui donne sens, le soutien et le valorise est d'autant plus important que les associations de personnes atteintes ne jouent pas ce rôle. Ici, l'implication des soignantes et soignants, le temps accordé pour les discussions et explications avec les patients en langage adapté, le respect des temporalités du patient pour entrer dans son statut de personne séropositive, témoignent d'une compréhension de la nécessité de fidéliser rapidement les patients pour éviter les prises en charge chronophages des retours tardifs aux soins. Ainsi, lors de sa visite semestrielle, Denise a été reçue 40 minutes par le médecin, au lieu des 20 ou 25 habituelles alors qu'elle est en bonne santé. Elle ne manque pas de parler de son quotidien et de sa qualité de vie, et de manifester sa gratitude. La consultation est d'ailleurs moins focalisée sur les résultats biologiques que sur la qualité de vie. Connue dans le service d'hospitalisation, elle ne manque pas d'être abordée par les soignants qui l'ont suivie, telle une visiteuse réconfortante, lorsqu'elle patiente dans la salle d'attente des consultations ambulatoires, jouxtant le service.

Dans ce modèle de prise en charge, la culture des Haïtiens ou des Antillais est donc considérée comme une composante de l'identité, mais pas la seule. Elle n'appartient qu'au patient et les soignants formés ne revendiquent pas de regard dessus. En cela, la culture est perçue comme secondaire au profit des conditions sociales d'existence, dans une approche résolument politique de la santé, de l'hôpital et du soin. Elle n'est vécue

ni comme menace, ni comme concurrence, mais comme une ressource parallèle indispensable à l'équilibre du patient, et avec laquelle il faut négocier. Conscient des différences de registres thérapeutiques dans lesquelles les Haïtiens mais aussi les Antillais évoluent, l'équipe préfère éviter une logique de concurrence pour faciliter la complémentarité et rassurer les patients. *In fine*, il s'agit d'accompagner les circulations thérapeutiques et de protéger les patients en leur garantissant leurs droits sociaux. Ainsi, l'approche n'est pas forcément celle de soins culturellement compétents que proposerait une posture transculturelle, mais vise à la reconnaissance de la globalité identitaire de la personne, au sein d'un système social et politique donné, celui de l'Outre-mer français.

L'approche globale développée ici, à l'inverse de l'ethnicisation de l'étranger abordée plus haut, repose essentiellement sur une vision moins hiérarchique des relations de travail et de la relation de soin. C'est une logique de contrat de soin et d'engagement réciproque par l'implication de tous qui est mise en avant ici, en proposant au patient, même étranger, d'être acteur de sa prise en charge et non coupable de sa maladie et ses conséquences. Le travail de déculpabilisation, de respect et de considération repose sur la mise en place d'un cadre professionnel cohérent et gratifiant pour tout le monde. À l'inverse, le culturalisme et le racisme ordinaires (Fassin, 2000a, 2000b), rendus possibles par l'absence de cadre signifiant, favorisent l'échec des patients et l'échec de leur prise en charge.

Une implication collective ?

Cette orientation et les formes de protection du service par rapport aux discours politiques conservateurs tiennent beaucoup à la personnalité, à la formation, à l'expérience et aux valeurs du Dr X dans la prise en charge de Denise. Sa longue expérience, tant du VIH que du service, favorise un souci de cohérence des soins, de maintien de la fonction et de l'identité soignantes de chacun, et du sens à donner aux diverses relations de soin. Au moment de l'hospitalisation, les soins semblent être prodigués pour articuler cure et care, c'est-à-dire en visant à traiter une infection, mais aussi à accueillir une personne, en s'adressant à elle, pour la rassurer, soigner ses peurs et rétablir de la confiance en elle-même et dans le dispositif hospitalier. Il s'agit de mettre en œuvre les valeurs d'un modèle à la fois hospitalier, contractuel et compassionnel, où s'articulent les valeurs d'humanisme, d'engagement, de care dans une relation où le patient est abordé comme un acteur de sa prise en charge, un bénéficiaire de soins, dont la citoyenneté thérapeutique est reconnue. Dans cette pratique, les relations se négocient sur le mode de l'assistance, de la coopération et de la protection.

Ayant choisi de travailler de façon privilégiée avec les soignants les plus impliqués et les mieux formés au VIH (un infirmier, deux infirmières, une aide-soignante et l'assistante sociale, dont trois présents depuis vingt ans), le Dr X reconnaissait à chacun une place et une parole importantes dans le protocole de prise en charge. La présence de ce noyau de soignants favorise la capitalisation des expériences vécues à travers des temps de discussion réguliers dans les staffs hebdomadaires ou quotidiens, où les difficultés peuvent être exposées, partagées et travaillées collectivement, y compris avec les autres soignants plus jeunes, pour éviter d'être transposées dans la relation de soin. La formation des nouvelles recrues, qui n'est pas toujours possible, reste pourtant indispensable pour éviter le caractère personnel et aléatoire des soins.

Ainsi, c'est le partage avec son équipe d'une expérience capitalisée, d'une culture du VIH et d'un engagement de type politique dans la relation de soin, qui permettaient cette implication et l'opérationnalisation des valeurs de médecine sociale, humanitaire et globale. Cette implication chronophage est rendue possible par le fait que chacun des acteurs connaît l'importance de son rôle sur les effets positifs de la prise en charge. Elle repose aussi sur le partage d'un succès commun, visible et gratifiant : la survie d'une nouvelle patiente, comme les nombreuses avant et après elle, qui continuent de fréquenter le service en consultations ambulatoires. L'arrivée des antirétroviraux qui a fortement réduit les hospitalisations et les suivis périlleux au long cours, pour favoriser la prise en charge ambulatoire, a d'ailleurs privé les soignants de cette implication forte qui construisait leur gratification, et leur laisse un sentiment de frustration professionnelle : « finalement, on ne s'occupe plus que des échecs de traitement ou des diagnostics tardifs aujourd'hui... », me confiait un infirmier amer.

Le souhait de collégialité est toutefois limité par les divisions du service entre les anciens, très investis dans le VIH, qui travaillent donc favorablement avec le Dr X, et d'autres qui travaillent plus favorablement avec le Dr Y, chef du service, spécialiste présent depuis moins longtemps, tous deux étant en conflits. Le groupe qui favorise un protocole articulé autour des besoins sociaux des patients, fédéré par le Dr X, favorise une collégialité et donc une plus grande horizontalité des rapports sociaux, qui donnent moins de prise aux rapports de pouvoir qui traversent toujours tout l'hôpital. Ces dissensions menacent là aussi de dégrader la qualité de la prise en charge, divisant les équipes soignantes et en reproduisant des tensions dont les patients peuvent être les victimes. Ainsi, par exemple, certains soignants m'expliquaient ne pas pouvoir s'investir dans les soins auprès des malades suivis par le Dr Y qui travaille différemment, car « ce sont les

patients du Dr Y, on ne peut pas se permettre de faire comme on a l'habitude »...
Deux types de prises en charge différents attendent donc les patients selon qu'ils sont suivis par l'un ou l'autre médecin et groupe de soignants.

■ Pour une anthropologie politique des cultures soignantes en Outre-mer

Si, pour conclure, il faut d'abord rappeler que les situations de soin ne sont jamais binaires, mais plurifactorielles, il importe de souligner que tous les facteurs qui déterminent les relations de soin n'ont pu être analysés ici. L'analyse de la place accordée à la culture des Haïtiens séropositifs nous semble fortement révélatrice de la façon dont la différence culturelle et sociale peut être mobilisée pour, indirectement, justifier les inégalités qui sont produites en son nom et masquer les dysfonctionnements et les lacunes des dispositifs institutionnels.

Ainsi, ce qui apparaît à l'issue de cette analyse, c'est l'importance de considérer aussi la culture et les valeurs des professionnels de santé : les normes et les cadres des dispositifs, leurs éventuelles réformes ; les cultures professionnelles de chaque corps de métier et celles liées aux expériences cumulées et partagées ; les valeurs, les représentations, les référentiels, les idéaux et les engagements en fonction desquels les soignants construisent leur notion et leurs pratiques du soin (voir tableau 1 et Mulot, 2011). Cela permet alors de défocaliser l'analyse anthropologique des facteurs culturels, mais aussi de sortir du débat entre approche culturaliste ou politique de la santé, pour y ajouter la nécessité de considérer l'importance de l'organisation et de la culture des soins (qui font aussi écho à des politiques de santé) sur les pratiques soignantes et le devenir des patients, notamment étrangers.

Entre altérisation sanitaire et engagement humanitaire et politique, la façon dont les professionnels convoquaient la culture des patients et mobilisaient leurs propres valeurs soignantes révélait, d'une part, les failles du système de santé français et de l'organisation des soins, et montrait aussi, d'autre part, l'importance des ressources personnelles et professionnelles des femmes et des hommes engagés collégialement dans un objectif éthique et politique commun.

Dans le contexte ultramarin de la Guadeloupe, société caractérisée par son pluralisme ethnique, la transformation de la gestion de la différence des patients en une construction de l'identité des soignants révèle aussi les complexes logiques d'affiliation identitaires auxquelles sont confrontés les Guadeloupéens. L'usage de la dépendance à la France dans cet espace ultra-

Tableau 1. Les différents modèles des relations de soin autour du VIH et leurs fondements.

Type de modèle / Fondements	1. Accusateur	2. Care compassionnel	3. Contractuel	4. Hospitalier
Valeurs	Culpabilité, faute,	Care, soin	Engagement réciproque	Egalitarisme, care, humanisme, altruisme
Normes sanitaires	Risque	Lien	Responsabilité	Protection sociale
Objectifs explicites	Surveiller et contrôler	Mieux être et confort	Réussite d'un protocole	Solidarité
Statut du patient	Individu déviant et coupable	Personne bénéficiaire de soins	Acteur de la prise en charge, obéissant	Citoyen
Rôle des soignants	Entrepreneurs de morale	Pourvoyeurs de soins	Guides thérapeutiques responsables	Hospitalité, compétence, dévouement
Perceptions des soignants par patients	Juges, moralisateurs	Soutiens	Interlocuteurs	Obligés
Perception du patient par les soignants	Altérité complète et destructrice	Vulnérabilité, Identité rassurante et engageante	Coopérant, responsable et éventuellement coupable	Indigent, citoyen
Nature de la relation	Opposition	Protection	Partenariat, Coopération	Assistance
Type d'interactions	Conflit, évitement	Requêtes et attentions	Négociations, réciprocité du don, instauration d'une dette	Offre et demande
Perception de l'hôpital par les patients	Un tribunal	Une famille	Un service	Un havre
Perception de l'hôpital par les soignants	Un hôtel ou un lieu dangereux	Une continuité familiale	Un service	Un hospice

marin implique visiblement de négocier non seulement la façon dont on la revendique et l'exerce, mais aussi les personnes avec lesquelles on accepte ou non de la partager. L'héritage colonial et assimilationniste n'en finit pas de reproduire une hiérarchie des rapports sociaux entre Métro, Antillais et

Caribéens. En cela, l'anthropologie qui est convoquée ici ne peut être qu'une anthropologie qui réconcilie ses dimensions culturelle, sociale et politique, en croisant les échelles micro, méso et macro-sociales (Massé, 2008) et en dialoguant avec les sciences politiques et la psycho-sociologie.

■■■ références

Bardin F., 2004, Le sida sans métaphores en Guadeloupe à Saint-Martin et ailleurs dans la Caraïbe, *Dérades, Revue caribéenne de recherches et d'échanges*, 11, 35-49.

Bardin F., 2009, Les soins sans les droits pour les sans-papiers, *Maux d'exil*, 27, 3-4.

Bardin F., De Caunes F., Hamlet J.L., 1995, Ile de Saint-Martin: on n'expulsera pas l'épidémie par charter, *Le journal du Sida*, 79, 37-38

Bechacq D., 2007, « La diaspora haïtienne » à Paris. Significations, visibilité et appartenances, In M. Burac, A. Calmont & C. Audebert (dir.), *Dynamiques migratoires de la Caraïbe*, Paris, Karthala, 253-271.

Benoist J., 1996, *Soigner au Pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Benoît C., 2004, Vivre avec la drépanocytose ou le sida: culture et géopolitique des itinéraires thérapeutiques des étrangers caribéens résidant à Saint-Martin, *Espace, populations, sociétés*, 2: 265-279.

Benoît C., 2009. Un domaine de dérogation. Les outre-mers, en ligne: <http://www.cettefrancela.net/volume-1/descriptions/article/un-domaine-de-derogations>.

Bouillon K, Lert F. et al., 2007, Factors correlated with disclosure of HIV infection in the French Antilles and French Guiana: results from the ANRS-EN13-VESPA-DFA Study, *AIDS*, 21 (sup 1), 89-94.

Carde E., 2012, Immigration(s) et accès aux soins en Guyane, *Anthropologie & Santé*, 5, mis en ligne le 28 novembre 2012, consulté le 13 mai 2013. url: <http://anthropologiesante.revues.org/1003>.

Cognet M., 2001, Quand l'ethnicité colore les relations à l'hôpital, *Hommes et migrations*, 1233, 101-107.

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

- Cognet, M., Hoyez, A-C., & Poiret, C.,** 2012, Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), 7-10.
- Delachet Guillon, C.,** 1999, *Les Haïtiens de France et le Sida*, Paris, L'Harmattan.
- Gautier A.,** 2005, Statut politique et santé aux Antilles, *24^e Congrès international de l'UIESP*.
- Fainzang S.,** 1988, La maladie de Lucie. *Ethnologie française*, XXVIII, 55-63.
- Farmer P.,** 1996, *Le sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Karthala.
- Fassin D.,** 2000a, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration » *Hommes et migrations*, 1225 : 5-12
- Fassin D.,** 2000b, Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun, in Dozon & Fassin (dir), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 181-208.
- Kessar Z.,** 2012, Formation et production de la différence à l'hôpital : de la formation sur les publics à l'intervention sur le fonctionnement d'équipe, in Crenn C. & Kotobi L. (dir) *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*, Armand Collin : 231-246.
- Kotobi L.,** 2012, Réflexions sur l'altérité migrante comme support de traitements différentiels à l'hôpital et sur la production des données d'enquêtes par l'ethnologue, in Crenn C. & Kotobi L. (dir) *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*, Armand Collin : 179 : 229.
- Lert F. et l'équipe VESPA-DFA,** 2005, Les patients vivant avec le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 46-47, 240-242.
- Massé R.,** 2008, *Détresse créole. Ethno-épidémiologie de la détresse psychique à la Martinique*, PUL, Québec.
- Missaoui L.,** 1999, *Gitans et santé de Barcelone à Turin : les compétences de l'étranger de l'intérieur, ethnicité et métissages chez les gitans catalans et andalous autour des problèmes de santé publique*, Canet, Libres del Trabucaire.
- Mulot S.,** 2009, Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du VIH/sida? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais, *Revue française de sociologie*, 50 (1), 63-89.
- Mulot S.,** 2010, Le sida, le crack et l'hôpital : chronique d'une recherche impliquée et impuissante, in Chabrol F. et Girard G. (dir), *VIH/Sida. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, ANRS, collection sciences sociales et sida, 87-102.

- Mulot S.**, 2011, *Mémoires, genre, santé. Analyser la dynamique des relations sociales aux Antilles*. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches en sociologie, Université Toulouse 2 Le Mirail.
- Musso S.**, 2000, L'accès aux soins des étrangers en situation précaire, *Hommes et migrations*, 1225, 88-93.
- Musso S.**, 2012, Etre régularisé au titre de la maladie: significations et enjeux pluriels, *Corps*, 10, 153-163.
- Musso S., Sakoyan J., Mulot S.**, 2012, Migrations et circulations thérapeutiques: Odyssées et espaces, *Anthropologie & Santé*, 5, mis en ligne le 26 novembre 2012, consulté le 10 janvier 2014. URL: <http://anthropologiesante.revues.org/1040>
- Pierret J.**, 2006, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris, PUF.
- Pourette D.**, 2012, Les femmes haïtiennes vivant avec le VIH en Guadeloupe: la grossesse entre enjeux médicaux, bénéfiques sociaux et vulnérabilité administrative. Une étude qualitative, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 105 (février), p. 143-149.
- Reno F.**, 2001, Qui veut rompre avec la dépendance ?, in Abraham M. et Maragnès D. (dir), *Autrement: Guadeloupe, Temps incertains*, n°123, 236-249.
- Strauss A.**, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Weber F.**, 2008, Publier des cas ethnographiques: analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés. *Genèses. Sciences sociales et histoire* 1 (70), 140-50.

■■■

Stéphanie Mulot est professeure de sociologie et d'anthropologie à l'Université Toulouse - Jean Jaurès, chercheure au LISST (UMR 5193), et présidente de l'association d'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé (AMADES <http://amades.hypotheses.org/>). Ses travaux sur la santé portent sur les circulations thérapeutiques, l'expérience et la prise en charge des maladies chroniques et sur les relations de soins dans le contexte du VIH/sida aux Antilles françaises. Elle a codirigé avec Juliette Sakoyan et Sandrine Musso les numéros 3 et 5 de la revue en ligne *Anthropologie et santé*, <http://anthropologiesante.revues.org/>

■ mulot@univ-tlse2.fr

■■■