

**Numéro 17 - novembre 2008**

**L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique**

**L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel.**

**Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires**

Juliette Sakoyan

### **Résumé**

Cet article présente des constats et dilemmes éthiques issus d'un terrain portant sur les migrations sanitaires infantiles. L'ethnographie inter-sites et inter-acteurs dans un contexte de précarité et de maladies graves met en exergue la complexité relationnelle dans laquelle le chercheur est inséré. Nous l'examinons telle qu'elle se manifeste durant la phase d'enquête. Deux dilemmes éthiques sont présentés : d'une part celui de la transmission des informations par le chercheur aux professionnels et aux familles lorsque son enquête le place entre ces deux groupes. D'autre part celui de l'inégalité des contre-dons, c'est-à-dire l'impossibilité pour le chercheur de rendre de manière équivalente aux personnes enquêtées. En outre l'éthique de la recherche est désignée, à partir des récents travaux sur le « care », comme une « attitude de sollicitude » qui guide l'ethnologue sur son terrain comme ailleurs. Les situations présentées ici amènent à conclure que la pluralité identitaire du chercheur sur son terrain, c'est-à-dire des postures ethnographiques, ne menace pas nécessairement la cohérence éthique et parfois même la conditionne.

### **Abstract**

This article presents ethical observations and dilemmas arising from fieldwork on medical migration of children. This multi-sited and multi-actor ethnography, carried out in the context of precariousness and serious disease sheds light on the complexity of the research relation. We analyze this complexity as it appeared during the data-collecting phase. Two ethical dilemmas are examined : the first pertains to the transmitting of information by the researcher towards professionals and families when her inquiry puts her between these two groups. The second pertains to the inequality of reciprocation, that is, the impossibility for the researcher fully to give back what she received from her research subjects. Moreover, research ethics are defined, as in recent works on « care », as a kind of « caring attitude » which guides the anthropologist during her fieldwork, as well as anywhere else. From the situations presented here, I conclude that the multiple positions of the researcher in her field do not necessarily threaten the ethical coherence and sometimes even condition it.

URL: <https://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan>  
ISSN : 1961-9162

**Pour citer cet article :**

Juliette Sakoyan, 2009. « L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel. Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires ». *ethnographiques.org*, Numéro 17 - novembre 2008

L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique [en ligne].

(<https://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan> - consulté le 13.12.2019)

*ethnographiques.org* est une revue publiée uniquement en ligne. Les versions pdf ne sont pas toujours en mesure d'intégrer l'ensemble des documents multimédias associés aux articles. Elles ne sauraient donc se substituer aux articles en ligne qui, eux seuls, constituent les versions intégrales et authentiques des articles publiés par la revue.

# **L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel.**

## **Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires**

Juliette Sakoyan

### **Sommaire**

- Introduction
- La "cohérence relationnelle" comme principe général de l'éthique en anthropologie
- Premiers sauts dans l'éthique ou la question du rôle du chercheur
- Le dilemme de la transmission d'informations
- Le « care » et le dilemme des contre-dons inégaux
- Conclusion : "prendre parti" ou la pluralité identitaire du chercheur
- Notes
- Bibliographie

« Il y avait également un petit groupe d'hôtes à la ferme qui y jouèrent un grand rôle, mais dont je ne parlerai pas autant que je l'aurais souhaité, car elles ne l'apprécieraient pas » (Blixen, 2005 : 237)

## Introduction

Les doctorants de ma génération, ayant entamé leur cursus d'ethnologie à l'aube du troisième millénaire ont, pour la plupart, été interpellés par leurs aînés sur les questions éthiques de la recherche sur le terrain en même temps qu'ils l'étaient sur les écueils du "trop réflexif" (Bromberger, 1997 ; Olivier de Sardan, 2000) ou de « l'hypocondrie méthodologique » (Albera, 2001 : 5). Corrélativement, l'apprentissage de cette génération s'est fait principalement entre terrains « minés » (Albera, *op.cit.*) et terrains « sensibles » (Bouillon *et al.* 2005) lesquels, en dehors de leurs similitudes concernant les risques physiques, symboliques, politiques et méthodologiques, présentent une différence au niveau de la relation « à trois » [1] (Agier, 2005 : 75) qu'ils impliquent : les premiers faisant état « d'une demande sociale » venant « d'en haut » et « d'en bas » (Albera, *op.cit.* : 11) alors que les seconds soulignent peut-être davantage l'horizontalité de cet "entre deux" dans lequel se trouve bien souvent le chercheur (Bouillon, 2005). Aujourd'hui, la combinaison de ces caractéristiques complexifie la position du chercheur qui se trouve confronté à l'hétérogénéité des demandes sociales et à la variabilité de leur échelle.

En anthropologie de la santé, la relation triangulaire est assez courante et peut-être même plus ancienne, puisque le chercheur se retrouve bien souvent "entre" les professionnels du soin (et souvent les institutions auxquelles ils appartiennent) d'une part, et les malades et leur entourage (quelquefois aussi les associations dans lesquelles ils militent) d'autre part. Etrangement, très peu de publications en font état en d'autres termes que méthodologiques, c'est-à-dire autrement que du point de vue de l'accès aux données. C'est à partir de cette position « d'entre deux » telle que je l'expérimente sur mon terrain de thèse que j'ai mené la réflexion qu'il nous a été donnée de partager dans ce numéro. Cette thèse porte sur les migrations sanitaires infantiles entre l'Union des Comores, Mayotte, La Réunion et la métropole. Le terme de « migration sanitaire » désigne un déplacement induisant le franchissement d'une frontière (spatiale, mais aussi administrative, socio-culturelle et technique) à visée thérapeutique et/ou diagnostique. Dans cette recherche, une migration sanitaire résulte tantôt de la volonté des familles (migrations non officielles qui peuvent être clandestines ou non), tantôt de celle des professionnels (évacuations sanitaires inter-hospitalières). Mes analyses concernent les migrations d'enfants issus de familles comoriennes vivant soit aux Comores (Union des Comores), soit à Mayotte (le plus souvent en situation irrégulière) [2]. L'utilisation du terme de « migration sanitaire » permet de prendre en compte l'ensemble d'une trajectoire de soins initiée clandestinement depuis l'Union des Comores et poursuivie institutionnellement à partir du CH (Centre Hospitalier) de Mayotte lorsque la vie de l'enfant est en danger. Par ailleurs, l'expression traduit aussi les cas d'enfants partis des Comores via des stratégies familiales et /ou communautaires pour atteindre les établissements hospitaliers en France [3]. Ces derniers cas de migrations ne sont évidemment pas quantifiables et demeurent assez

rare [4]. Une partie importante de mon terrain a néanmoins porté sur l'un d'entre eux (j'y reviendrai au cours de cet article).

Mes enquêtes n'ont pas été orientées directement vers les enfants : je n'ai pas établi d'échanges systématiques avec eux dans une perspective de collecte de données rigoureuse [5]. À cela deux raisons principales : la première est un choix épistémologique qui, depuis plusieurs années, m'amène à travailler autour de maladies infantiles sans pour autant me situer dans une stricte anthropologie de l'enfance. Mon travail concerne avant tout le système relationnel (formel et informel) qui s'agence et/ou se désagrège autour de l'enfant malade. La seconde témoigne de l'entrelacement complexe de l'éthique et de la méthode. Lorsque mes enquêtes m'ont menée auprès d'enfants, c'était souvent pour une durée limitée et ceux-ci étaient dans de telles souffrances qu'il était difficile de faire une intrusion ethnographique dans leur vie à ce moment de leur trajectoire. Engager une relation avec un enfant hospitalisé exigeait en outre que je situe cette dernière non seulement au sein de l'ensemble relationnel familial et/ou communautaire mais surtout professionnel, à savoir parmi les éducatrices, les bénévoles, les institutrices, les infirmières, les internes de pédiatrie et, surtout, les psychologues. C'est-à-dire tout le personnel qui participe quotidiennement à la prise en charge de l'enfant.

### **La “cohérence relationnelle” comme principe général de l'éthique en anthropologie**

En préalable à la présentation des principaux dilemmes relationnels rencontrés sur le terrain, il me paraît utile de relever deux distinctions qui clarifient la manière d'aborder et de définir l'éthique en anthropologie. La première porte sur le questionnement éthique et le questionnement méthodologique qui sont quelquefois traités avec les mêmes termes dans la littérature. Bien que liés parce qu'ils concernent tous deux le positionnement du chercheur et de la discipline, et parce que les choix et/ou les contraintes méthodologiques déterminent les questions éthiques autant que les questions éthiques orientent la méthodologie, l'analyse des enjeux que pose leur relation a tout à gagner à les distinguer. L'article de J. Favret-Saada (1990) me semble illustrer assez bien cela : alors que son titre suggère à première vue une réflexion éthique de la part de l'ethnologue, il s'agit en fait d'une réflexion strictement méthodologique puisque la position « d'être affecté » est présentée comme une condition d'accès aux données. En outre, démarche méthodologique et démarche éthique peuvent entrer en contradiction. Ainsi, et ce sera un des fils conducteurs de cet article, mener un terrain multi-sites est une option méthodologique répondant à un objectif épistémologique, notamment celui de suivre des trajectoires migratoires, mais contraint le chercheur — plus ou moins, tout dépend du cadre de la recherche — à ne rester sur chaque site que pour une durée limitée. Cette limite temporelle pose des questions de méthode supplémentaires, mais également des questions éthiques concernant la relation du chercheur à certains de ses interlocuteurs : effet de son passage et de sa recherche ; contre-dons honorés difficilement ou manqués ; relation ethnographique parfois très ordinaire (car ponctuelle) c'est-à-dire « pauvre[s] » (Favret-Saada, *op. cit.*) etc. L'éthique et la méthode entretiennent donc souvent des rapports complexes et conflictuels qui confrontent le chercheur à des dilemmes que seule une réflexion fondée sur des référentiels éthiques me semble en mesure de trancher. La notion

de réflexivité elle-même recouvre les deux préoccupations sans toujours clairement les distinguer. Si les travaux s'inscrivant aujourd'hui dans une approche réflexive usent d'un vocable se rattachant de manière indifférenciée à l'éthique et à la méthodologie c'est que la distinction qui leur importe se situe à un autre niveau : elle concerne celle entre le travail réflexif et les résultats scientifiques, en ce sens qu'une auto-analyse du chercheur n'est utile et légitime que pour autant que sa fin est extérieure à elle-même et vise à préciser ou augmenter la connaissance de l'objet (ou des sujets) de recherche [6]. Dans cet article le point de départ concerne la posture méthodologique du chercheur mais l'argumentaire focalise sur les dilemmes éthiques que suscite cette posture sans autre fin que de participer à la constitution d'un corpus de réflexions sur l'éthique de la recherche, maintenant qu'il est admis qu'on n'apprend pas à être éthique comme on apprend à marcher [7].

La seconde distinction à opérer concerne l'éthique *sur le terrain* et l'éthique *sur les données*. Cette distinction permet me semble-t-il de situer dans le procès de recherche les deux principaux niveaux du questionnement éthique en anthropologie. Le premier, qui correspond à l'éthique *sur le terrain*, interroge le chercheur dans sa relation aux personnes auprès desquelles il enquête. Le consensus actuel serait d'instaurer une position « ni trop proche, ni trop éloignée » permettant de reconnaître « chez nos hôtes les sujets qu'ils sont dans toute leur autonomie revendiquée » tout en demeurant dans une « position d'engagement critique qui garantit notre propre autonomie de chercheur et de citoyen » (Agier, 1997 : 75-76). Cette position intermédiaire n'excluant évidemment pas un certain nombre de difficultés méthodologiques d'accès aux données (comme en avait témoigné — avant que ces difficultés ne soient identifiées de manière systématique dans les travaux anthropologiques — le travail de J. Favret-Saada) ou proprement éthiques lorsqu'un événement tel qu'un coup d'Etat sur le terrain confronte l'ethnologue au « malaise éthique » d'être à la fois dedans et dehors (Cretton, 2002). Le second niveau du questionnement correspond à l'éthique *sur les données* et confronte le chercheur à la dimension socio-politique de son savoir, c'est-à-dire à la manière d'en rendre compte sur la scène publique. C'est aussi, plus fondamentalement, la « dimension éthique du savoir anthropologique lui-même » en tant que « discours sur les autres » (Bonte, 1993 : 59) qui est en jeu. Il faut indiquer un troisième niveau [8] qui recoupe les deux premiers : il est illustré par la définition que le Conseil National du Développement des Sciences Humaines et Sociales a donnée de l'éthique, à savoir, « un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect de valeurs jugées plus hautes que la liberté du chercheur » (cité par Bonnet, 2003 : 5). Cette triple préoccupation éthique est assez bien traduite, me semble-t-il, par ce que D. Fassin nomme « souci de responsabilité » :

« le souci de responsabilité se manifesterait moins dans l'attention aux conséquences prévisibles que dans la préoccupation de l'anthropologue d'être conséquent vis-à-vis de lui-même et des autres. Être conséquent serait être épistémologiquement, éthiquement et politiquement cohérent, aussi bien dans son rapport au terrain et à ses acteurs que dans les rapports au monde professionnel et aux demandes institutionnelles hors de son terrain » (2005 : 99).

Cette notion de “rapport” est d’ailleurs aux fondements du sens de l’éthique comme l’indiquent les analyses de J.-L. Genard (1992) à propos des cinq niveaux de codification éthique pouvant se subsumer en trois, dans les rapports à soi (Je), à l’autre (Tu), et aux institutions objectivées (Il). La perspective que je propose d’adopter ici est précisément celle de la cohérence des rapports à l’autre et à soi. Elle consiste à en explorer les dilemmes « en acte » (Paillet, 2007) et ce, exclusivement *sur le terrain*.

En tant qu’« ensemble de relations personnelles où “on apprend des choses” » (Agier, 2004 : 35), l’expérience de terrain interroge le chercheur sur la cohérence des relations qu’il entretient avec ses interlocuteurs, c’est-à-dire aussi avec leurs représentations, leurs pratiques, leurs actions et leurs besoins implicites et explicites. Les situations et les questions qui vont être exposées dans cet article sont donc loin d’être singulières, mais peut-être certaines d’entre elles condensent des enjeux propres à certains objets ou approches de l’anthropologie : les phénomènes migratoires, les enquêtes pluri-localisées, et les « terrains sensibles ». En effet, si chaque terrain a ses spécificités, le mien en a trois : c’est un terrain sensible comprenant, outre les composantes de vulnérabilité socio-économique, administrative et psychique propres à certaines trajectoires migratoires, celle de souffrance somatique — et souvent de danger de mort — à l’origine des réagencements biographiques des personnes. C’est également un terrain qui se déploie sur plusieurs sites impliquant une discontinuité des contextes géographique, culturel, social, politico-économique, juridique et technique. Je le désigne comme étant « multi-sites » (Marcus, 1995) parce qu’il y est question de suivre — *in situ* ou le plus souvent *a posteriori* — des personnes (les enfants), des biographies (celles des familles), des représentations de la maladie (biomédicales et profanes) et, quelquefois, des choses (photographie, objet personnel, échantillon de sang etc.). La suite montrera qu’outre le fait de les suivre, il s’agira aussi, ponctuellement, d’en transporter certaines. De telle sorte que je parlerai aussi de terrain “inter-sites” afin de mettre l’accent sur les liens qu’établit le chercheur entre les sites. Enfin c’est un terrain qui consiste à enquêter auprès des familles [9] et auprès des professionnels [10]. Ce qui amène à s’interroger sur les rapports que construit et/ou “subit” le chercheur avec chacun de ces deux groupes (lesquels doivent évidemment être subdivisés en catégories de rôles et de fonctions) eu égard aux rapports que ces derniers entretiennent entre eux.

Qu’en est-il dès lors de la cohérence éthique du chercheur dans un contexte de discontinuité des sites et des acteurs ? Dans une démarche prospective indiquant des pistes de réflexions, je propose d’analyser des situations ethnographiques où la position du chercheur *entre* les professionnels et les familles, mais aussi *entre* les sites, suscite des questions éthiques spécifiques. Ponctuellement, seront évoquées des situations où l’éthique du chercheur est pensée dans sa relation non plus aux acteurs mais à leurs dilemmes éthiques propres.

### **Premiers sauts dans l’éthique ou la question du rôle du chercheur**

Le projet de thèse de départ s’est construit en juin 2004, en réponse à la sollicitation de mon laboratoire de recherche par une psychologue d’un service d’hématologie pédiatrique marseillais. Il n’y avait pas réellement de demande précise de sa part, davantage un désarroi auquel était liée la

volonté d'associer l'anthropologie à un projet d'amélioration de l'accueil des « enfants venus d'ailleurs ». Ce projet — qui mobilisait le service social de l'hôpital d'enfants — avait été impulsé après trois hospitalisations successives d'enfants « comoriens » [11] durant lesquelles le protocole classique de la prise en charge (globale) n'avait pu être mis en œuvre convenablement, le fonctionnement de l'équipe s'étant désorganisé et certains de ses membres ayant été affectés au delà du seuil implicite de ce service. Le contexte d'hospitalisation pouvait expliquer ces effets : enfants arrivés seuls [12] ; sans affaires personnelles ; peu d'informations à disposition de l'équipe sur leur origine et leur famille ; communication avec la famille difficilement mise en place ; communication complexe avec certains professionnels des établissements d'origine ; communication avec l'enfant sur place obérée par la langue et la culture ; difficultés administratives et juridiques spécifiques du point de vue des assistantes sociales etc. En outre, l'issue médicale pour chaque enfant avait été malheureuse et l'un d'entre eux était décédé sans sa famille, au milieu de « souffrances atroces » et dans un état de « marasme » (termes employés plusieurs fois par des membres de l'équipe à mi-chemin entre la description profane et la catégorisation nosologique). La mise en place effective du projet avait d'ailleurs débuté suite à cette expérience : « plus jamais ça, plus jamais un enfant ne mourra dans ces conditions dans ce service » s'était promis la psychologue. C'en était en effet trop pour cette professionnelle qui avait expérimenté les évolutions du champ de la pédiatrie en France. L'incipit de cette recherche s'élabora donc dans un registre éthique.

On me parla de ces trois enfants. Deux d'entre eux, ceux qui avaient été seuls dans le service pendant plusieurs mois, animaient davantage la mémoire collective de l'équipe. Je travaillais tout d'abord auprès du service social et consultais leur dossier afin d'obtenir des informations "objectives" sur leurs trajectoires concernant les dates, les personnes impliquées, les adresses etc. Je fus interpellée par les difficultés qui y transparaissaient concernant le rapatriement du corps pour l'un d'entre eux et, pour un autre, le renvoi en soins palliatifs afin qu'il puisse mourir auprès de sa mère. Mon premier contact avec le "groupe" des malades et de leur famille fut donc médiatisé soit par le discours des professionnels (psychologues, infirmières et assistantes sociales), soit par l'écrit des assistantes sociales. C'était la première fois que je travaillais sur des biographies d'individus morts. Souvent je ressentis une sorte de malaise à être tranquillement isolée dans un des bureaux du service social, manipulant et consignait des morceaux de vie d'enfants défunts. C'était une caricature assez sinistre de l'ancienne relation verticale et unilatérale entre ethnologue et enquêtés : j'avais à ma disposition des informations que les parents eux-mêmes ne détiendraient jamais, concernant des acteurs sociaux — tout enfants soient-ils — qui n'étaient plus là pour participer, d'une manière ou d'une autre, au procès de la recherche. Ces premières impressions se sont faites plus discrètes lorsque s'est mis en place le projet de rencontrer les mères de ces enfants, ainsi que les professionnels de la Réunion et de Mayotte qui les avaient connus. N'était-ce pas finalement une manière de reconstruire une trajectoire que personne ne se représentait, une manière de faire exister l'ensemble des étapes d'un voyage que seul l'enfant avait effectué ?

Les dossiers sociaux de ces enfants mettaient en avant la complexité du dispositif institutionnel d'évacuations sanitaires [13]. Les enfants en provenance de Mayotte dont on est en mesure de prévoir une pathologie



non traitable à la Réunion, y transitent systématiquement pour des raisons administratives et de communications aériennes. La prise en charge des évacuations sanitaires incombe à une enveloppe AME (Aide Médicale Etat) de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) de la Réunion et il faut l'accord d'un médecin inspecteur pour que le transfert ait lieu. Cependant, avec l'installation de la sécurité sociale à Mayotte en mars 2005, les enfants de familles françaises d'origine mahoraise sont désormais pris en charge par la sécurité sociale. Cette réforme sanitaire, qui met fin à un système de soins gratuits pour tous (Comoriens vivant sur place ou parvenant à atteindre l'île clandestinement), implique un accès aux soins limité à Mayotte pour tous les individus non affiliés [14].

Bien que je me sois présentée systématiquement comme doctorante en anthropologie de la santé, ma position dans l'ensemble du dispositif d'évacuation sanitaire (Mayotte-Réunion-Métropole) a différé selon les sites, les fonctions des professionnels (mais aussi leur personnalité et leur engagement dans la question de l'accueil des « enfants venus d'ailleurs »), la durée et le type d'ethnographie que j'y faisais. Or, la nature de la sollicitation du chercheur par un professionnel marseillais l'engageait à prendre part à l'amélioration de l'accueil des enfants, ainsi que l'était intitulé le projet auquel l'anthropologie avait été conviée. La position d'observatrice ne suffisait pas à légitimer ma présence à mes propres yeux et souvent aussi, plus ou moins explicitement, aux yeux des professionnels. Je fus confrontée à cette insuffisance assez rapidement. L'arrivée de Lutfi [15] — dans un contexte de migration non institutionnelle — en novembre 2004 dans le service d'hématologie pédiatrique, dont le voyage de Grande Comore à Marseille (via un arrêt à Paris dont la durée était difficilement quantifiable) était un mystère pour l'équipe, animait les intérêts notamment parce que sa présence ravivait celle de la petite fille décédée un an plus tôt. Le fait que mon ethnographie dans le service ne concernait alors que cette enfant rendait mon travail aux yeux des autres (et de moi-même) aussi peu défini que visible. Un matin, alors qu'était prise la décision de greffe de moelle pour Lutfi et que cela impliquait de récupérer les échantillons de sang de sa fratrie aux Comores pour trouver un donneur, le chef de service m'interpella au cours du staff : « *alors pour les tubes, où ça en est ?* ». Tout récemment avait été éclairci le fait que je n'étais pas une stagiaire psychologue et par cette interpellation, on me faisait exister au sein de l'équipe. De malentendus en malentendus on comptait désormais sur moi pour organiser le convoyage, voire m'en charger. Ma réponse fut assez pitoyable : « *mais je ne m'occupe pas des tubes, je ne peux pas prendre cette responsabilité, je n'interviens pas dans la procédure médicale... je l'observe* » [16]. « Quel était alors mon rôle ? » interrogea le chef de service. Cette anecdote met au jour les logiques d'efficience et de répartition des tâches qui sous-tendent l'action médicale. Dans un contexte où je ne suis pas clairement identifiée, ces logiques peuvent expliquer que la demande que m'adresse ce médecin ne suscite pas chez lui de questionnement éthique. En outre un objectif médical (effectuer les tests d'histocompatibilité sur les échantillons de sang de la fratrie en vue d'une greffe de moelle intra-familiale) devait être atteint quels qu'en soient les moyens. Un « système D » s'était alors rapidement mis en place dans lequel intervint un médecin extérieur au service qui, travaillant sur les maladies parasitaires, disposait d'un contact médical en Grande Comore. Ce dernier se rendit au village faire les prises de sang, stocka les échantillons dans des tubes préalablement envoyés par

l'hôpital, et les confia à un voyageur allant à Marseille, lequel les remit à un dernier intermédiaire afin que le paquet soit porté à l'EFS [17]. Au village, cette visite déclencha des rumeurs — qu'il serait trop long de détailler ici — sur la qualité du sang de l'ensemble de la famille de Lutfa. Si bien qu'en août 2005 en Grande Comore — alors que la mère qui avait accompagné une des sœurs de Lutfa pour le don de moelle se trouvait à Marseille — le père refusa que je le rencontre chez lui et vint me rejoindre en ville. La famille ne pouvait souffrir une seconde venue étrangère au village — *a fortiori* de France.

Si besoin en était, cet épisode souligne le fait que les dilemmes du chercheur sur son rôle dans le dispositif ne se posent pas dans les mêmes termes chez les acteurs. En outre, en illustrant l'ambiguïté de la position du chercheur au sein — ou plutôt à côté — d'une équipe médicale, il a mis en évidence une caractéristique forte de l'objet de recherche : la chaîne opératoire de l'institution comportait des vides qu'il allait s'agir d'identifier à l'aune de différentes échelles de distance (sur une étape hospitalière ou sur l'ensemble du dispositif d'évacuation sanitaire). D'un point de vue éthique, il est venu cristalliser une question que je n'osais pas encore formuler car mon terrain en était à ses prémices : quel était exactement mon rôle là où je prétendais enquêter (Bensa, 1993 : 23) ? C'est-à-dire, finalement, là où des gens se mobilisaient, à un titre ou à un autre, en faveur du bien de l'enfant et de sa famille. La position que j'ai occupée sur ce terrain inter-sites et inter-acteurs a finalement été celle d'une sorte de médiatrice polyvalente. Colporteuse et parfois traductrice culturelle de nouvelles et d'informations dans les deux sens ; courroie de transmission de l'information ; convoyeuse de personnes et/ou d'objets ; accompagnatrice de familles. J'étais la seule qui circulais dans le dispositif et cette position, sans avoir été préalablement anticipée, s'est co-construite : de mon côté elle répondait à la fois à la question de l'accès aux données et à celle du rôle du chercheur sur son terrain, du côté des professionnels et des familles elle venait combler des vides, des écarts ou encore des absences (de sens, d'organisation, de communication, de transport, d'espoir, de souvenir etc.). Si cette position de médiatrice était avant tout méthodologique dans la mesure où elle permettait un accès aux données, les avatars qui la composaient débordaient la méthode. L'un d'entre eux a suscité un questionnement éthique tout au long de la recherche, nous en proposons ici une analyse *a posteriori*.

### **Le dilemme de la transmission d'informations**

Roimatou est une petite fille originaire de Moroni dont j'ai rencontré le père en août 2005 alors que sa mère venait de partir avec elle à Anjouan afin de prendre un kwassa-kwassa [18] pour Mayotte. En février 2007, elle était suivie pour une durée indéterminée à l'hôpital de Saint-Denis, atteinte d'une maladie de Castelman. J'en suivrai la trajectoire tantôt in situ, tantôt *a posteriori*, de Mayotte à la Réunion en passant par un service d'hématologie en région parisienne où elle avait été hospitalisée dans un objectif diagnostique. Lorsque je rencontre la mère de Roimatou à la Réunion en janvier 2007, elle m'explique qu'à Moroni, sans pour autant lui donner une information sur la maladie de son enfant, on lui a dit qu' « *ils ne pouvaient rien faire* », et qu' « *il fallait qu'elle parte à l'étranger en Afrique du Sud, à Mayotte, à la Réunion ou en France, mais pas à Zanzibar ou à Madagascar parce que ça ne servirait à rien* ». Lorsque les médecins de Moroni disent qu'il faut partir à l'étranger et citent Mayotte, ils suggèrent dans une sorte de code implicite de prendre

le kwassa-kwassa. Autre contexte, autre situation : à Mayotte j'assiste un jour aux retours d'évacuations sanitaires d'enfants. C'est le week-end, le médecin de garde n'est informé que de deux des trois retours. Une mère et son fils qui vient de rentrer suite à une hospitalisation pour un problème de rein attendent de pouvoir retourner chez eux. Le médecin sait que cet enfant devra être greffé en métropole dans quelques années. Elle demande à la mère si elle a compris le « problème » de l'enfant, laquelle répond que c'est un problème de sel puisqu'on lui a interdit de manger du sel. Le médecin, sans expliquer la raison de cette proscription, indique qu'il s'agit des reins : « on sait que ses reins ne vont bientôt plus marcher du tout et alors il faudra le renvoyer en France ». Personne n'est là pour traduire en mahorais. La mère repart avec son enfant. Dernier contexte, dernière situation : en métropole lors du rendez-vous pré-greffe de Lutfi sont présents un médecin, la mère, une psychologue et une infirmière — dont l'origine comorienne et les compétences linguistiques ont été découvertes par l'équipe à l'occasion de l'hospitalisation de Lutfi. Le médecin recourt à une métaphore mettant en scène un jardin, une plante et une graine, pour tenter d'expliquer ce qu'est une greffe. Alors qu'il ne sait comment traduire que la petite fille a 50% de risques d'être stérile, la mère de Lutfi dit à l'infirmière que sa sœur lui donnera un enfant [19].

Ces trois situations pourraient ne mettre en scène qu'une seule et même famille. Le déroulement de chacune peut s'expliquer par diverses raisons (culturelles, sociales, contextuelles, techniques etc.) et ce n'est pas l'objet ici de les préciser. Indiquons simplement ce qu'un médecin exerçant à la Réunion me lança un jour : « on a des gens à Mayotte qui sauvent, pas qui soignent ». Cela met en évidence le fait que les conditions d'exercice de la médecine, les pratiques déontologiques et les relations entretenues avec les malades forment un ensemble complexe qui s'agence de manière différente le long de la chaîne hospitalière. Ainsi faut-il insister sur la diversité des contextes de vie et de soins et constater que les principes éthiques [20] sur lesquels les professionnels se distinguent, s'interrogent ou achoppent (la confidentialité, l'autonomie du malade et le droit à l'information) retentissent sur la position de médiateur du chercheur entre les professionnels et les familles. Dans cette perspective ces trois situations posent un cadre à partir duquel je voudrais pointer deux dilemmes que j'ai rencontrés en occupant sur la chaîne hospitalière la place de "colporteuse" d'informations et, quelquefois, de collaboratrice. Le premier concerne le regard que j'adoptais vis à vis de la diversité des pratiques professionnelles autour de l'information : il était impossible de conserver un regard "homogène" en cheminant sur les étapes de soins, l'enjeu de l'observation étant de s'adapter aux normes pratiques en vigueur à chaque étape. Néanmoins, à plusieurs reprises j'intervins spontanément pour apporter une précision qui semblait importante ou pour reformuler une explication donnée par un professionnel. *A posteriori*, je constate que ces réactions intervenaient à l'aune du contexte de soins dans lequel je me trouvais, c'est-à-dire des pratiques habituelles des professionnels à l'égard des familles. Jusqu'où le chercheur observant des pratiques de soins doit-il rester en retrait ? Cette question se pose de manière accrue à des anthropologues de formation médicale assistant à des actions thérapeutiques ou diagnostiques qu'ils jugent erronées. Corollairement, le second dilemme concerne le type d'informations que je donnais moi-même aux familles et aux professionnels. Je côtoyais la plupart des familles en dehors de la sphère hospitalière, laquelle sphère était aussi un lieu où j'évoluais sans la présence des familles. Et toutes

savaient et constataient que j'entretenais en leur absence des relations, pour certaines amicales, avec les professionnels. De sorte qu'il était juste de supposer que je détenais des informations, maîtrisais des codes, des procédures administratives et que, forcément, j'avais un certain pouvoir. Or, n'étant pas médecin, j'ignorais réellement certaines données médicales et m'appuyais aussi sur cette ignorance, mais la question du degré et du contenu des informations à délivrer aux familles s'est toujours posée.

J'ai souvent procédé en demandant à certains membres de l'équipe ce qu'ils supposaient que la famille savait, et ce que la famille était en droit de savoir à ce stade (possibilité de départ, de retour, stade de la maladie etc.). En fonction de cela, j'expliquais. Mais toujours a persisté cette impression désagréable de "petites trahisons" envers les uns et les autres. J'avais par ailleurs accès aux dossiers médicaux alors même que, en métropole, à la Réunion ou à Mayotte, les familles ignorent qu'elles ont droit d'y accéder et, pour la plupart, ne seraient pas capables de les déchiffrer. Tout cela me mettait dans la position des professionnels dont j'observais les pratiques de gestion des informations. L'inconfort de la position d'intermédiaire dans la transmission des informations concernant l'enfant est ressentie de manière accrue par les personnes de la communauté — en l'occurrence comorienne — qui interviennent dans la prise en charge ou dans l'hébergement. Par le jeu du hasard [21], l'une d'entre elles était arrivée jusqu'à la chambre d'une nouveau-née hospitalisée pour une leucémie en métropole en 2006. Son rôle de « visiteuse » fut rapidement négocié et, sans pour autant avoir un statut officiel (par exemple de bénévole associative), elle devint un relais pour les professionnels. Le critère de la « proximité culturelle » — toute approximative soit-elle — fit d'elle, originaire de Grande Comore, une médiatrice avec la famille de l'enfant, originaire d'Anjouan et en situation irrégulière à Mayotte. Lorsque je la questionnai, cette personne décrit ses difficultés à communiquer avec la mère du bébé au téléphone. Elle ressentait un décalage entre les questions de la mère concernant son enfant — « *est-ce qu'elle sourit ?* » « *est-ce qu'elle pleure beaucoup ?* » — et la réalité de la situation thérapeutique. Comment annoncer à cette mère que son enfant avait un « cancer [22] » alors même que, « *les Comoriens, dès qu'ils entendent "opération", c'est la catastrophe* » ? Comment endosser le rôle de l'annonceur de la mauvaise nouvelle et, que l'on s'y soustraie ou non, quels mots choisir ?

Le sentiment d'inconfort partagé entre le chercheur et cette personne de la communauté me semble mettre en évidence la dimension relationnelle profane qui se jouait dans la transmission des nouvelles. Le don d'informations aux familles était avant tout un contre-don, c'est-à-dire une action de donner qui s'inscrit dans un cadre dépassant celui de la recherche. Poser la neutralité axiologique comme un "garde fou" indiquant un seuil au delà duquel le chercheur doit rester à sa "place" et ne pas faire — ou mal faire — un travail qui n'est pas le sien, ne suffisait évidemment pas toujours. Ainsi, dans le sillage de la perspective discutée par Boltanski (1990) le contre-don me semble-t-il être avant tout une manière de nouer une relation globale qui ne se limite pas à la recherche, d'apparaître comme un sujet aux yeux de la personne auprès de laquelle on enquête tout en lui affirmant réciproquement son statut de sujet global. Et, si tant est que les familles ne se soient jamais perçues comme des « sujets de recherche », elles ne s'y reconnaissaient certainement pas lorsqu'elles demandaient au chercheur des nouvelles de leur enfant.

À l'inverse de la transmission d'informations à destination des familles, connaître ces dernières à l'extérieur de la sphère hospitalière — c'est-à-dire partager divers moments de leur intimité à domicile — exhorte à une évaluation constante de ce que l'on dit et ce que l'on ne dit pas aux professionnels. Informer les professionnels sur divers éléments concernant les familles consiste à décrire des logiques d'action pouvant rendre compte de certains comportements problématiques ou inexplicables pour les professionnels et, souvent, en ce qui concerne mon terrain de thèse, à les justifier. Cependant, je taisais aussi certains éléments de la vie des familles (notamment certaines représentations de la maladie et recours aux soins populaires) dont la juste compréhension supposait un long préalable anthropologique concernant le « grand partage ». Quelle est en effet l'attitude la moins nuisible ? Délivrer certains éléments concernant les familles qui pourraient éclairer des difficultés de la prise en charge ou se taire afin d'éviter tout risque de stigmatisation [23] ? Pour un même site j'ai donné à certains professionnels des informations concernant les familles que je taisais aux autres, de sorte que la collaboration avec l'ensemble d'une équipe passait par un « collaborateur privilégié ».

Si tout cet ensemble relationnel ne me paraissait *in fine* pas si incohérent, c'est que j'étais ponctuellement chargée par les uns et les autres, implicitement ou explicitement, de transmettre de l'information qui ne pouvait l'être autrement. Dans cette recherche, la transmission d'information aux familles, qu'elle soit médicale ou tout simplement liée au contexte de vie de l'enfant lorsqu'il a été transféré seul, constitue la modalité de contre-don la plus intriquée avec le travail de recherche. Cela explique peut-être que cette transmission confronte le chercheur à la question du secret professionnel dès lors que son ethnographie le place entre les familles et les professionnels et entre des formes locales de transmission et d'usage de l'information.

### **Le « care » et le dilemme des contre-dons inégaux**

Est-il utile de rappeler que la position d'endettement est constitutive de celle du chercheur, puisque sa fonction consiste à s'introduire au sein de réalités sociales plus ou moins privées et, presque systématiquement, à prendre du temps et de la disponibilité aux acteurs ? La genèse d'une enquête, les situations de vie des acteurs, les lieux et les contextes de rencontre ethnographique modulent cet endettement « d'origine ». Ici, la question du support relationnel des contre-dons et le dilemme autour de leur inégalité concerne davantage les familles que les professionnels. En effet, alors que la restitution des analyses est une modalité anticipée, formelle et homogène de contre-don auprès de ces derniers, en revanche rien n'indiquait a priori une modalité de contre-don envers les familles.

Suivant la perspective exposée plus haut, le contre-don répond à la question du rôle du chercheur sur son terrain parce qu'il manifeste une « attitude de sollicitude » à l'endroit de ses interlocuteurs (Brugère, 2006) qui dépasse le cadre de la recherche ou, tel que décrit ci-dessous, un « souci des autres » comme on le manifeste dans notre vie ordinaire :

« A la fois réponse pratique à des besoins spécifiques qui sont toujours ceux d'autres singuliers (qu'ils soient proches ou non), activités nécessaires au maintien des personnes qu'elles soient "dépendantes" ou "autonomes", travail accompli tout autant dans la sphère privée que dans le public, engagement à ne pas traiter quiconque comme partie négligeable, sensibilité aux "détails" qui importent dans les situations vécues..., le *care* est nécessairement une affaire concrète, collant aux particularités des situations et des personnes [...] Ni principe général (ontologique), ni valeur morale abstraite, le souci des autres (autre traduction possible que nous proposons ici) n'a rien de spectaculaire, il fait partie de ces phénomènes vus mais non remarqués assurant l'entretien (en plusieurs sens, dont celui de la conservation et de la préservation) d'un monde humain » (Paperman et Laugier, 2005 : 10)

Cette notion de « care », telle qu'elle est présentée, c'est-à-dire sans limiter sa traduction à la sphère du soins, me semble mettre au jour une dimension fondamentale de la posture éthique du chercheur — à condition de s'autoriser à l'utiliser hors d'une perspective féministe. Plus précisément, elle rend compte de la manière dont l'ethnologue, à un moment ou à un autre de sa recherche, fera passer la dimension éthique en dessus des objectifs méthodologiques et épistémologiques [24]. Cela est particulièrement visible dans les situations où le chercheur évite en entretien certaines questions ou l'approfondissement d'un sujet qui entraîneraient malaise et/ou souffrance chez son interlocuteur [25] (Marche, 2006 : 55-56 ; Sturzenegger, 1999 : 22). La perspective du « care » permet aussi de reformuler la problématique du rôle d'accompagnement (psychologique, social, etc.) que le chercheur est souvent amené à occuper, volontairement ou involontairement, explicitement ou implicitement (Marche, *op. cit.* ; Monjaret, 2001 ; Cohen, 2002). Plus fondamentalement, poser le « care » comme étant au cœur de la relation ethnographique met en exergue le fait que l'ethnologue est par définition celui qui sait se défaire de son statut d'enquêteur au moment même où il enquête. Cela ne se fait pas nécessairement au détriment des objectifs épistémologiques dès lors que l'on admet qu'il n'y a pas toujours de « contradiction entre sensibilité et connaissance, *care* et rationalité » (Laugier, 2005 : 339). L'ethnologue est finalement celui qui ne se situe pas dans un travail "officiel" du « care » comme il peut l'être dans certains métiers comme celui d'infirmière (Molinier, 2005), et c'est cette différence qui explique en partie la problématique du « care » dans la relation ethnographique. Les relations ethnographiques sont donc un lieu privilégié du « care » qui participe de chaque contre-don sans pour autant s'y réduire. Lorsque ces relations se tissent hors du cadre institutionnel de travail (comme par exemple avec des familles rencontrées hors du cadre hospitalier), la « sollicitude » devient quelquefois le seul support de la relation ethnographique. Et, comme en témoigne l'hospitalité dont peut bénéficier le chercheur de la part des personnes auprès desquelles il enquête, la « sollicitude » peut être initiée par l'« Autre » tout autant que par l'ethnologue. Tout cela amène à penser que le « care » ne s'exerce bien souvent qu'en « hors piste » (Doquet, 2007) et que cette voie, loin de devoir s'opposer au « sentier battu » sur lequel seulement on répondrait au statut de chercheur, se trouve au cœur de l'ethnographie.

Les enquêtes multi-sites telles que je les ai menées correspondaient à des durées et des implications différentes de sorte qu'il a bien fallu admettre qu'il était impossible de donner et rendre du « care » de manière équivalente alors même que les données concernant les acteurs étaient quelquefois heuristiquement équivalentes. Les liens tissés avec certains parents (par exemple avec la famille de Lutfu à Marseille) sont incommensurables avec ceux d'autres familles parce que les conditions matérielles s'y prêtaient. La proximité et la durée des liens ethnographiques, tout en ouvrant un accès à des données "micro", impliquaient proportionnellement le « double » (Cohen, *op.cit.*) du chercheur. A Mayotte, la temporalité de la recherche a joué comme une limite, empêchant par exemple la réparation d'effets négatifs de contre-dons "ratés". Ce fut le cas avec le père de Mariama que j'avais rencontré à Mayotte en 2005 alors qu'il était en situation irrégulière et attendait le retour de sa fille transférée à Paris. Lorsque je retourne le voir en février 2007 je l'accompagne un matin à la Préfecture de Mayotte où il obtient enfin son récépissé de demande de titre de séjour (en tant que parent d'enfant malade). Enjoués, nous nous rendons ensuite au service d'aide alimentaire du Conseil Général dont il avait reçu jusqu'à présent des réponses négatives. Mon enthousiasme est tel que je me mets en position de "faire pression" dans ce service. Les effets seront désastreux. L'interlocuteur, méfiant et irrité devant la présence de cette *mzungu* (« blanche ») me demande à quel titre j'accompagne cette personne (qu'il connaît et qui n'est pour lui qu'un Anjouanais de plus venu profiter des avantages de son île) [26]. J'ai beau arguer que c'est au père de Mariama de décider s'il accepte ou non que j'assiste à l'entretien, cela aboutit *in fine* à repartir du service sans n'avoir bénéficié d'aucun entretien. Je devais quitter bientôt Mayotte sans avoir réparé les dommages auprès du service d'aide alimentaire. L'expérience d'échec de cette intervention du chercheur hors du cadre de recherche témoigne de la spécificité du contexte social de Mayotte et rentre en écho avec celles que m'avait précédemment contées ce père (et d'autres personnes en situation irrégulière).

### **Conclusion : "prendre parti" ou la pluralité identitaire du chercheur**

Sans la traiter ici, une question mérite d'être posée pour finir. Comment les « mécanismes de gestion des dilemmes éthiques » (Massé, 2000 : 22) des professionnels, des familles et du chercheur retentissent-ils les uns sur les autres durant le terrain ? Le chercheur, pour autant qu'il en serait capable, n'est évidemment pas censé résoudre les dilemmes des acteurs auprès desquels il enquête, alors même qu'il en recueille les tenants et les aboutissants et que ce recueil de données peut susciter chez les personnes une forme d'espoir. Cependant, il est implicitement ou explicitement pris à parti dès lors que les dilemmes des uns ne sont pas reconnus par les autres, par exemple lorsque l'accueil et/ou la prise en charge des enfants (dans les cas où l'hospitalisation est, pour des raisons médicales, momentanément interrompue ou terminée) par les familles fait l'objet de jugements critiques chez les professionnels. Ainsi le père de Mariama — revenue grabataire de son transfert pour une tumeur cérébrale — était-il confronté à diverses alternatives : rester à Mayotte ou rentrer à Anjouan avec sa fille ; accepter des petits travaux pour payer le loyer et la nourriture ou rester auprès de sa fille quotidiennement etc. Il lui était cependant reproché par certains professionnels hospitaliers de ne pas s'en occuper correctement (soit qu'on la trouvait sous-alimentée, soit

« repliée » sur elle-même) et d'utiliser son état de santé à des fins d'installation à Mayotte. Lors d'un entretien, il manifesta explicitement un découragement à ce que ses difficultés administratives et matérielles ne soient plus considérées par ceux-là même qui avaient participé à sauver son enfant : « *j'ai honte parce que X [l'assistante sociale] croit que je veux juste les papiers* ». Les plaintes qu'il m'adressait concernant l'image que les professionnels avaient de lui étaient-elles une manière de m'investir d'une charge qu'il me savait en position d'assumer ? Au regard des informations que je détenais, je contestai les interprétations accusatrices auprès du professionnel que je connaissais le mieux : non, le père de Mariama n'a pas cessé d'emmener sa fille aux séances de kiné parce qu'il a trouvé une autre épouse à Mayotte — la sienne étant restée à Anjouan avec les autres enfants — mais parce que les taxis refusent de transporter une handicapée appareillée à cause de la durée de la course ; et la femme aperçue chez lui n'est pas une autre épouse mais sa belle-sœur arrivée récemment pour, précisément, s'occuper de Mariama lorsque celui-ci obtient un travail à la journée.

Qu'il s'agisse de l'usage sur le terrain que fait le chercheur des informations qui lui sont données ou, plus largement, des compromis qu'il tente entre « le rôle attendu de chercheur détaché de son objet » et sa « responsabilité individuelle » (Cohen, *op. cit.* : 83) c'est-à-dire entre méthode et éthique, le chercheur est amené à prendre position à l'égard des uns et des autres. Et force est d'admettre que, le plus souvent dans un registre prosaïque, le chercheur est interpellé par les acteurs pour autre chose que ses "compétences" en sciences sociales : qui ce professionnel, à Mayotte, de demander de transmettre tel document administratif à un parent qui ne peut plus se déplacer à cause des interpellations de la PAF, qui cet autre en métropole de proposer d'aller attendre un parent à l'aéroport, qui cette famille d'accueil d'appeler en catastrophe pour amener aux urgences la mère de Lutfu laquelle, à peine arrivée en France pour être auprès de sa fille, succombait à une diarrhée aiguë, etc. Ces "parenthèses identitaires" auguraient d'ailleurs des situations d'observation intéressantes. Lorsqu'elles en signaient la transformation, comme dans le cas de prises de position au sein de malentendus conflictuels, elles n'évinçaient pas pour autant mon identité de chercheur dans les relations ethnographiques : chacun la connaissait puisqu'elle justifiait implicitement ma présence à tel endroit à tel moment. De sorte que l'identité du chercheur, pour autant qu'elle demeure prioritaire au cours des enquêtes et dans l'analyse des données [27], joue finalement le rôle de support à partir duquel d'autres manifestations identitaires se déploient, et donc d'autres relations avec les interlocuteurs.

L'analyse des dilemmes éthiques rencontrés sur le terrain emmène donc à s'interroger sur la pluralité des postures ethnographiques. Dans cet article j'ai exposé les avatars identitaires que j'ai été amenée à occuper sans m'attarder pour autant sur d'autres aspects, marqués par des déterminants donnés, comme le sexe et l'âge [28], la situation de voyageuse, d'étrangère, d'étudiante, etc. La pluralité des figures du chercheur est donc un fait plus que commun. Le thème de ce numéro m'a permis de montrer, je l'espère, que cette pluralité pouvait être pensée autrement que comme un écueil d'ordre méthodologique. D'une part parce que l'attitude de « care » qui traverse l'ensemble des figures du chercheur déployées dans les relations ethnographiques — et donc chacun des contre-dons, des prises de position etc. — maintient une



cohérence d'ordre éthique entre ces différentes figures. D'autre part parce que nos interlocuteurs, professionnels ou non, sont finalement plus habitués qu'on ne se l'imagine à jongler avec les identités plurielles, les leurs, mais aussi les nôtres. Et un ethnographe n'est bien souvent pour eux, après tout, rien d'autre qu'un acteur pluriel. Ainsi, peut-être la réflexion éthique à partir de terrains « sensibles » inter-sites et inter-acteurs permet-elle d'enrichir les interrogations méthodologiques contemporaines concernant la pluralité identitaire du chercheur qui est souvent décrite comme marque d'incohérence méthodologique. Pour l'heure, il en ressort que le chercheur qui est amené à se considérer lui-même comme il considère les acteurs auprès desquels il enquête, à savoir comme des « acteurs pluriels », expérimente le fait que la cohérence éthique n'est pas nécessairement fondée sur la continuité des postures ethnographiques. L'incohérence méthodologique, loin de mettre en péril la cohérence éthique pourrait même aussi, quelquefois, la conditionner.

## Notes

[1] Cette caractéristique laisse penser que désormais, concernant l'argumentaire épistémologique, l'emploi du « je » est moins l'affaire d'une posture prônant une « épistémologie alternative » (Olivier de Sardan, 2000 : 422) que celle d'une « réalité perspective » (Delbos, 1993) à laquelle le chercheur est convié ou contraint par l'ensemble des acteurs sociaux « experts » auprès ou à côté desquels il enquête.

[2] Mayotte est une île de 374 km<sup>2</sup> d'environ 160.265 habitants (Recensement INSEE, 2002), située dans le canal du Mozambique. Elle est une collectivité devenue *départementale* en 2001. Elle reste soumise au principe de spécificité législative qui n'y rend applicables les lois françaises que par dérogation. Son rattachement à la France en 1976, alors que les trois autres îles allaient rester indépendantes (aujourd'hui Union des Comores) demeure non reconnu par l'ONU. Un tiers de la population y serait en situation irrégulière, principalement originaire de l'Union des Comores (et notamment d'Anjouan, l'île la plus proche). Un flux constant de migrants comoriens attise les tensions sociales sur place, nourrit un discours politique local parfois ethnicisant, et suscite des mesures importantes de lutte contre l'immigration avec ce que beaucoup nomment des “rafles” de clandestins (16 147 reconduites à la frontière en 2007). Des naufrages fréquents d'embarcations en provenance d'Anjouan alertent encore peu l'opinion publique. L'étude menée par K. Viollet (2001) avait permis de contextualiser les départs de ces migrants et la raison sanitaire en faisait évidemment partie. Toutefois les données d'une enquête récente menée par l'INSERM (Florence, *et al.* 2008) tendent à relativiser l'importance que donne le discours politique au facteur sanitaire dans la question de la migration à Mayotte.

[3] Il traduit aussi les pratiques courantes en Grande Comore de quête de soins vers des destinations régionales (Tanzanie, Madagascar, île Maurice).

[4] Compte tenu par exemple des statistiques du CASO à Marseille concernant l'accueil d'enfants en provenance des Comores (Centre d'Aide de Soins et d'Orientation. Mission France Médecins Du Monde).

[5] Ce qui ne signifie pas pour autant que 1) je n'ai pas effectué d'entretiens avec certains d'entre eux, hors hospitalisation et/ou en phase de guérison, 2) je n'ai pas eu d'échanges informels avec eux, qu'ils soient ludiques ou éducatifs. Mais dans les deux cas il ne s'agissait pas de répondre à un dispositif méthodologique mis en place en amont de la recherche avec une question épistémologique précise concernant la subjectivité de l'enfant.

[6] Cet impératif est par exemple rappelé de manière quasi systématique dans les textes réunis par O. Leservoisier et L. Vidal (2007) comme pour affirmer la prémunition contre le narcissisme réflexif au profit du respect de la « mission scientifique » (Fainzang 2002) du chercheur.

[7] C. Beaudévin (2007) en se référant à la formule de J. Copans, soulignait récemment la quasi-absence de formation sur la déontologie dans son parcours en sciences sociales.

[8] Ces trois niveaux étaient déjà signalés par G. Althabe en 1992 (Althabe et Selim, 1998) qui, d'une part, se demandait quel statut le chercheur accordait finalement au contrat avec les enquêtés ; d'autre part s'interrogeait sur l'usage social de l'ethnologie (avec les exemples de l'ethnologie patrimoniale et en entreprise) ; et enfin s'inquiétait de la soumission des recherches aux logiques de financements.

[9] Lorsque j'emploie le terme de « famille » je désigne une unité familiale élargie (parents, fratrie, oncles et tantes, grands-parents, cousins de premier et second degrés) qui n'a pas d'unité de lieu puisque, le plus souvent, les uns sont restés dans le village d'origine, d'autres vivent à Mayotte, et l'un d'entre eux accompagne l'enfant. Dès lors, lorsque je parlerai de transmission des informations entre la famille et les professionnels, je ferai référence à un ou plusieurs membres, vivant éloignés les uns des autres.

[10] Le terme « professionnel » désigne les médecins, les soignants, les psychologues, les assistantes sociales et, dans certains cas, les personnels administratifs (par exemple la DRASS de la Réunion ou la DASS de Mayotte).

[11] En réalité, l'un des trois enfants était issu d'une famille mahoraise et les deux autres de familles comoriennes installées à Mayotte. Selon les professionnels, leur lieu et leur secteur d'exercice, les dénominations diffèrent. Mais souvent ils utilisent une dénomination englobante soit par ignorance (comme en métropole), soit par volonté de non-discrimination ou de "brouillage administratif" à toutes fins utiles (comme à la Réunion). On l'aura compris, « Comorien » et « Mahorais » ne sont pas des désignations équivalentes : si les deux termes peuvent renvoyer à des connotations géographique, insulaire, culturelle, sociale, seul *comorien* est aussi un déterminant de nationalité. Dans mon travail j'emploie « Comoriens » d'une part et « Français d'origine mahoraise » d'autre part.

[12] Au moins deux raisons expliquent que les enfants peuvent être l'objet de transferts sanitaires sans accompagnant parental : d'une part, selon le contexte de vie - type de résidence ; polygamie du mari ou pas ; présence d'un réseau familial de soutien, notamment pour les migrantes à Mayotte ; etc. - des mères peuvent choisir de confier leur enfant à l'Institution hospitalière afin de rester s'occuper de leurs enfants en bonne santé et de maintenir l'harmonie familiale. D'autre part, depuis 2006, la Préfecture de Mayotte ne délivre plus de laissez-passer à un parent en situation irrégulière dont l'enfant est l'objet d'une évacuation sanitaire à la Réunion ou en Métropole.

[13] Un autre dispositif a été créé en 2000 entre l'Union des Comores et Mayotte que je ne traite pas ici.

[14] Cette situation avait rapidement alerté certains professionnels qui avaient sollicité les associations. MDM a ouvert une mission en janvier 2007 qui a donné lieu à un rapport décrivant les difficultés d'accès aux soins. Depuis lors une dynamique locale en lien avec la métropole s'est instaurée.

[15] Tous les prénoms désignant les enfants ne sont pas réels et ont été choisis arbitrairement pour cet article. En ce qui concerne l'ensemble des

professionnels, bien que j’anonymise toutes les personnes et les propos que j’évoque, en revanche les services et/ou les fonctions des personnes ne le sont pas.

[16] Après coup, c’est quelque chose que j’aurais tout à fait pu faire, comme j’ai pu transporter plus tard des cassettes vidéo ou des photos, si les dates de terrain avaient correspondu. Et si cela avait été le cas, j’aurais certainement été amenée dans cet article à réfléchir davantage sur le seuil d’implication du chercheur en anthropologie de la santé, car les transports d’une photo et d’un échantillon de sang ont peu en commun.

[17] Etablissement Français du Sang.

[18] Les kwassa-kwassa sont des barques en bois transportant clandestinement les individus d’Anjouan à Mayotte. Selon l’OECA (Observatoire de l’Emigration Clandestine Anjouanaise) 200 personnes périssent chaque année pendant la traversée qui coûte (mais cela peut varier selon les périodes) 100 euros pour un Anjouanais, 150 pour un Comorien d’une autre île. La distance de la traversée est de 60 à 90 km selon le point de départ à Anjouan et dure entre 15 et 20 heures.

[19] La circulation d’enfants aux Comores est fréquente au sein de la lignée maternelle. Lorsqu’une femme, par exemple, est stérile, sa sœur ou son frère peuvent lui confier un enfant qui, le plus souvent saura à un moment où à un autre qui est sa mère biologique. Sur ces pratiques, voir l’étude de Blanchy et Chami-Allaoui (2004).

[20] L’éthique professionnelle, bien qu’orientée vers le « bien » de l’enfant, diffère en effet selon les sites c’est-à-dire principalement selon les plateaux techniques. Dans le champ de l’urgence médicale, le “bien” de l’enfant est moins susceptible d’être soumis à un relativisme culturel — comme il peut l’être par exemple dans le champ de l’éducatif (Sheriff, 2000) — qu’à un relativisme matériel : les professionnels remettant en cause l’intérêt d’une évacuation sanitaire pour un enfant qui se retrouve mourrant loin de sa famille sont ceux qui expérimentent un échec thérapeutique, c’est-à-dire ceux qui ont eu les outils pour diagnostiquer puis élaborer un traitement à l’attention de l’enfant.

[21] La contingence est une dimension à prendre compte dans l’analyse des dysfonctionnements organisationnels de prises en charge hospitalières et plus largement dans le déroulement d’une migration de soins.

[22] Le terme français est connu dans l’archipel. La maladie est toujours décrite à l’aune de l’expérience d’une personne de l’entourage et renvoie au caractère léthal de la maladie.

[23] Un terrain a beau se construire autour d’un travail de mise en commun des informations, la collaboration n’a rien d’un dispositif de formation à l’attention des professionnels, ne serait-ce que parce qu’elle se déroule sur une temporalité partagée autour de situations partagées.

[24] On pourrait, en faisant une anthropologie comparative des sensibilités (Jaffré, 2006) du chercheur sur son terrain, interroger en quoi cette notion de “care” apparaît pertinente aujourd’hui sur certains

terrains pour décrire la relation ethnographique.

[25] La manière dont l'objet de départ a limité mes enquêtes aux seules familles en situation de migration sanitaire en provenance de l'Océan indien et au titre duquel certains sous-espaces des services m'ont toujours été inconnus mériterait qu'on s'y arrête. J'y décèle moi-même une "auto-limitation" fondée éthiquement en ce sens que je considérais comme illégitime l'intrusion dans l'expérience privée des autres parents accompagnant leur enfant dans le service.

[26] Un ostracisme réel existe à Mayotte envers les Comoriens. On le constate tous les jours dans les services publics, et on peut en suivre l'évolution dans les archives de la presse locale qui, dès 1985, fait état du premier tract anti-comoriens : « Comoriens, dehors ! » (*Le Journal de Mayotte* du 13 septembre 1985, consultable aux Archives Départementales). Depuis plus récemment, un ostracisme existe aussi envers les « *wazungu* » (plur. de *mzungu*) vivant à Mayotte, avec un niveau de vie très supérieur à celui de la population. Le Conseil Général est l'un des lieux de promotion de mahorisation des postes.

[27] Par exemple, c'est précisément lorsque le chercheur est exhorté à un contre-don qui annihilerait son intégrité scientifique (Bouillon, 2005) que sa pluralité identitaire devient une menace à la cohérence de son travail (à l'égard en l'occurrence de la communauté scientifique) et partant, qu'un terme est mis aux relations ethnographiques.

[28] Qui ont de multiples incidences au cours d'une recherche. Voir par exemple l'analyse qu'en fait P. Fournier (2006).

## Bibliographie

AGIER Michel, 1997. « Ni trop près ni trop loin. De l'implication ethnographique à l'engagement intellectuel ». *Gradhiva*, n°21, p. 69-76.

AGIER Michel, 2004. *La sagesse de l'ethnologue*. Paris, L'œil neuf.

AGIER Michel, 2005. « Ce qui rend les terrains sensibles... et l'anthropologie inquiète », In F. Bouillon, M. Fresia, V. Tallio, (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris : CEA-EHESS, p. 175-184.

ALBERA Dionigi, 2001. « Terrains minés. » *Ethnologie Française*, T. XXXI (1), p.5-13

ALTHABE Gérard et SELIM Monique, 1998. *Démarches ethnologiques au présent*. Paris, l'Harmattan.

BENSA Alban, 1993. « Anthropologie et citoyenneté. » *Journal des Anthropologues* n°50-51, p. 21-24.

BEAUDEVIN Claire, 2007. « Quid des hématies des descendants de Sinbad ? Les tribulations d'une anthropologue de la santé au Sultanat d'Oman », In Leservoisier O. et Vidal L. (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Edition des Archives

Contemporaines, p.123-135.

BLANCHY Sophie et CHAMI-ALLAOUI MASSÉANDE, 2004. « Circulation des enfants aux Comores : classe sociale, lignage, individu ». In Leblic I. (dir.) *De l'adoption*. Clermont-Ferrand, Presses Univ. Blaise Pascal, p. 177-206.

BLIXEN Karen, 2005. *La ferme africaine*. Paris, Folio (1ère éd. 1937)

BLUNDO Giorgio, 2003. « Décrire le caché. Autour du cas de la corruption ». In Blundo G. et Olivier de Sardan J.-P (dir.) *Pratiques de la description*. 2003, Paris, EHESS, p. 75-111

BOLTANSKI Luc, 1990. *L'amour et la justice comme compétences*. Paris : Métailié, Chap. 3. L'agapè et les sciences sociales, p. 199-221.

BONNET Doris, 2003. « L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? » *Autrepart*, 28 : 5-19.

BONTE Pierre, 1993. « La dimension éthique de l'anthropologie ». *Journal des Anthropologues*, n°50-51, p. 51-60

BOUILLON Florence, 2005. « Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté ? Le contre-don, au cœur de la relation ethnographique ». In Bouillon F., Fresia M., Tallio V., (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris, CEA-EHESS, p. 75-96.

BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TALLIO Virginie, 2005. « Les terrains sensibles à l'aune de la réflexivité », In Bouillon F., Fresia M., Tallio V., (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris, CEA-EHESS, p. 13-28.

BROMBERGER Christian, 1997. « L'ethnologie de la France et ses nouveaux objets. Crise, tâtonnements et jouvence d'une discipline dérangerant ». *Ethnologie Française*, 3, p. 294-313.

BRUGÈRE Fabienne, 2006. « La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes ». *Esprit*, 321, p. 123-140.

COHEN, Patrice, 2002. « Le chercheur et son double. A propos d'une recherche sur le vécu des jeunes de la Réunion face au sida », In Ghasarian C. (dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*, Paris, Armand Colin, p.73-89.

CRETTON Viviane, 2002. « Un coup d'Etat à Fidji, ou les enjeux d'un terrain bouleversé par l'événement ». *Ethnographiques.org*, Numéro 2 - novembre 2002 [en ligne] <http://www.ethnographiques.org/2002...> (consulté le 9/08/2007).

DELBOS, Geneviève, 1993. « Eux ils croient... Nous on sait... » , *Ethnologie Française*, T. XXIII, n°3, p. 367-383.

DOQUET Anne, 2007. « L'enquête en "situation ethnographique" ou l'exercice nécessaire de la réflexivité », In Leservoisier O. et Vidal L. (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Edition des Archives Contemporaines, p. 205-222.

- FAINZANG, Sylvie, 2002. « De l'autre côté du miroir. Réflexions sur l'ethnologie des anciens alcooliques », In Ghasarian C. (dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*, Paris, Armand Colin, p. 63-71.
- FASSIN Didier, 2005. « L'innocence perdue de l'anthropologie : remarques sur les terrains sensibles ». In Bouillon F., Fresia M., Tallio V., (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris, CEA-EHESS, p. 97-103.
- FAVRET-SAADA Jeanne, 1990. « Être affecté ». *Gradhiva*, n°8, p.3-9.
- FOURNIER Pierre, 2006. « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquête, contraignants pour l'enquêteur ». *Ethnographiques.org*, Numéro 11 - octobre 2006 [en ligne].  
<http://www.ethnographiques.org/2006...> (consulté le 9/08/2007).
- FLORENCE Sophie, LEBAS Jacques, LESIEUR Sophie, CHAUVIN Pierre, 2008. *Santé et migration à Mayotte*, Enquête menée par l'INSERM pour le compte de l'AFD. Rapport final, avril 2008.
- GENARD, Jean-Louis, 1992. *Sociologie de l'éthique*, Paris, l'Harmattan.
- INSEE, Recensement 2002. [en ligne] [http://www.insee.fr/fr/insee\\_region...](http://www.insee.fr/fr/insee_region...)
- JAFFRÉ Yannick, 2006. « Les terrains d'une anthropologie comparative des sensibilités et des catégories affectives ». *Face à Face*, n°9, p. 56-62.
- LAUGIER Sandra, 2005. « Care et perception. L'éthique comme attention au particulier ». In Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des Autres. Ethique et Politique du Care*. Paris, EHESS, p. 317-348 (*Raisons Pratiques*, n°16).
- LESERVOISIER Olivier et VIDAL Laurent (dir.), 2007. *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Editions des Archives Contemporaines.
- MARCHE Hélène, 2006. « Expression, qualification et mise en forme des émotions : les politiques de l'intime et l'expérience du cancer ». *Face A Face*, n°8, p. 49-56.
- MARCUS George E., 1995. « Ethnography in/of the World System : The emergence of Multi-Sited Ethnography ». *Annual Review Of Anthropology*, vol. 24, p. 95-117.
- MASSÉ Raymond, 2000. « Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques : pour un relativisme éthique critique ». *Anthropologie et Sociétés*, vol.24 (2) : 13-33
- MOLINIER Pascale, 2005. « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets ». In Paperman, P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des Autres. Ethique et Politique du Care*, Paris : EHESS, p. 299-316 (*Raisons Pratiques*, n°16 ).
- MONJARET Anne, 2001. « Fermeture et transfert de trois hôpitaux parisiens. L'ethnologue, accompagnateur social ». *Ethnologie Française*, T.

XXXI (1), p. 103-115.

OLIVIER de SARDAN Jean Pierre, 2000. « Le “je” méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain ». *Revue Française de Sociologie*, n°41 (3), p. 417-445.

PAILLET, A., 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris : La Dispute.

PAPERMAN Patricia et LAUGIER Sandra, 2005. « Sense and sensibility », In Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des Autres. Ethique et Politique du Care*. Paris, EHESS, p. 9-22 (*Raisons Pratiques*, n°16) .

SHERIFF Teresa, 2000. « La production d'enfants et la notion de “bien de l'enfant” », *Anthropologie et Sociétés*, vol.24 (2) : 91-110.

STURZENEGGER Odina, 1999. *Le mauvais oeil de la lune*. Paris, Karthala

VIOLLET Karine, 2001. *Mots pour maux : Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques et du recours aux soins à Anjouan*. Etude réalisée à la demande de Initiative développement. Document non publié disponible au CRECSS, Rue du Château de l'Horloge, Aix en Provence, MMSH.