

Zeitschrift: Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft
= revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera
d'etnologia

Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

Band: 17 (2012)

Artikel: Les dérives de l'idéologie interculturelle dans le champ sanitaire :
réflexions à partir d'un terrain en Amazonie équatorienne

Autor: Schick, Marie-Laure

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1007291>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 26.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

LES DÉRIVES DE L'IDÉOLOGIE INTERCULTURELLE DANS LE CHAMP SANITAIRE

Réflexions à partir d'un terrain en Amazonie équatorienne

Texte: *Marie-Laure Schick*

Mots-clés: *interculturalité, santé, multiculturalisme, Equateur, autochtonie*
Keywords: *interculturality, health, multiculturalism, Equator, indigenouness*

Depuis environ trois décennies, les réalités que recouvrent les notions de «culture» et de «contacts interculturels» ne relèvent plus essentiellement du quotidien, elles sont aussi devenues l'objet de politiques publiques et internationales. En effet, sous l'influence de l'expansion du capitalisme néolibéral, de l'intensification des flux migratoires et de l'émergence de mouvements dits ethniques ou religieux, l'idéal de l'Etat Nation – en tant qu'ensemble territorial, culturel et linguistique homogène – est aujourd'hui remis en question.

Les pays latino-américains font figure de proue en matière de développement de politiques multiculturalistes. A partir des années 1990, sous la double pression des organismes internationaux et des revendications politiques autochtones, ils sont passés d'un régime politique assimilationniste à une idéologie de construction nationale misant sur la reconnaissance de la diversité culturelle. Dans la perspective des pouvoirs publics, l'adoption de ces nouvelles mesures politiques devrait permettre d'atteindre une plus grande justice sociale et de réparer la discrimination historique à l'égard des sociétés autochtones par le biais de leur inscription juridique en tant que «peuples» ou «nations» dans les constitutions des différents pays. L'adoption récente de législations valorisant le pluralisme culturel a abouti à l'élaboration, de concert avec les organisations non-gouvernementales, de politiques

publiques dites interculturelles dont le but est précisément la gestion de l'ethnicité (De Vidas 2007; Gros 2003). Parmi elles, la santé publique, qui en appelle à la «culture» pour instaurer une communication plus efficace entre les professionnels de la santé, les agents de santé et les usagers autochtones. La «culture» permettrait, d'une part, d'expliquer l'origine des inégalités de santé et d'autre part, de lutter contre elles à travers l'élaboration de politiques de santé publique «culturellement adaptées» et la reconnaissance officielle des systèmes thérapeutiques autochtones.

Forte de ce constat, je propose d'analyser les enjeux politiques qui gravitent autour de la référence toujours accrue à la notion de culture dans le champ de la santé, sur la base d'une recherche menée dans le Canton de Loreto, en Amazonie équatorienne, au sujet d'un dispositif de santé primaire, cette dernière se définissant comme un programme visant à résoudre les principaux problèmes de santé d'une population donnée en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et la participation active de la population¹. Ce dernier a été mis en place par la Croix-Rouge Suisse (CRS) il y a plus de vingt ans et il est aujourd'hui géré de concert avec le Ministère de la Santé Publique équatorien (MSP), l'ONG RIOS (Réseau International d'Organisations de Santé) et les organisations autochtones locales.

¹La première enquête de terrain a été réalisée pendant cinq mois entre juin et octobre 2009. Depuis septembre 2011, je suis de retour dans le Canton de Loreto pour une durée d'une année.

L'«interculturalité en santé» – comprise comme une construction rhétorique (Dozon & Fassin 2001) incluant un ensemble mouvant de discours, de représentations et de pratiques – constitue un axe transversal fondamental du programme sanitaire depuis le démarrage du projet de la CRS auprès des Quichuas d'Amazonie équatorienne. Je propose ici de me restreindre à l'analyse de l'idéologie interculturelle dans le champ de la santé, entendue comme un ensemble de représentations, de principes moraux et politiques qui vise à promouvoir un système de santé plus équitable et respectueux de la différence. En prenant l'exemple du cas équatorien, il s'agit plus précisément de mettre en exergue les limites et les ambivalences que cette idéologie comporte, ainsi que les représentations de l'altérité qui se profilent derrière elle.

Equateur: vers une institutionnalisation de l'interculturalité

Dans les années 1990, l'Equateur a connu toute une série de vives protestations autochtones. L'une d'elles, fondamentale, portait spécifiquement sur la reconnaissance officielle, par l'Etat, de la diversité culturelle du pays. Sous la pression des organisations autochtones – à commencer par l'organisation politique CONAIE qui représente l'ensemble des peuples autochtones en Equateur – le gouvernement équatorien a fini par modifier sa Constitution en 1998, stipulant pour la première fois la prise en compte des différences ethniques et culturelles de ses citoyens. Si la diversité culturelle était officiellement *reconnue* en 1998, elle est hautement *valorisée* depuis l'entrée au pouvoir de Rafael Correa en 2007.

Dans le champ sanitaire, l'interculturalité en santé fait l'objet de tentatives d'élaboration de politiques depuis la création du Secrétariat de Santé Interculturelle, en 2006, qui prend part à la sphère décisionnelle en matière de santé. Elle est mobilisée en tant qu'outil de reconnaissance des «cultures autochtones» et des savoirs thérapeutiques autres que biomédicaux. Par ailleurs, elle est conçue comme une stratégie qui permettrait de réduire les disparités sanitaires et économiques,

criantes au sein du pays, notamment entre les zones urbaines et rurales, mais aussi entre les métis et les autochtones² (Fassin 2000). En effet, même si les organisations autochtones représentent une force politique majeure et qu'elles ont permis l'essor d'une élite, la grande majorité d'entre eux continuent à vivre dans des conditions extrêmes de pauvreté, de marginalisation et de discrimination.

En analysant des documents portant sur la construction de politiques interculturelles en Equateur (CRS 2008; MCP 2009; Rodriguez 2009), j'ai rassemblé les différentes dimensions qui, selon les pouvoirs publics équatoriens et la Croix-Rouge Suisse, permettraient de rendre la politique de santé interculturelle opératoire. Au niveau interpersonnel, une politique de santé interculturelle promeut une participation active des agents de santé autochtones et une collaboration étroite de ces derniers avec les professionnels de la santé. Leur rôle est avant tout conçu comme celui de médiateurs, de par leur statut d'autochtones et leur connaissance de la langue vernaculaire, entre les institutions sanitaires et les communautés autochtones. Cette collaboration participe d'une adaptation culturelle des institutions de soins de santé primaire, mais elle ne suffit pas à elle seule. Pour qu'un dispositif de santé soit «culturellement adéquat», les professionnels de la santé doivent développer un certain nombre de compétences sur le plan relationnel qui visent un respect de l'usager, de ses représentations de la santé et de la maladie, ainsi que des itinéraires thérapeutiques qu'il suit en dehors du champ biomédical (Ibid.). Au niveau interinstitutionnel, les organisations politiques autochtones devraient participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre du système de santé publique au niveau local comme au niveau national. Sur le plan politique, l'interculturalité en santé devrait aboutir à la reconnaissance officielle du pluralisme médical, notamment des «médecines traditionnelles»³, à l'introduction, dans le cursus des professionnels de la santé, d'une formation en matière d'interculturalité et au renforcement d'une épidémiologie communautaire, conçue comme une épidémiologie qui a pour base les communautés du canton et à laquelle les agents de santé autochtones participent activement.

² Les catégories «métis» et «autochtone» ne vont pas de soi: dans bien des cas, les métis ont des origines autochtones et les autochtones sont métissés. Ici, j'entends par «métis» ou «autochtone» toute personne s'identifiant à telle ou telle autre catégorie, sachant que toute une série d'enjeux sociaux, politiques et culturels gravitent autour de l'identification à l'une ou l'autre de ces catégories.

³ Les termes de «médecine traditionnelle» et de «médecine ancestrale» sont utilisés de façon interchangeable par les pouvoirs publics et la Croix Rouge Suisse pour désigner les systèmes thérapeutiques autochtones. La reconnaissance officielle de la «médecine traditionnelle» a des conséquences importantes sur le plan culturel et politique. En effet, cette dernière implique le passage à l'écrit d'un savoir oral et une tentative de validation par la science naturelle de la dite médecine traditionnelle. Cela se traduit par la dépréciation du savoir qui n'est pas le fruit du livre mais de l'expérience, par l'abandon des particularismes locaux et par le renforcement du savoir biomédical, seul à pouvoir juger de l'efficacité de la «médecine traditionnelle» (Laplante 2004).

Au-delà de sa définition, l'interculturalité en santé, telle que présentée par le MSP et la CRS, porte sur un ensemble de valeurs (le respect, l'équité, la responsabilité, la reconnaissance) et de pratiques (l'adaptation culturelle). Elle n'en reste pas moins un «impensé institutionnel» (Rossi 2004) tant sur le plan rhétorique que sur le plan opératoire. On peut se demander, par exemple, en quoi le respect de l'usager et de ses représentations de la maladie est une pratique interculturelle. Ne s'agit-il pas simplement de la déontologie propre au métier de soignant (Domenig 2007)? Par ailleurs, la participation d'agents de santé autochtones formés en biomédecine amène aussi à interroger l'interculturalité du programme. D'une part, d'après ce que j'ai pu constater lors d'observations, la collaboration entre professionnels de la santé et agents de santé autochtones se présente bien souvent sous la forme d'une relation hiérarchique empreinte de paternalisme des premiers envers les seconds. D'autre part, comme le souligne Crick (2006), les agents de santé autochtones sont plutôt reconnus pour leur statut de médiateurs, voire de «petites mains» des institutions publiques, qu'en tant que détenteurs d'un savoir thérapeutique alternatif.

Les dérives de la référence abusive à la «culture» dans le champ de la santé

L'utilisation inflationniste de la notion de culture dans le champ de la santé a pour conséquence de tendre vers l'essentialisation et l'homogénéisation de la culture qui serait également distribuée au sein de groupes ethniques spécifiques (Fortin 2007). La tâche des professionnels de la santé consiste ainsi à faire ressortir l'ensemble des traits culturels qui seraient unanimement partagés par un groupe ethnique et qui «posent problème», du point de vue biomédical, pour ensuite les modifier. Ces traits culturels, tels que les représentations de la maladie et de la contagion, les rapports sociaux (notamment les rapports de genre), le rapport à la sexualité ou au corps, permettraient d'expliquer la non-observance des préceptes biomédicaux par les usagers et la relation qu'ils entretiennent avec les institutions de santé – le peu de consultations par exemple (Massé 1995). Dans cette perspective, la «culture» devient un facteur de risque, une variable parmi d'autres (telles que les conditions économiques) qu'il convient de prendre en considération pour améliorer le transfert des connaissances médicales et ainsi, la situation sanitaire d'une population donnée.

Considérer la culture comme une variable, c'est procéder à une réduction de cette dernière qui ne laisse pas transparaître toute sa complexité. Comme le dit fort bien Sylvie Fortin (2007: 206), «S'il est vrai que certains comporte-

ments sont socialement et culturellement influencés, n'est-il pas dangereux d'attribuer systématiquement à une personne un mode d'expression et une cosmologie dictés par ses origines (culturelles, ethniques ou autres)? C'est ici que réside le piège de l'utilisation d'un savoir culturel acquis par l'étude de grandes catégories culturelles». En somme, s'il est indéniable que la culture a une certaine influence sur le comportement des individus, encore faudrait-il la concevoir comme un processus complexe et mouvant où le politique, le social et l'économique s'enchevêtrent. Comme l'affirme Marguerite Cognet, «l'interprétation culturelle, c'est ignorer, bien trop souvent, que les pratiques culturelles se développent dans un contexte de domination, et que l'adoption de certains comportements a été historiquement imposée par les dominants ou résulte d'une tentative d'appropriation symbolique du pouvoir par les dominés» (Cognet 2007: 54).

L'une des dérives de l'interprétation culturelle est en effet celle de tomber dans une forme de déterminisme, selon lequel les conduites des individus seraient entièrement déterminées par une «culture» ahistorique et extérieure au sujet. Dans cette perspective, le sujet, passif, se trouve privé de ses droits à la résistance et à la décision. Ainsi, «la non-observance, l'opposition aux décisions et orientations médicales, par l'explication culturaliste, se voient dénier toute portée politique où l'usager affirmerait par là son droit à gérer sa vie et son opposition au pouvoir médical» (2007: 54).

La surinterprétation culturaliste a aussi pour effet d'éviter habilement d'interroger le champ de la santé puisque, dans cette perspective, la culture c'est l'Autre, l'Indien, l'ethnique. Ceci permet aux milieux de la santé de justifier leur paternalisme vis-à-vis des communautés autochtones dont la «culture» se présente comme un obstacle pour diffuser les messages sanitaires. De même, la perception de la biomédecine en tant que savoir universel et neutre opposé au caractère local et culturel de la médecine traditionnelle n'incite pas les soignants à s'interroger sur leurs croyances et leurs pratiques comme autant d'éléments appartenant à un univers culturel particulier (Good 1998). Par ailleurs, l'assimilation de la «culture» à l'autochtonie a pour effet de créer des laissés-pour-compte qui, parce qu'ils n'appartiennent pas à un groupe autochtone particulier, sont considérés comme une catégorie sociale aculturelle. Ainsi, en Amazonie équatorienne, ni le MSP ni la CRS ne conçoivent un programme de santé interculturel pour les quelques communautés métisses du canton de Loreto. C'est dire l'ambiguïté des politiques interculturelles qui, d'un côté, valorisent la différence au point d'en faire le symbole d'une nation, comme c'est le cas en Equateur et qui, de l'autre, stigmatisent toujours un peu plus cette même différence.

Conclusion

Au-delà de la dépolitisation des questions sanitaires que l'idéologie interculturelle peut engendrer, le risque est aussi celui de réifier et de stigmatiser l'«Etre Indien», dont la «culture» est considérée comme un obstacle qui empêche d'améliorer l'état de santé d'une population donnée. Les idéaux de respect, de reconnaissance et de justice sociale, pierre angulaire de cette idéologie, se voient ainsi mis à mal. Selon mes observations, au cœur même de l'interculturalité se situe une tension entre, d'une part, une approche horizontale qui vise la participation des populations et la reconnaissance des savoirs populaires (Massé 1995) et, de l'autre, une perspective verticale qui donne la priorité aux experts pour définir la «population-cible», la conception de sa «culture» et les méthodes à utiliser pour transférer les connaissances biomédicales. En somme, si l'interculturalité en santé a pour but de mener les bénéficiaires vers l'autonomie, peut-être a-t-elle tendance, au contraire, à parachèver la réification de rapports sociaux hiérarchiques entre métis et autochtones, personnel sanitaire et agents de santé. De même, la reconnaissance du pluralisme médical est l'un des buts affichés de l'interculturalité, mais elle a plutôt tendance à se présenter comme une stratégie qui permet de mieux «médicaliser» les autochtones (Conrad 1996; Crick 2006).

Ces remarques au sujet de l'utilisation de la notion de «culture» dans le champ de la santé, soulevées par un bon nombre d'anthropologues, sont entendues comme des tendances qui doivent être mises à l'épreuve du terrain. L'observation fine des pratiques des professionnels de la santé, des agents de santé autochtones ainsi que des bénéficiaires devrait permettre de les nuancer et de les complexifier. Il s'agira de voir comment les idéaux de respect, de reconnaissance et de justice sociale donnent lieu à des interprétations et des pratiques très hétérogènes suivant les acteurs. Par ailleurs, si les politiques interculturelles ont des conséquences sur les individus et les sociétés considérés comme «Autres», il va de soi que la «culture» fait aussi l'objet de jeu de réinterprétations et de revendications par les «populations-cibles», avec les risques que cela comporte, notamment l'essentialisation de la «culture» et l'invisibilisation d'autres formes d'appartenance (Masson 2005). Pour ne pas tomber dans une perspective trop déterministe, il est donc indispensable de se pencher sur la dimension de «contre-pouvoir» de l'action publique, qui se manifeste à travers les instrumentalisation et les stratégies de légitimation auxquelles ont recours les agents de santé et bénéficiaires autochtones.

RÉFÉRENCES

Cognet Marguerite

2007. «Au nom de la culture: le recours à la culture dans la santé», in: Marguerite Cognet, Catherine Montgomery (dir.), *Ethique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, p. 39-63. Université Laval: PUL.

Conrad Peter

1996. «Medicalization and social control», *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.

Crick Abigail Mira

2006. «Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique». *L'Ordinaire Latino-Américain* 204: 97-118.

CRS (Croix-Rouge Suisse)

2008. *When Beneficiaries Become Agents: The Experience of SRC in Community Empowerment and Action for Health, Sharing Experiences in International Cooperation, Issue Paper on Health Series 1*. Berne: CRS.

De Vidas Anath Ariel

2007. «Prologue: Les limites de l'interculturalité en Amérique Latine aujourd'hui», *Amérique Latine Histoire et Mémoire, Les Cahiers ALHIM* 13, <http://alhim.revues.org/index1633.html>, consulté le 10.2.2012.

Domenig Dagmar

2007. *Transkulturelle Kompetenz, Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.

Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier (Eds)

2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris: Editions Balland.

Fassin Didier

2000. *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Editions Karthala.

Fortin Sylvie

2007. «L'espace clinique comme espace social», in: Marguerite Cognet, Catherine Montgomery (dir.), *Ethique de l'altérité. La question*

de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux, p. 191-214.
Laval: Presses de l'Université LAVAL.

Good Byron

1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

Gros Christian

2003. «Demandes ethniques et politiques publiques en Amérique latine». *Problèmes d'Amérique latine* 48: 11-29.

Laplante Julie

2004. *Pouvoir guérir. Médecines autochtones et humanitaires*.
Saint-Nicolas (Québec): Les Presses de l'Université de LAVAL.

Masse Raymond

1995. *Culture et santé publique*. Montréal, Paris, Casablanca: Gaëtan Morin Editeur.

Masson Sabine

2005. *Les femmes indiennes au Chiapas (Mexique): un mouvement féministe postcolonial?* Université de Lausanne: Thèse de doctorat non publiée.

MCP (Ministerio Coordinador de Patrimonio)

2009. *Lineamientos para la Construcción de Políticas Públicas Interculturales*, Memoria de los Seminarios de gestión local intercultural. Quito: MCP.

Rodriguez Lilia (dir.)

2009. *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: MSP.

Rossi Ilario (dir.)

2004. *Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé. Approche socio-anthropologique des politiques de santé*, Rapport d'études. Lausanne: HES, PMU.

AUTEURE

Marie-Laure Schick est doctorante en anthropologie à l'Université de Lausanne et à l'Université de Paris Ouest Nanterre.

Av. de la Gare 42, 1003 Lausanne
marie-laure.schick@unil.ch