
Prévenir la différence Analyse d'une pratique pédiatrique « interculturelle »

Yvan Leanza

Le rôle du pédiatre n'est-il pas de s'assurer que tous les enfants puissent être compris, que leurs symptômes soient bien décodés et que justice et équité dans les services leur soit données ?

G. Julien, 2004

- 1 A travers la prévention en pédiatrie, c'est-à-dire l'élaboration d'un discours issu de la biomédecine sur des pratiques éducatives elles-mêmes ancrées dans des univers socioculturels qui peuvent être très différents les uns des autres, c'est le rapport à la différence qui est mis en question. Le premier enjeu dans les consultations de prévention est la santé de l'enfant. C'est un enjeu éducatif puisque le médecin se doit de vérifier les pratiques parentales et, le cas échéant, de faire passer un message à propos des bonnes pratiques à adopter dans le meilleur intérêt de l'enfant. Le second enjeu est social. Celui-ci se situe au niveau de l'accueil (institutionnalisé) fait à la parole de l'Autre, à la différence qui va s'exprimer ici en matière de soins à l'enfant. Bien qu'inscrit dans le champ de la santé, c'est un enjeu qui le dépasse largement, en particulier lorsqu'il s'agit de faire bénéficier des familles migrantes de ces consultations. Dans ce cas, la position sociale du médecin et son rôle d'agent de l'État qui « accueille » donne une autre qualité à ces consultations, ou du moins amplifient un phénomène (travailler avec la différence) qui peut être présent avec des familles issues du même groupe socioculturel que le médecin. Cet article explore cette problématique par l'analyse d'un cas particulier, celui de jeune pédiatre suisse ayant à recevoir des familles migrantes.

1. La mission nouvelle de la pédiatrie

- 2 Pendant de nombreuses décennies l'objet d'étude et d'intervention des biomédecins spécialisés dans la santé des enfants, les pédiatres, a été la biologie de ces enfants. Ce sont

les symptômes du corps, les facteurs biologiques de propagations des maux et les traitements idoines qui ont principalement retenus leur attention. Pour Pawluch (1996), sociologue des professions, ce combat mené contre la maladie fut victorieux, du moins dans les zones riches de la planète. Aujourd'hui, et ce depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les maladies infantiles endémiques ont été soit éradiquées, soit contrôlées grâce aux vaccins et antibiotiques. Pour la sociologue, cette victoire a obligé les pédiatres à redéfinir leur identité professionnelle et leur mission. Pour les tenants de la pédiatrie sociale, un courant de pensée et une pratique née dans les années 1950-1960 (Manciaux, 1995), ce professionnel ne doit plus seulement soigner les maladies infantiles, mais également prendre soin des besoins psychosociaux et comportementaux des enfants. Gilles Julien, un pédiatre pionnier de cette approche au Québec, estime que ces professionnels de la santé ont une nouvelle mission à saisir et de nouveaux rôles à jouer (Julien, 2004a, Julien, 2004b). Pour cet auteur, le pédiatre doit s'engager non seulement pour soulager la maladie, mais aussi pour la prévenir et prévenir l'ensemble des risques que l'enfant encoure. En plus d'offrir ses services cliniques le pédiatre social devrait suivre la trajectoire de vie des enfants, et jouer d'influence dans les réseaux qui interviennent auprès des enfants, y compris au niveau politique :

Auprès des parents et des autres adultes, il donnera l'heure juste sur le développement de l'enfant [...]. Auprès des familles il pourra servir d'intermédiaire, de guide ou de référence. [...] Auprès des communautés il sera en mesure de surveiller la mise sur pied de ressources de soutien de qualité pour l'enfant et la famille. [...] En somme, le pédiatre social sera désormais reconnu auprès des gouvernements et de la société comme promoteur de la santé des enfants et aura des positions claires pour influencer les politiques, les lois et les programmes affectant leur santé et leur intérêt (Julien, 2004a : 144).

- 3 On le voit bien avec cet exemple, la prévention non seulement des maladies, mais de toute forme de mal (violence, troubles du comportement, difficultés d'apprentissage et/ou familiales,...) est devenue une priorité de la pédiatrie. Elle est centrale dans la pédiatrie sociale, et a acquis une place importante dans les autres champs d'application de cette médecine. La santé de l'enfant est considérée globalement et non plus comme la seule absence de maladie. En Suisse, les pédiatres sont amenés à examiner régulièrement les enfants dans des consultations dites « de prévention ». Dans ces consultations, non seulement le médecin ausculte l'enfant pour dépister quelque maladie infantile, mais il lui fait également passer un examen psychomoteur et explore, en discutant avec les parents, les conditions environnementales et psychosociales dans lesquels l'enfant se développe. Ces examens sont fortement recommandés (pour ne pas dire obligatoires) puisque les vaccinations qui y sont en général associées sont, elles, obligatoires) une fois par mois jusqu'à 6 mois, puis à 9 ou 12 mois, 18 ou 24 mois et à 3 ou 4 ans. Les échanges qui ont lieu pendant ces examens abordent des aspects sensibles de l'éducation (informelle) des enfants comme par exemple l'alimentation, l'hygiène, le sommeil ou la sociabilité. Il existe pour ces examens un manuel établi par une commission de la Société Suisse de Pédiatrie (Baumann et al., 1999).

2. Approches interculturelles et complémentarisme

- 4 La question de départ de la recherche présentée ici était : comment les pédiatres travaillent-ils avec la différence culturelle¹ ? L'objectif était de saisir un phénomène, à

savoir l'expérience de cette différence pour des pédiatres pratiquant des examens de prévention.

- 5 Pour étudier le travail avec la différence en milieu pédiatrique, j'ai convoqué plusieurs disciplines dans le cadre des *approches interculturelles* : « [...] les approches interculturelles sont un composite de perspectives disciplinaires sur un objet, les cultures et les interactions entre porteurs de cultures » (Dasen, 2000 : 8). Ces disciplines sont la *psychologie interculturelle*, aussi bien comparative, en particulier les études à propos du développement de l'enfant dans différents contextes, que celle qui se préoccupe des cultures en contact ; *l'anthropologie de la santé*, particulièrement le courant anglo-saxon « centré sur le sens » ou interprétatif ; une discipline en devenir : les « *interpreting studies* » ou *l'étude de l'interprétariat*, spécifiquement les travaux concernant l'interprétariat communautaires en milieu médical ; je pourrais encore mentionner la *communication patient - médecin*, étudiée aussi bien par les médecins eux-mêmes que des chercheurs en sciences sociales, *l'analyse du travail*, ou encore les travaux de sociologues, de géographes, ou démographes sur *les politiques de migrations et d'intégrations* en Suisse.
- 6 On l'aura compris, une particularité des approches interculturelles est de faire la part belle à la complémentarité entre disciplines ayant pour objet de réflexion les groupes humains (ethnologie, anthropologie, sociologie) et celles qui centrent leur réflexion sur les interactions interindividuelles, voire sur les individus seuls (linguistique, psychologie). La paternité du *complémentarisme* est attribuée à Georges Devereux. Pour cet illustre anthropologue et psychanalyste, « le fait est qu'un phénomène humain qui n'est expliqué que d'une seule manière n'est, pour ainsi dire, pas expliqué du tout » (Devereux, 1972 : 9). C'est ainsi qu'il estime obligatoire le double discours anthropologique et psychologique, tout en insistant sur la non simultanéité de ces discours. La simultanéité, équivalente à une fusion improbable des disciplines, nie la validité de chacun des discours. Ce qui est recherché par la complémentarité c'est le dépassement des limites explicatives et méthodologiques propres à une discipline, et non la dissolution des disciplines dans un Grand Tout ou l'inféodation de l'une à l'autre. Certains écrits contemporains sur l'interdisciplinarité rejoignent ce point de vue, bien que Georges Devereux lui-même définisse l'interdisciplinarité comme la mise en œuvre de la simultanéité et donc la « *réfute inconditionnellement* » (Devereux, 1972 : 10). Choisir la complémentarité n'est pas sans risque, c'est se situer à la fois dans plusieurs disciplines et dans aucune d'entre elles. C'est se voir reproché d'être un peu tout (sociologue, psychologue, linguiste,...) et finalement rien du tout... C'est une posture intellectuelle (exigeante) qui questionne les divisions du travail scientifique imposé par les disciplines (Freymond et al., 2003) réduisant par là même les possibilités de construire du sens différemment. Cette posture me permet, tout en restant attentif à la dimension symbolique (Jahoda, 1989), de passer du collectif (comment l'institution, la biomédecine et la société donnent sens à la différence ?) à l'individuel (comment individuellement chacun des pédiatres donnent sens à sa pratique et à la différence ?), puis de les articuler.

3. La niche d'activité professionnelle

- 7 Afin d'opérationnaliser une telle posture je me suis inspiré d'un cadre théorique issu de la psychologie interculturelle comparative étudiant le développement de l'enfant : la niche de développement (Super & Harkness, 1997). Les auteurs de cette réflexion postulent que l'on ne peut saisir le développement de l'enfant en se centrant uniquement sur les

processus intrapsychiques comme le font la grande majorité des psychologues. Afin d'avoir une compréhension aussi complète que possible, il faut replacer l'enfant au centre d'une niche, c'est-à-dire un environnement stable dans le temps, mais qui est le lieu d'échanges et de dynamiques. Cette niche comprend le contexte matériel et social dans lequel l'enfant évolue, les pratiques éducatives auquel il est soumis et les ethnothéories ou représentations des adultes qui ont la charge de cet enfant, principalement les parents. Étant donné que mon objet de recherche n'était pas l'enfant et son développement (du moins pas directement) mais le pédiatre et son activité, c'est lui que j'ai placé au centre de la niche. Afin de saisir son activité, j'ai été attentif au contexte dans lequel il exerçait, à la pratique qu'il mettait en œuvre avec des familles migrantes et aux représentations dont il était porteur, aussi bien en termes de modèles de pratique (ce qu'il faut faire pour exercer une médecine dans les règles de l'art) qu'en termes de normes en matière de développement et santé de l'enfant (ce qui est juste et bon de faire pour que l'enfant se développe dans les meilleures conditions possibles). Plutôt que de rester dans la description de l'activité et de ce fait participer à l'essentialisation de la culture biomédicale, j'ai aussi tenu à vérifier comment chaque pédiatre individuellement se positionnaient par rapport au contexte, à sa propre pratique et aux normes en vigueur. Ce cadre théorique permet ainsi de peindre le paysage qui englobe une activité particulière, mais aussi d'établir la perspective de chacun des protagonistes sur ce paysage. J'ai nommé ce cadre théorique la niche d'activité professionnelle (pour une présentation détaillée voir Leanza, 2005a).

4. Contexte de la recherche et participants

- 8 La recherche a eu lieu dans une policlinique de pédiatrie dans une ville importante de suisse romande. Soixante et un pourcent de la clientèle de cette institution sont des migrants (Gehri et al., 1999). Ce taux élevé de fréquentation de la part de familles étrangères s'explique par le fait que l'hôpital se situe dans une zone où la population étrangère est plus dense que dans le reste de la ville, mais aussi parce que cet hôpital à la charge des visites sanitaires d'entrées obligatoires pour les requérants d'asile. Ces personnes continueraient à fréquenter ce lieu sachant qu'ils y trouvent des interprètes et que le dossier médical de leur enfant y est conservé. Huit médecins assistants (sept femmes et un homme, âgés entre 25 et 32 ans), en spécialisation de pédiatrie pour sept d'entre eux, le dernier se destinant à la médecine générale, se sont prêtés au jeu des observations et des entretiens. Ils sont dans une des trois premières années de leur spécialisation qui en compte au moins six. Ces médecins effectuaient pour la première fois de façon aussi systématique des examens de prévention, pour lesquels ils n'ont reçu qu'une formation théorique. Ce sont les consultations avec des familles albanophones (du Kosovo) et tamilophones (du Sri-Lanka) qui ont fait l'objet d'une attention particulière. Pour ces consultations des interprètes communautaires étaient toujours présents. Au nombre de quatre, dont trois albanophones, ils ont été formés par l'association Appartenances² à ce que l'on nomme aussi la médiation interculturelle. Il s'agit de trois femmes et un homme issus des communautés pour lesquels ils interprètent. Les enfants reçus dans ces consultations étaient âgés entre un mois et cinq ans, pour un tiers issus de familles du Sri-Lanka. Ces dernières ont en général un statut de migrants stables, les ressortissants sri-lankais établis en Suisse étant arrivé voilà environ 15 ans lors des premiers troubles qui secouent encore cette île. La situation des familles du Kosovo est

beaucoup plus précaire. A l'époque de mon terrain, la guerre du Kosovo était terminée et le gouvernement suisse avait estimé que les conditions pour un retour des requérants d'asile était réunies. La majorité des familles rencontrées se préparaient donc à rentrer (contraintes et forcées) dans un pays ravagé par la guerre, alors qu'elles étaient installées en Suisse depuis plusieurs années.

- 9 Pour chacun des éléments retenus pour l'analyse (le contexte institutionnel, la pratique de l'examen de prévention, les ethnothéories, et la perspective de ces pédiatres sur les trois éléments précédents ainsi que sur les pratiques parentales) j'ai mis en place un ou plusieurs procédés de recherche. Ma présence sur le terrain a totalisé cinq mois. J'ai procédé par observation directe et participante (Beaud & Weber, 1998) pour analyser le contexte et la façon dont la différence est accueillie et intégrée dans la formation des soignants. A partir des enregistrements vidéo d'une vingtaine de consultations de prévention, j'ai pu comprendre comment la différence culturelle est « traitée » dans la communication. C'est en appliquant une analyse de type linguistique (Barry et al., 2001, Mishler, 1984) que j'ai mis en évidence comment cette différence est prise en compte, ignorée ou bloquée. Ces mêmes enregistrements ont servi à l'analyse du rôle des interprètes, analyse inspirée des réflexions de Jalbert (1998). J'ai obtenu la perspective de ces jeunes médecins par des entretiens d'auto-confrontation simple (Clot et al., 2001). Pour l'analyse des entretiens, je me suis appuyé sur la démarche de la théorisation ancrée (Laperrière, 1997). Enfin, combinant les analyses des observations et des entretiens ce sont les ethnothéories (normes et modèles de pratique) qui ont ainsi émergé.

5. La pédiatrie : une médecine comme les autres ?

- 10 Comme mentionné plus haut, la pédiatrie est présentée, ou se présente elle-même, comme une médecine particulièrement sensible aux aspects environnementaux, contextuels ou socioculturels de la santé, ce qui la démarque de la majorité des autres biomédecines. Cette caractéristique, ajoutée au fait que les consultations observées portaient en partie sur des thèmes psychosociaux, permettait de faire l'hypothèse d'une intégration de la différence culturelle dans la prise en charge de ces familles. Or, du point de vue de l'analyse de la pratique, des ethnothéories et du sens qu'attribuent ces jeunes médecins aux pratiques parentales, cette hypothèse est infirmée.
- 11 L'analyse de la communication montre un blocage, voire une ignorance, presque systématique des éléments socioculturellement « différents » (Leanza, 2004). De plus, lorsque les interprètes interviennent dans les consultations, en dehors de leur rôle de « traducteur », c'est soit pour appuyer le discours biomédical, soit comme informateur culturel auprès du médecin. Dans ce rôle d'informateur, l'interprète amène des connaissances sur telle ou telle pratique parentale (par exemple l'allaitement, ou les rituels d'endormissement). Cependant, ses informations ne sont pas retenues par les médecins ou du moins pas prises en compte dans l'immédiat pour, par exemple, nuancer leurs conseils éducatifs. En bref, l'interprète est dans une position d'agent de santé, bien plus que dans celle d'un porte parole de la différence culturelle (Leanza, 2005b, Leanza, 2006).
- 12 Sept médecins sur les huit de la recherche considèrent, parfois malgré une représentation nuancée de la situation des migrants qu'ils reçoivent (précarité des statuts, difficulté liée à la langue, origine sociale défavorisée,...), la plupart des pratiques parentales en matière

d'éducation comme des erreurs ou comme des lacunes à compenser. Un exemple récurrent concerne l'allaitement nocturne. Les mères rapportant qu'elles gardent l'enfant, parfois âgé de plus d'un an, dans leur lit la nuit et qu'il peut s'alimenter à loisir. Pour les médecins, cette pratique parentale est en contradiction avec leur ethnothéorie de l'allaitement (qui devrait s'arrêter plus tôt dans le développement de l'enfant, et qui devrait suivre un rythme régulier dans le temps et non être dépendant des envies de l'enfant), mais aussi en contradiction avec leur ethnothéorie du sommeil de l'enfant (qui devrait se dérouler au moins dans son propre lit, si ce n'est dans sa propre chambre). La réaction (défensive) des pédiatres correspond à ce que Cohen-Emerique et Hohl (2004) identifie comme le « formalisme », c'est-à-dire le rappel des normes en vigueur sans autre volonté de comprendre plus ou de trouver un compromis qui fasse sens pour tous les partis (avec l'aide de l'interprète).

- 13 Ce premier ensemble de résultats donne une image de la pédiatrie (telle qu'elle est pratiquée dans cette institution) similaire à ce que la recherche sur les relations médecins-patients met habituellement en évidence : le professionnel se positionne comme un expert dont l'activité consiste à dispenser un savoir universel sans tenir compte du point de vue de l'Autre. En d'autre terme, c'est une pédiatrie plus assimilatrice que sensible au contexte qui est mis là en action. Mais il serait réducteur de rester sur cette seule analyse, étant donné que d'autres éléments de la recherche permettent de nuancer ces premiers résultats.

Un contexte traversé de tensions

- 14 Le contexte, la polyclinique de l'hôpital pédiatrique, est à différencier. Il y a une « polyclinique qui soigne », c'est celle qui s'occupe des enfants et de leur famille, et il y a une « polyclinique qui forme », celle qui doit fournir aux futurs pédiatres les ressources permettant le développement des compétences nécessaires à leur spécialisation. Ces deux polycliniques sont traversées de tensions³.
- 15 Dans la polyclinique qui soigne, j'ai pu observer un certain nombre de mesures tendant à établir un accueil interculturel, c'est-à-dire un accueil resserrant les liens entre patients, parents et soignants. Il s'agit par exemple de l'introduction des interprètes, leur institutionnalisation, puisqu'ils sont employés de la polyclinique quelques demi-journées par semaine. On peut aussi mentionner la tenue d'un séminaire mensuel, ouvert à tous les soignants, sur la problématique « migrations, soins et cultures » pour lequel des experts externes à l'hôpital sont invités. Cette volonté d'innover, d'amener à un accueil et une pratique sensible à la différence culturelle, se heurte systématiquement aux inerties propres à ce genre d'institution (ce que certains sociologues nomment les aléas du travail institutionnel). Une de ces inerties est l'impossibilité pour les médecins de suivre un même enfant. Or, c'est justement dans le suivi qu'une relation de confiance peut se construire et ainsi augmenter la qualité des soins et des conseils prodigués. Ceci est d'autant plus vrai étant donné la particularité psychosociale des consultations de prévention. Une autre inertie dans l'accueil est le « mutisme » des articulations du travail hospitalier. Pour que l'enfant puisse voir le médecin, il y a au préalable au moins trois passages d'un professionnel à l'autre, de l'accueil à l'administration, de l'administration à l'infirmière et de l'infirmière au médecin. Ces trois articulations se matérialisent par le biais de fiche ou du dossier du patient (support écrit), mais jamais verbalement, ce qui réduit dramatiquement l'information transmise d'un professionnel à l'autre.

- 16 La polyclinique qui forme est aussi traversée de tensions. L'évaluation que subissent les médecins porte théoriquement sur l'ensemble de leur pratique médicale, mais effectivement sur leur capacité à présenter des patients dans un discours fortement normé lors des « colloques ». Ces normes incluent peu ou pas du tout les dimensions familiales, sociales, culturelles et expérientielles du patient et de son épisode de maladie, ce qui est en contradiction avec les différentes mesures mises en place pour changer la qualité des relations avec les enfants et leur famille. Une hypothèse est que cette évaluation influe sur la pratique dans le sens où elle laisse peu de souplesse aux médecins pour explorer d'autres manières d'être ou de faire par rapport à une biomédecine très conventionnelle. La tension se situe, pour la polyclinique qui forme, dans le rapport entre une médecine objectivante, réduisant le patient à un ensemble restreint de données rapportées dans son dossier, et une médecine donnant plus de place aux éléments socioculturels et psychologiques, une nouvelle médecine subjective pour reprendre l'expression du philosophe Sullivan (2003).

Sens de l'activité : malaise et tensions dans le rapport à l'Autre

- 17 D'une certaine façon, les tensions misent en exergue dans l'analyse du contexte se retrouvent dans les propos de quelques pédiatres. Certains semblent vivre ces tensions au quotidien avec plus ou moins de facilité.
- 18 Le rapport institutionnalisé à l'Autre peut être de « normalisation », c'est-à-dire la résultante d'une forte conviction dans les canons de la biomédecine, d'une pratique tendant à l'imposition de ces normes, mais aussi d'une acceptation inconditionnelle des conditions de travail et de formation. Le tout étant cohérent avec une compréhension des pratiques parentales accentuant les manques ou erreurs, plutôt que les ressources. Une majorité des médecins se situent dans ce type de rapport (même si la normalisation peut être plus ou moins forte, ces médecins sont très attachés aux normes biomédicales). A l'opposé, le rapport peut être de « particularisation ». Dans ce cas le médecin met en doute les normes médicales en matière de soins à l'enfant et ne cherche pas à les imposer, au contraire c'est la négociation qui prime comme cadre de travail. Ce pédiatre « particularisateur », relativise non seulement ses propres normes, mais aussi celles des parents et leurs pratiques. Il éprouve un malaise par rapport aux conditions de travail et de formation, mais ce n'est pas (plus ?) de la rébellion. Un seul médecin correspond partiellement à cette description. Il s'en différencie sur le point de la négociation. Il dit « laisser faire » les parents plutôt que de leur imposer un discours médical vide de sens, mais il n'entre pas dans la recherche de compromis avec eux (ce qui serait de la négociation). Deux médecins cumulent doutes et frustrations sans pour autant considérer les pratiques parentales comme valides, et par là même ne sont ni dans la normalisation, ni dans la particularisation, mais vivent et expriment une véritable tension intérieure. Cette « tension de normalisation » semble être la résultante d'un conflit entre la volonté de perpétuer un modèle imposé par l'institution, et l'expérience que ce modèle n'est pas adéquat pour les situations rencontrées au quotidien, sans pour autant avoir la possibilité de faire autrement, d'innover (cette analyse du rapport à l'Autre est détaillée dans Leanza, 2005a).
- 19 On le voit maintenant, bien que l'analyse de la pratique montre une médecine classique (réductrice et excluant les aspects socioculturels de la santé), déjà décrite en ces termes

de nombreuses fois, c'est une toute autre réalité, bien plus nuancée, qui émerge si l'on s'arrête à l'analyse du contexte et de l'expérience vécue des médecins.

6. Les examens de prévention : rite d'assimilation ou ritualisme ?

- 20 Une première interprétation possible est de considérer ces examens de prévention comme de véritable rite d'assimilation. Les rites peuvent être définis, selon l'anthropologue Segalen (1998), par une configuration spatio-temporelle spécifique comprenant des objets, un système de comportement et un langage spécifiques. Sans revenir sur les détails de l'analyse, j'affirme que l'on retrouve dans ces consultations particulières l'ensemble des critères définis par Segalen et, qu'en ce sens, il s'agit bien d'un rite. Un autre critère essentiel pour définir un rite est son action sur une dimension symbolique de la vie et son efficacité à transformer cette dimension (de la faire passer d'un état à un autre). Dans le cas des consultations de prévention pour les familles migrantes, c'est la réorientation de l'enculturation (la « fabrication » culturelle des enfants) qui est visée. Il s'agirait de faire en sorte que tous les parents quelles que soient leurs origines se mettent aux pratiques locales d'éducation. En d'autres mots, il est question ici de *prévenir la différence* ou encore d'assimilation. Or, de « l'aveu » même de plusieurs médecins (de par les malaises qu'ils éprouvent) ce rite ne fonctionne pas. Les parents continuent à avoir les mêmes comportements en matière d'alimentation, de sommeil,... Ces rites, d'abord établis pour une population homogène (suisse) deviennent inefficaces face à l'hétérogénéité de la population fréquentant la policlinique. Ils sont, pour reprendre l'expression de Segalen, des « exagérations chimériques » ou un ritualisme, c'est-à-dire la répétition vide de sens et vaine de cette configuration rituelle.

7. La différence culturelle comme révélateur

- 21 Travailler avec la différence culturelle maximise des réalités déjà présentes, mais à un niveau subtile, d'une pratique professionnelle se déroulant en contexte « homogène ». Dans ce cas précis, la recherche autour de cette pratique pédiatrique particulière met en évidence, non pas les lacunes des parents migrants dans l'éducation de leurs enfants, mais bien les lacunes et contradictions dans l'encadrement des (futurs) professionnels. Ce sont aussi les lacunes dans l'accompagnement des (nécessaires) changements institutionnels pour faire face à la diversification galopante de la population consultante qui ont émergé de ces analyses. Plus généralement, ce sont les difficultés propres à la culture biomédicale dans son processus de subjectivation que j'ai mis en évidence : comment conserver une médecine scientifique et efficace tout en prenant au sérieux la perspective de l'Autre, quel qu'il soit ? L'accès aux soins pour le plus grand nombre et la qualité de ces mêmes soins dépendent des réponses à cette question. Théoriquement la pédiatrie sociale propose un certain nombre de réponses (Julien, 2004b) dans la pratique les initiatives allant dans ce sens restent rares.

BIBLIOGRAPHIE

- Barry C., Stevenson F., Britten N., Barber N. et Bradley C., « Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice », *Social science and medicine*, vol. 53, 2001 : 487-505.
- Baumann T., Joss E. et Fawer C.-L., *Prévention en pédiatrie. Un manuel*, Berne, Schulungs- und Wohnheime, 1999, 153 p.
- Beaud S. et Weber F., *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 1998, 328 p.
- Clot Y., Faïta D., Fernandez G. et Scheller L., « Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité », *Education permanente*, vol. 146, 2001 : 17-25.
- Cohen-Emerique M. et Hohl J., « Les réactions défensives à la menace identitaire chez les professionnels en situations interculturelles », *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 61, 2004 : 21-34.
- Dasen P., « Approches interculturelles : Acquis et controverses », in P. Dasen et C. Perregaux (ed.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation ? Bruxelles*, De Boeck Université, 2000 : 7-28.
- Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972, 282 p.
- Freymond N., Meier D. et Merrone G., « Ce qui donne sens à l'interdisciplinarité », *A contrario*, vol. 1, n° 1, 2003 : 3-9.
- Gehri M., Hunziker B., Géraud F., Rouffaer D., Sopa S., Sage-Da Cruz C. et Métraux J.-C., « Les populations migrantes à l'hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL) : États des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels », *Médecine sociale et préventive*, vol. 44, n° 6, 1999 : 264-271.
- Jahoda G., *Psychologie et anthropologie*, Paris, Armand Colin, 1989, 343 p.
- Jalbert M., « Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique », *P.R.I.S.M.E.*, vol. 8, n° 3, 1998 : 94-111.
- Julien G., *Soigner différemment les enfants. L'approche de la pédiatrie sociale*, Montréal, Les éditions logiques, 2004a, 294 p.
- Julien G., *Soigner différemment les enfants. Méthodes et approches*, Montréal, Les éditions logiques, 2004b, 192 p.
- Laperrière A., « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », in J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (ed.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, 1997 : 309-340.
- Leanza Y., « Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires : un dialogue de sourds ? », *Cahiers de l'institut de linguistique et des sciences du langage (ILSL)*, vol. 16, 2004 : 131-158.

Leanza Y., « Le rapport à l'autre culturel en milieu médical. L'exemple de consultations pédiatriques de prévention pour des familles migrantes », *Bulletin de l'Association pour la Recherche InterCulturelle*, vol. 41, 2005a : 8-27.

Leanza Y., « Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers », *Interpreting*, vol. 7, n° 2, 2005b : 167-192.

Leanza Y., « L'interprète médiateur communautaire : Entre ambiguïté et polyvalence », *L'autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 7, n° 1, 2006 : 109-124.

Leanza Y., « Accueil de familles migrantes dans une policlinique de pédiatrie : Tensions, mutisme, désarticulation et ruptures », *Interactions*, sous presse.

Manciaux M., « What is social pediatrics and where does it come from? », in B. Lindström et N. Spencer (ed.), *Social pediatrics*, Oxford, Oxford University Press, 1995 : 3-11.

Mishler E., *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*, Norwood, Ablex Publishing Corporation, 1984, 211 p.

Pawluch D., *The new pediatrics : a profession in transition*, New York, Aldine de Gruyter, 1996, 175 p.

Segalen M., *Rites et rituels contemporains*, Paris, Nathan, 1998, 128 p.

Sullivan M., « The new subjective medicine : Taking the patient's point of view on health care and health », *Social science & medicine*, vol. 56, n° 7, 2003 : 1595-1604.

Super C. M. et Harkness S., « The cultural structuring of child development », in J. Berry, P. Dasen et T. Saraswathi (ed.), *Handbook of cross-cultural psychology*, Boston, Allyn & Bacon, 1997 : 2-39.

NOTES

1. Il faut tout de suite préciser que l'expression « différence culturelle » est ici employée au singulier pour marquer l'opposition avec « les différences culturelles » entendues dans le langage courant comme définies une fois pour toute et inchangeables. La différence culturelle est, pour moi, nécessairement contextualisée et produite dans une interaction.
2. Association locale qui offre des services psycho et sociothérapeuthiques aux populations migrantes, mais qui est reconnue aussi pour la formation des interprètes communautaires.
3. Je réduis ici sciemment, en raison de contraintes éditoriales, la présentation du contexte à l'institution dans laquelle se déroulent les consultations, mais il est évident qu'elle est elle-même incluse dans un contexte sociopolitique plus large, celui de la Suisse qui est par ailleurs connu pour ses lois restrictives en matière d'accueil des étrangers : voir par exemple les résultats de la votation populaire du 24 septembre 2006 qui ont rendu l'accès à la Suisse encore plus difficile aussi bien pour les migrants économiques que pour les requérants d'asile. Pour une description détaillée du contexte voir Yvan Leanza, "Accueil de familles migrantes dans une policlinique de pédiatrie: Tensions, mutisme, désarticulation et ruptures," *Interactions* (sous presse).

RÉSUMÉS

Dans cet article, une pratique pédiatrique courante en Suisse est analysée à l'aide d'un cadre théorique inspiré de la psychologie interculturelle, la niche d'activité professionnelle (NAP). Ce cadre théorique permet d'être attentif au contexte dans lequel s'effectue l'activité, à la pratique que le pédiatre met en œuvre et aux représentations dont il est porteur. Plutôt que de rester dans la description de l'activité, la NAP permet de vérifier comment chaque pédiatre se positionne par rapport au contexte, à sa propre pratique et aux normes en vigueur.

Ce sont des consultations dites de prévention, conçue à l'origine pour un public homogène, qui ont ainsi été étudiées, alors qu'elles sont proposées à des familles migrantes. A travers la prévention en pédiatrie, c'est-à-dire l'élaboration d'un discours biomédical sur des pratiques éducatives socio-culturellement très variées (hygiène, alimentation,...), c'est le rapport à la différence qui est mis en question. Le premier enjeu dans ces consultations de prévention est la santé de l'enfant. Aujourd'hui le pédiatre ne doit plus seulement traiter les maladies infantiles, mais également prendre soin des besoins psychosociaux et comportementaux des enfants, voire prévenir tous les risques encourus par ces enfants. Cependant, il y a aussi un enjeu social propre à ces consultations. Celui-ci se situe au niveau de l'accueil (institutionnalisé) qui est fait à la différence qui va s'exprimer ici en matière de soins à l'enfant.

Les consultations sont interprétées comme des rites d'assimilation qui vont prévenir la différence en tentant de réorienter le processus de fabrication culturelle des enfants (l'enculturation). Plutôt que d'être des espaces de ressources pour des familles aux statuts précaires, ces consultations deviennent le lieu où les jeunes médecins mettent en pratique un savoir « universel » et académique peu soucieux des différences en matière de soins à l'enfant.

INDEX

Mots-clés : anthropologie de la santé, approche interculturelle, assimilation, enfants migrants, pédiatrie sociale, psychologie interculturelle

AUTEUR

YVAN LEANZA

Université de Genève, Suisse et Université Laval, Québec, Canada.

Mail : Yvan.Leanza@psy.ulaval.ca