

Colloque International AMADES 2015

CE QUE GUÉRIR VEUT DIRE

Expériences, significations,
politiques et technologies
de la guérison

Dakar, Sénégal 22 mai 2015 - IRD/CRCF
Marseille, France 27-29 mai 2015 - CNE
Ottawa, Canada 27-28 mai 2015 - Université d'Ottawa

Renseignements/Inscriptions

<http://guerir.sciencesconf.org>

<http://amades.hypotheses.org>

© Artiste, David de la Mano © Photo, Andrés Baero Madr



XVI^{ÈME} COLLOQUE AMADES

ORGANISE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Maison des Sciences de l'Homme
Paris Nord



SOMMAIRE

Comités scientifique et organisation	5
Introduction.....	6
PROGRAMME DETAILLE	7
Dakar vendredi 22 mai 2015	8
Marseille 27-28-29 mai 2015.....	11
Ottawa 27-28 mai 2015	21
SEANCES PLENIERES	25
Dakar : synthese du colloque (22 mai 2015)	26
Doris Bonnet	26
Marseille : pleniere introductive (27 mai 2015)	26
Anne-Marie Moulin, Marie Ménolet	26
Marseille : seance pleniere (28 mai 2015).....	26
Philippe Msellati, Judith Hermann.....	26
Marseille : synthese du colloque (29 mai 2015).....	26
Yannick Jaffré	26
RESUMES DES COMMUNICATIONS	27
Sessions de Dakar	28
Session 1 : Ethnographies du guérir (part. 1).....	29
Session 2 : Ethnographies du guérir (part. 2).....	31
Session 3 : Politiques et normes de la guérison et de l'éradication	35
Session 4 : Cohérences et dissonances autour de la guérison	39
Sessions de Marseille	43
27 mai 2015.....	44
Atelier 1 – Sémantique et langage de la guérison	44
Atelier 2 – Les quêtes de la guérison	46
Atelier 3 – Gouvernance de la guérison.....	50
Atelier 4 – Recours non conventionnels et guérison	54
Atelier 5 – Des guérisons sans maladie.....	57
Atelier 6 – Travailler à guérir.....	59
Atelier 7 – Guérisons et maladies chroniques (en videoconference avec Ottawa)	61

28 mai 2015.....	66
Atelier 8 – Guérir : et Après ?	66
Atelier 9 – Guérison et santé mentale	70
Atelier 10 – Épistémologie de la guérison.....	75
Atelier 11 – Les formes spirituelles de la guérison (part. 1)	79
Atelier 12 – Les limites de la guérison (en videoconference avec Ottawa).....	82
29 mai 2015.....	86
Atelier 13 – Dissonances étiques et émiques de la guérison (part. 1)	86
Atelier 14 – Les formes spirituelles de la guérison (part. 2)	90
Atelier 15 – Médicament, éthique et politique.....	94
Atelier 16 – La guérison en images	99
Atelier 17 – Guérison, Temporalité, cycle de vie	103
Atelier 18 – Dissonances étiques et émiques de la guérison (part. 2)	107
Sessions d’Ottawa.....	112
Mercredi 27 mai 2015.....	113
Session 1 : Guérisons et maladies chroniques (part. 1) en vidéoconférence avec Marseille	113
Session 2 : Medecines Jamu.....	117
Session 3 : Ethnographie du guérir	119
Session 4 : Épistémologies de la guérison en biomédecine	121
Jeudi 28 mai 2015.....	124
Session 5 : Les limites de la guérison (en vidéoconférence avec Marseille)	124
Session 6 : Cohérences et dissonances autour de la guérison	127
Session 7 : Guérisons et maladies chroniques (part. 2)	130
Index des auteurs.....	133

COLLOQUE AMADES 2015

CE QUE GUERIR VEUT DIRE

EXPERIENCES, SIGNIFICATIONS, POLITIQUES ET TECHNOLOGIES DE LA GUERISON

Dakar : 22 mai 2015 - Marseille : 27, 28 et 29 mai 2015

Ottawa : 27 et 28 mai 2015

Coordination scientifique : Alice Desclaux (*Dakar*), Judith Hermann-Mesfen, Sandrine Musso, Stéphanie Mulot, Pascal Cathebras (*Marseille*) et Louise Chartrand et Julie Laplante (*Ottawa*)

Comité d'organisation

Dakar : Dioumel Badji, Mouhamed Ahmed Badji, Sokhna Boye, El Hadji Malick Sy Camara, Virginie Champion, Alice Desclaux, Caroline Desclaux-Sall, Rose André Faye, Gabrièle Laborde-Balen, Ndeye Maguette Ndaw, Albert Gautier Ndione, Papa Ngor Sarr Sadio

Marseille : Coralie Caudullo, Mathilde Couderc, Cyril Farnarier, Fabienne Hejoaka, Judith Hermann-Mesfen, Stéphanie Mulot, Sandrine Musso, Ashley Ouvrier, Jean-Baptiste Papa, Maëlle de Seze, Clément Tarantini, Hélène Vicq

Ottawa : Geneviève Boucher-Boudreau, Ghislaine Cadieux, Louise Chartrand, Joannie Jean, Julie Laplante

Comité scientifique (commun aux trois sites) :

Pascal Cathebras, Louise Chartrand (*Ottawa*), Alice Desclaux (*Dakar*), Sylvie Fainzang, Sylvain Faye (*Dakar*), Judith Hermann-Mesfen, Yannick Jaffré, Julie Laplante (*Ottawa*), Céline Lefève, Aline Mercan, Anne-Marie Moulin, Baptiste Moutaud, Philippe Msellati, Stéphanie Mulot, Sandrine Musso, Christelle Rabier, Claire Julian Reynier, Valérie Rousselon, Olivier Schmitz, Bruno Spire, Joseph Tonda (*Dakar*), Karine Vanthuyne (*Ottawa*)

INTRODUCTION

La variété des qualificatifs définissant la fin de la maladie (guérison, rémission, restauration, etc.) témoigne d'un investissement différent selon qu'on se place du point de vue du patient, de la médecine, de la santé publique ou encore de l'épidémiologie. Ce que guérir veut dire n'a en effet pas la même signification quand on parle de rémission, de rétablissement, de réhabilitation, de convalescence, d'éradication ou encore d'élimination de la maladie. Déterminée par de nombreux facteurs et institutions (biologiques, sociaux, politiques, symboliques, etc.), la guérison est pourtant anticipée, désirée et négociée tant par les malades que par les cliniciens et les chercheurs.

Le colloque 2015 de l'Amades propose aux anthropologues - et plus largement aux chercheurs en sciences sociales - et aux professionnels de santé de réfléchir aux différentes questions soulevées par la guérison dans ses dimensions théoriques, sociales, culturelles, cliniques et historiques. L'objectif est de proposer un véritable dialogue entre chercheurs en sciences sociales et professionnels de santé.

Vous trouverez dans le présent livret toutes les communications du colloque de l'Amades 2015. Celles-ci sont classées par sites (Dakar, Marseille, Ottawa) et par ateliers.

L'Amades a le plaisir de vous accueillir pendant ces journées et vous souhaite un bon colloque !

PROGRAMME DETAILLE

DAKAR

VENDREDI 22 MAI 2015

9H – 9H30 - CEREMONIE D'OUVERTURE ET SESSION INTRODUCTIVE

Président de session : Sylvain FAYE

Lamine NDIAYE, Directeur de l'école doctorale

Sandrine MUSSO, organisatrice du colloque et membre du bureau de l'Amades

Judith HERMANN-MESFEN, organisatrice du colloque et membre du bureau de l'Amades

Laurent VIDAL, Représentant de l'IRD au Sénégal

Sokhna BOYE, Présidente de l'antenne Amades-Dakar

9H30 – 10H45 – SESSION 1 : ETHNOGRAPHIES DU GUERIR (PART.1)

Président de session : Sylvain FAYE

Entrepreneurs de la guérison et marché des maladies "incurables" en Côte d'Ivoire - *Véronique DUCHESNE*

Guérir du sida ? Perceptions profanes au Burkina Faso - *Chiara ALFIERI, Blandine BILA, Alice DESCLAUX*

La notion du « guéri » chez les Bamoun de l'ouest-Cameroun - *Ibrahim MOULIOM*

10H45 – 11H15 - SESSION POSTERS ET PAUSE CAFE

Dakar – vendredi 22 mai

11H15 – 12H30 – SESSION 2 : ETHNOGRAPHIES DU GUERIR (PART.2)

Président de session : Lamine NDIAYE

Vivre et dire la guérison au Burkina : l'exemple du cancer du col utérin - *Marie-Cécile FRIEDEN*

Y-a-t-il des âges pour guérir ? Perception de la guérison et renoncement aux soins chez les séniors malades à Dakar - *Mouhamed Ahmed BADJI*

Guérir, se rétablir. Les inégalités sociales dans l'après cancer - *Aurore LORETTI*

12H30 – 13H30 - SESSION POSTERS ET REPAS

13H30 – 15H15 – SESSION 3 : POLITIQUES ET NORMES DE LA GUERISON ET DE L'ERADICATION

Président de session : Tidiane NDOYE

92 grammes et quelques centimètres de guérison - *Jean-François CAREMEL*

L'e-TME, élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : rhétorique et expériences, de Genève à Dakar - *Ndeye Khoudia SOW, Alice DESCLAUX*

Le paludisme, entre velléités d'élimination et perceptions émiques du « ça va mieux » - *Audrey Olga HEMADOU, Emilienne ANAGO, Carine BAXERRES, Jean-Yves LE HERSAN*

En quête de sens, regard du juriste sur la guérison - *François VIALLA*

15H15 – 15H45 - SESSION POSTERS ET PAUSE CAFE

Dakar – vendredi 22 mai

15H45 – 17H – SESSION 4 : COHERENCES ET DISSONANCES AUTOUR DE LA GUERISON

Président de session : Tabara SYLLA

Médicaments néo-traditionnels et promesses implicites de guérison en Afrique de l'Ouest - *Marc EGROT*

Monographie des perceptions liées aux facteurs de guérison dans les milieux communautaires de Côte d'Ivoire - *Mathieu TCHETCHE*

Autopsie rituelle, incinération des « organes sorciers » et guérison sociale dans l'imaginaire des Ngyemba (ouest-Cameroun) - *Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Achille PINGHANE YONTA, Célestin WAGOUM*

17H – 17H30 – SYNTHÈSE ET CÉRÉMONIE DE CLOTURE

Doris BONNET, anthropologue et directrice de recherche à l'IRD

Khoudia Sow,

17H30 - REMISE DU PRIX « CHALLENGE JEUNES CHERCHEURS EN ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ »

9H-18H – EXPOSITION

Œuvres d'art-thérapie du service de psychiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar - *Moussa SAKHO et Félicité CODIO*

MARSEILLE

27-28-29 MAI 2015

MERCREDI 27 MAI

8H30 - 9H00 - ACCUEIL ET INSCRIPTION

9H00-10H30 - SEANCE PLENIERE (salle Cézanne)

Mots de bienvenue de la Présidente de l'Amades - *Stéphanie MULOT*

Mot d'accueil de la direction du Centre Norbert Elias (UMR 8562)

Mot d'accueil du comité d'organisation – *Fabienne HEJOAKA*

Plénière introductive

Entre prévention et guérison : le paradigme du vaccin - *Anne-Marie MOULIN*

Les héros ordinaires de l'usine à guérir : sociologie de la survivance en cancérologie - *Marie MENORET*

10H30 – 11H00 - PAUSE CAFE

11H00 – 13H00 – ATELIER 1, 2 ET 3

Atelier 1 : Sémantique et langage de la guérison **(Salle Milhaud)**

Président de session : Clément TARANTINI

« Dépasser la rancœur » : L'aspect émotionnel du processus de guérison dans la société sénoufo - *Marie LORILLARD*

Plurivocalité et guérison : analyse de la variabilité du discours du patient en contexte de soins de santé intégratif - *Mathieu BUJOLD*

Après le cancer : que deviennent les anciens malades ? - *Silvia Rossi*

Atelier 2 - Les quêtes de la guérison

(Salle Louise Michel)

Présidente de session : Juliette SAKOYAN

Perceptions de la santé et guérison. Constructions sociales et déterminants culturels de la guérison en Basse Casamance - *Fatoumata HANE*

Butinage thérapeutique et quête de guérison des patients de Bethesda à Yaoundé - *Sarriette BATIBONAK*

Ethnographier la guérison à l'épreuve de l'ethnicité : l'exemple de migrants chinois pris en charge en institution psychiatrique - *Simeng WANG*

« Guérir » chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) à Dakar, Sénégal - *Gautier NDIONE*

Atelier 3 - Gouvernance de la guérison

(Salle Cézanne)

Présidente de session: Sandrine Musso

L'idée de guérison en sexologie et médecine sexuelle : entre guérison et qualité de vie - *Alain GIAMI*

Guérir les vulnérabilités: entre étiquetage social et vulnérabilités négociées - *Raymond MASSE*

Trajectoires de rétablissement : une dynamique croisée entre accompagnants et accompagnés. Le cas du « chez soi d'abord » - *Christian LAVAL*

De guérir à prévenir : La médecine va-t-elle changer de paradigme ? - *Anne-Chantal HARDY*

13H00 – 14H30 - PAUSE DEJEUNER

14H30 – 15H30 – ATELIER 4, 5 ET 6

Atelier 4 - Recours non conventionnels et guérison

(Salle Milhaud)

Présidente de session: Aline SARRADON-ECK

Sur la production et la circulation des récits de guérison. L'exemple des praticiens français en médecine traditionnelle indienne - *Nicolas COMMUNE*

De la « guérison » au « bien-être » : mise en œuvre et instrumentation des nouveaux dispositifs d'action publique en matière de santé par les praticiens en médecine chinoise - *Fanny PARENT*

Atelier 5 – Des guérisons sans maladie

(Salle Louise Michel)

Présidente de session: Coralie CAUDULLO

Les expériences de prise en charge et de guérison des échappées belles dans les hôpitaux de Dakar - *Chrystelle GRENIER-TORRES*

La périnéorraphie comme guérison de l'accouchement par voie basse, Phnom Penh, Cambodge - *Clémence SCHANTZ INGUENAU*

Atelier 6 – Travailler à guérir (Salle Cézanne)

Présidente de session: Stéphanie MULOT

Se rétablir d'un cancer : une pérennisation de l'incertitude de la trajectoire de malade - *Lucile HERVOUET*

La guérison comme un travail de redéfinition de soi - *Frédérique DAMBRE*

15H30 – 16H00 - PAUSE CAFE

Marseille – mercredi 27 mai

16H00 - 18H00 – ATELIER 7 (Salle Cézanne)

Compte-rendu du colloque de Dakar - *Sandrine Musso*

Atelier 7 - Guérisons et maladies chroniques
Session en vidéoconférence Ottawa / Marseille

Présidentes de session : Julie LAPLANTE / Sandrine Musso

COMMUNICATIONS OTTAWA

La guérison après le cancer infantile - *Natalie CARRIERE*

Guérir de maladie mentale chronique ? La vie désirée selon des patients psychotiques - *Nicolas MARQUIS*

COMMUNICATIONS MARSEILLE

Guérir, malgré tout. Anthropologie des résistances à la chronicisation de la toxicodépendance et du cancer - *Hélène MARCHE, Fabrice FERNANDEZ*

Des « guérisons locales ». Itinéraires diagnostiques, « patients in waiting » et hépatite B au Burkina Faso - *Tamara GILES-VERNICK, Fabienne HEJOAKA, Abdoulaye TRAORE*

19H00 – 20H30 – COCKTAIL DINATOIRE

A « LA COMPAGNIE » – LIEU DE CREATION

19 rue Francis de Pressensé, 13001 Marseille

JEUDI 28 MAI

9H00-10H30 - SEANCE PLENIERE (salle Cézanne)

Présidente de session: Sylvie FAINZANG

Notes de Guinée. Réflexions face à l'épidémie d'Ebola, 2014-2015 -
Philippe MSELLATI

Eléments pour une anthropologie de la guérison - *Judith HERMANN*

10H30 – 11H00 - PAUSE CAFE

11H00 – 13H00 – ATELIER 8, 9, 10 ET 13 (PART.1)

Atelier 8 – Guérir : et Après ? (Salle Cézanne)

Présidente de session : Judith HERMANN

Revivre après un traitement du cancer du sein : quelles normes de
vie ? - *Jean-Christophe MINO, Céline LEFEVE*

Guérir des maux de la guerre au Pérou : nettoyer l'âme et le corps -
Dorothee DELACROIX

Émergence de problématiques liées à l'après-soins des femmes
jeunes après un cancer du sein non métastatique - *Madina QUERRE*

Construire une image positive de l'ancienne malade du cancer du
sein : l'association « Vivre comme avant » - *Coralie CAUDULLO*

Atelier 9 – Guérison et santé mentale
(Salle Louise Michel)

Président de session : Cyril FARNARIER

« Guérir, diminuer les troubles, améliorer ? » Les thérapies
cognitives et comportementales à l'épreuve de la guérison - *Elsa
FORNER-ORDIONI*

Le « rétablissement » en santé mentale et son importation en France - *Julien GRARD*

Les enjeux de la notion de guérison en santé mentale - *Daria ROSTIROLLA*

Efficacité de la thérapie et guérison des sujets atteints de psychose ethnique, le cas des nkem-Ssé/mané-Ssé de l'Ouest-Cameroun - *Jocelyn DOUMTSOP DJOUDA*

Atelier 10 - Épistémologie de la guérison
(Salle Henri Dieuzeide)

Président de session : Pascal CATHEBRAS

Amener le patient là où peut s'opérer la guérison. De l'importance de la notion de liminalité dans l'expérience du processus de guérir - *Bernard CHAMPALOUX*

Peut-on guérir pour de mauvaises raisons ? - *Jean-Félix GROSS*

« Dans le psychologique, dans le quotidien ». Chronicité et réhabilitation sociale en psychiatrie. Le cas de la remédiation cognitive pour la schizophrénie - *Baptiste MOUTAUD*

Identités de malade à l'heure de la médecine appuyée sur les biomarqueurs pronostics et prédictifs en oncologie - *Lionel POURTAU, Suzette DELALOGUE, Fabrice ANDRE*

Atelier 11 – Les formes spirituelles de la guérison (part.1)
(Salle Milhaud)

Présidente de session : Emmanuelle SIMON

Les lieux de cultes dans le champ urbain camerounais : des « cliniques prophétiques » pour les acteurs affaiblis – *Edmond VII MBALLA ELANGA*

Les champs de la guérison en Afrique : expériences et consultations multiples - *Sandra FANCELLO*

Marseille – Jeudi 28 mai

« Guérir » de la possession et de l'ensorcellement par la rouqya (Algérie, France, Égypte) - *Fatima Zohra CHERAK*

13H00 – 14H00 - PAUSE DEJEUNER

14H00 – 15H30 – AG (SALLE CEZANNE)

ASSEMBLEE GENERALE
EXTRAORDINAIRE DE L'AMADES

15H30 – 16H00 - PAUSE CAFE

16H00 - 18H00 - ATELIER 11, 12 ET 13 (PART.2)

Atelier 12 – Les limites de la guérison
Session en vidéoconférence Ottawa / Marseille
(Salle Cézanne)

Présidentes de session : Isabelle MARCOUX et Fabienne HEJOAKA

COMMUNICATIONS OTTAWA

Mourir : une solution pour la guérison ? - *Louise CHARTRAND*

Le droit à la mort: redéfinir la guérison au Québec - *Antoine PRZYBYLAK-BROUILLARD*

Mort et guérison en Afrique noire. De quelques pratiques rituelles pour la paix et la santé des vivants - *Lamine NDIAYE*

COMMUNICATION MARSEILLE

Joséphine Brindherbes avait décidé de guérir, mais d'autres n'étaient pas d'accord - *Jean FAYA*

Atelier 13 – Dissonances étiques et émiques de la guérison
(part.1) (Salle Louise Michel)

Présidente de session : Eléonore ARMANET

Du corps individuel au corps social : trois dimensions collectives de la guérison du « patient zéro Ebola » au Sénégal - *Alice DESCLAUX, Khoudia SOW, Gautier NDIONE*

Marseille – Jeudi 28 mai

Les malentendus entre soignants et soignés sans-abri sur ce que guérir veut dire - *Laureline COULOMB*

« C'est comme la grippe », « c'est comme les diabétiques » : ambivalences des médecins généralistes face à la « guérison » de la dépendance - *Lise DASSIEU*

Vivre avec un Pemphigus aujourd'hui en France : une guérison indicible ? - *Stéphane HEAS, Yannick LEHENAFF*

Atelier 14 - Les formes spirituelles de la guérison (part.2)
(Salle Milhaud)

Présidente de session : Sandra FANCELLO

L'absence d'incurabilité dans les représentations du soin et de la guérison à Madagascar - *Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO*

Renforcer la guérison par la performance rituelle. Ethnographie d'une cure non ordinaire (Madagascar, Imerina) - *Delphine BURGUET*

« Parce que notre Dieu guérit » : foi, pratiques religieuses et « guérison » chez les personnes vivant avec le VIH aux îles Fidji - *Fabienne LABBE*

De l'incarcération thérapeutique à la délivrance dans le culte de Bouya Omar au Maroc - *Khadija NAAMOUNI*

19H00 – 20H00 – PROJECTION DU FILM « CE QU'IL RESTE DE LA FOLIE » DE JORIS LACHAISE A - LA CITE -

54, rue Edmond Rostand, 13006 Marseille

VENDREDI 29 MAI

9H00-11H00 – ATELIER 14, 15, 16 ET 17

Atelier 15 – Médicament, éthique et politique

(Salle Milhaud)

Présidente de session : Maëlle DE SEZE

Le vécu des jeunes atteints d'ataxie de Friedreich et de leurs parents inclus dans un essai clinique. La guérison comme métaphore - *Maria TEIXEIRA, Vincent AMELOT, Sophie CREPON GUILMIN, Corinne ALBERTI, Isabelle HUSSON*

Ethnographies du guérir et de l'espoir: histoires de vie avec la maladie de Chagas - *Laïa VENTURA GARCIA*

Consonance cognitive et recours au médicament de la rue par le personnel soignant. Le cas d'un district de santé au Cameroun - *Henri Rodrigue NJENGUE NGAMALEU*

Errances réflexives autour de la guérison - *Gaëlle TEXIER*

Atelier 16 - La guérison en images

(Salle Louise Michel)

Présidente de séance : Ashley OUVRIER

« Le zar est comme son cheval », approche filmique d'une séance de possession au sein du culte de zar en Ethiopie - *Makeda KETCHAM*

La métaphore de la guérison sociale : "art migrante" entre soin et revanche - *Annamaria FANTAUZZI*

L'iboga, plante miracle ou plante tueuse ? Parcours de "guérison" d'un Français initié au bwiti et à l'iboga au Gabon - *Nadège CHABLOZ*

Yachacs et Curanderos à l'œuvre : Procédés traditionnels de purification et de guérison en Equateur - *Guy LESOEURS*

Atelier 17 - Guérison, Temporalité, cycle de vie
(salle Henri Dieuzeide)

Président de session : Baptiste MOUTAUD

« Montrez-nous que vous connaissez sa maladie ! »
L'incompréhension de l'impossible guérison chez les parents
d'enfants souffrant de maladies chroniques à Nouakchott - *Hélène KANE*

« Guérir du sida : info ou intox ? ». Adolescents et jeunes vivant
avec le VIH face aux discours dissonants sur la guérison à Dakar -
Fabienne HEJOAKA, Mohamed Lamine Ibrahima SOUANE

Le bien-être comme idéal de vie ou de guérison ? Critique
anthropologique et application clinique en psychiatrie du sujet
adolescent - *Franck ENJOLRAS*

Atelier 18 - Dissonances étiques et émiques de la guérison
(Part.2) (Salle Cézanne)

Président de session : Raymond MASSE

De la guérison à l'addiction. Ambivalences de la notion de
satisfaction en chirurgie esthétique - *Eva CARPIGO*

Guérison et VIH : des liaisons dangereuses ? - *Séverine CARILLON*

Guérir d'une maladie génétique dite incurable ? - *Adeline PERROT,*
Didier LECORDIER

Je ne guérirai pas, je ne guerroyerai pas - *Laurence ESPINOSA*

11H00– 11H30 - PAUSE CAFE

11H30 – 12H30 - SESSION DE CLOTURE (Salle Cézanne)

Présidente de session : Stéphanie MULOT

Synthèse du colloque - *Yannick JAFFRE*

Mot du Comité d'organisation du colloque Amades 2015

OTTAWA 27-28 MAI 2015

MERCREDI 27 MAI

Lieu : FSS 1006

9H30 – 10H00 - ACCUEIL ET INSCRIPTION

10H00 - 12H00 - GUERISONS ET MALADIES CHRONIQUES

Modérateurs : Julie LAPLANTE et Sandrine MUSSO

Session en vidéoconférence Ottawa/Marseille

COMMUNICATIONS OTTAWA

La guérison après le cancer infantile - *Natalie CARRIERE*

Guérir de maladie mentale chronique ? La vie désirée selon des patients psychotiques - *Nicolas MARQUIS*

COMMUNICATIONS MARSEILLE

Guérir, malgré tout. Anthropologie des résistances à la chronicisation de la toxicodépendance et du cancer - *Hélène MARCHE, Fabrice FERNANDEZ*

Des « guérisons locales ». Itinéraires diagnostiques, « patients in waiting » et hépatite B au Burkina Faso. - *Tamara GILES-VERNICK, Fabienne HEJOAKA, Abdoulaye TRAORE, Armande SANOU*

12H00 – 13H30 - LUNCH INTERACTIF / ETHNOGRAPHIE VISUELLE : JAMU STORIES DE JULIE LAPLANTE

13H30 - 14H30 - MEDECINES JAMU

My customers put trust in me?: Gender roles, traditional medicine and healing processes in Indonesia - *Carolyn SzUTER*

Jamu medicine: Healing women's bodies - *John Paul NYONATOR*

14H30 - 15H00 - PAUSE CAFE

15H00 – 16H30 - ETHNOGRAPHIE DU GUERIR

Riberinhos' experiences and practices of malaria in Brazilian Amazon - *Machado FREITAS DE SOUZA*

Wind of Affliction, Bodily Prescription; Zâr Healing Ritual in Southern Coastal Regions of Iran - *Nima JANGOUK*

Expériences de guérison à l'institut de Recherche de Qigong de Shanghai - *Marceau CHENAULT*

14H30 - 15 H00 - PAUSE CAFE

16H30 – 17H30 - ÉPISTEMOLOGIES DE LA GUERISON EN BIOMEDECINE

Guérir en douleur chronique - *Dat Nhut NGUYEN*

Personnalisation du soin et nanomédecine. Entrevues avec des chercheurs - *Mathieu NOURY*

18H00 – 19H30 - VIN FROMAGE

Lieu : GSD 307 (601 Cumberland St)

Table ronde interdisciplinaire : *Patrick FOUCAULT, Jérôme MUNYANGI, Julie LAPLANTE, Jean-Christophe JACOVELLA (sous réserve)*

Ottawa – Jeudi 28 mai

JEUDI LE 28 MAI

Lieu : FSS 4004

9H30 – 10H00 - ACCUEIL ET INSCRIPTION

10H00-12H00 - LES LIMITES DE LA GUERISON

Session en vidéoconférence Ottawa / Marseille

Présidence de session : Isabelle MARCOUX et Fabienne HEJOAKA

COMMUNICATIONS OTTAWA

Mourir : une solution pour la guérison ? - *Louise CHARTRAND*

Le droit à la mort: redéfinir la guérison au Québec - *Antoine PRZYBYLAK-BROUILLARD*

Mort et guérison en Afrique noire. De quelques pratiques rituelles pour la paix et la santé des vivants - *Lamine NDIAYE*

COMMUNICATION MARSEILLE

Joséphine Brindherbes avait décidé de guérir, mais d'autres n'étaient pas d'accord - *Jean FAYA*

12H00 – 13H30 - LUNCH

13H30 – 14H30 - COHERENCES ET DISSONANCES AUTOUR DE LA GUERISON

Dons de médicaments lors de projets humanitaires : sens du don et guérison - *Roxane AUBE*

Global Mental Health? Enjeux liés au façonnement d'infrastructures diagnostiques et d'outils thérapeutiques dits universels et, donc, 'universalisable' - *Jasmine VAN DEVENTER*

14H30 - 15H00 - PAUSE CAFE

Ottawa – Jeudi 28 mai

15H00 - 17H00 - GUERISONS ET MALADIES CHRONIQUES 2

Vivre avec le diabète : Signification et représentations de la guérison - *Salemi OUASSILA*

Guérison ou rétablissement pour les malades chroniques ? Quelles représentations ? Quelle réalité ? - *Luigi FLORA*

Indétectable ? Les empreintes du VIH/SIDA dans un quartier de Montréal - *Gabriel GIRARD*

SEANCES PLENIERES

DAKAR : SYNTHÈSE DU COLLOQUE (22 Mai 2015)

DORIS BONNET

IRD, Centre population et développement (Ceped) - UMR 196 (France)

MARSEILLE : PLENIÈRE INTRODUCTIVE (27 MAI 2015)

Entre prévention et guérison : le paradigme du vaccin

ANNE-MARIE MOULIN

UMR 7219/ CNRS, Universités Paris Diderot et Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Les héros ordinaires de l'usine à guérir : sociologie de la survivance en cancérologie

MARIE MENOËT

Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris/UMR 7217
(CSU-CRESPPA-PARIS8)

MARSEILLE : SEANCE PLENIÈRE (28 MAI 2015)

Notes de guinée. Réflexions face à l'épidémie d'Ebola, 2014-2015

PHILIPPE MSELLATI

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM

Éléments pour une anthropologie de la guérison

JUDITH HERMANN

SESSTIM (INSERM-IRD-Aix-Marseille Université, France)

MARSEILLE : SYNTHÈSE DU COLLOQUE (29 MAI 2015)

YANNICK JAFFRE

UMI3189 Environnement, Santé, Sociétés – CNRS

RESUMES
DES
COMMUNICATIONS

SESSIONS DE DAKAR

Vendredi 22 MAI 2015

CAMPUS DE L'IRD A HANN-MARISTES
DAKAR SENEGAL

AVEC
LA PREMIERE EDITION DU CHALLENGE JEUNES CHERCHEUR
ET
EXPOSITION ORIGINALE DES TRAVAUX DE L'ATELIER D'ART-THERAPIE
DE MOUSSA SAKHO

Session 1 : Ethnographies du guérir (part. 1)

Entrepreneurs de la guérison et marché des maladies "incurables" en Côte d'Ivoire

DUCHESNE Véronique (veronique.duchesne@ceped.org)

Centre population et développement (Ceped) - UMR 196 (France)

En Côte d'Ivoire, les maladies dites localement « incurables » (comme le VIH sida, la stérilité, le cancer de la prostate) sont la spécialité de thérapeutes revendiquant une médecine dite « naturelle » par opposition à la médecine dite « moderne ». L'ethnographie d'un laboratoire ivoirien spécialisé dans le traitement par les plantes et les potions personnalisées, créé à Abidjan en 2011 par un entrepreneur médico-religieux, sera centrée sur les usages de la diffusion de témoignages de guérison. Des messages radiophoniques et des spots vidéo (postés sur youtube) donnent à voir et à entendre des guérisons. Notre attention portera sur la rhétorique d'un "avant" et d'un "après" traitement.

Guérir du sida ? Perceptions profanes au Burkina Faso

ALFIERI Chiara (ch.alfieri@gmail.com)

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM (France)

BILA Blandine

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM (France) et Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) (Burkina Faso)

DESCLAUX Alice

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM (France) et Centre de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF) (Sénégal)

Les avancées médicales concernant le sida ont-elles influencé les perceptions profanes du caractère curable de la maladie ? Comment s'articulent les notions d'amélioration de l'état de santé des PvVIH sous traitement et de guérison dans les savoirs profanes spécialisés et populaires ? Ces questions ont été abordées auprès de trois populations à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : des mères séropositives, des médiatrices d'associations et des jeunes filles et garçons, dans le cadre du projet PREMS/ANRS 12271 (étude

ethnographique de la prévention médicamenteuse de la transmission mère-enfant du VIH).

Les résultats montrent que ces trois groupes de populations partagent la perception générale que le sida est maintenant traité. Au-delà, les notions d'amélioration de l'état de santé et de guérison s'articulent de manière variée dans les trois groupes, et font l'objet de nuances riches et détaillées. Elles se déclinent notamment selon la manière dont la quête de la guérison est pensée et suivant la place qu'y occupent les antirétroviraux. Les mères considèrent que la distinction entre guérison et retour à un bon état de santé est cruciale, attendent la découverte d'un vaccin et cherchent dans la pharmacopée traditionnelle un moyen de guérir définitivement. Les médiatrices associent le sida à une maladie chronique et mettent en avant l'obtention d'un bon état de santé qu'elles conditionnent au respect des recommandations médicales. Les jeunes avancent de manière teintée de polémique que le sida aurait été déjà guéri et éradiqué au Nord par un vaccin ou des ARV plus efficaces que ceux diffusés localement.

En conclusion, les perceptions et connaissances des mères séropositives se situent de manière spécifique par rapport au savoir diffus dans la population générale et au savoir spécialisé des « experts profanes », ce qui remet en cause l'idée selon laquelle les patients « ordinaires » auraient des représentations « intermédiaires », alors qu'elles font l'objet d'élaborations spécifiques dont les déterminants seront retracés.

La notion du « Guéri » chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun

MOULIOM Ibrahim (ibrahimmouliom@gmail.com)

Université de Montréal, Université de Maroua (Cameroun)

Peuple des grasslands de l'Ouest-Cameroun, les Bamoun possèdent dans leur réseau sémantique, un ensemble de repères symboliques qui leur permettent de définir la maladie, de choisir une orientation thérapeutique et surtout de déterminer quand le patient est guéri. Dans ce champ social en effet, la maladie est synonyme d'inactivité. Ici, la loi est « si on n'est pas couché, on est en santé et donc on peut travailler ». Ainsi est-il facile d'y rencontrer des personnes traînant des sérieuses maladies comme la tuberculose dans leurs

différentes activités. Toutefois, quand le patient est alité et ne peut plus travailler, son environnement constate sa maladie et se déploie dans la recherche des thérapies susceptibles de le remettre debout. Une fois qu'il se relève et reprend ses activités, il est socialement déclaré guéri même si le germe est à l'état dormant. Cette pensée sociale est, de l'avis de plusieurs professionnels de santé, une des causes majeures de la mortalité dans cette partie du pays. Dans la communication finale qui pourrait être présentée à Dakar, cette étude se propose d'approfondir, à partir des supports paradigmatiques de la socio anthropologie, la réflexion sur cette signification du « guéri » qui, plutôt que d'augmenter le taux de productivité des Bamoun, réduit sa force de production.

Session 2 : Ethnographies du guérir (part. 2)

Vivre et dire la guérison au Burkina : l'exemple du cancer du col utérin

FRIEDEN Marie-Cécile (marie-cecile.frieden@unine.ch)

Institut d'ethnologie, Université de Neuchâtel (Suisse)

Première cause de mortalité par cancer chez les femmes au Burkina Faso, le cancer du col utérin fait l'objet de plus en plus d'attention dans ce pays, dont le système de santé publique est encore émergent. L'accès aux soins et leur organisation sont toutefois marqués par une faible prise en charge biomédicale et un contexte de fortes inégalités. Dans l'approche biomédicale conventionnelle, les traitements sont centrés sur la chirurgie et s'effectuent dans certains centres de soins de la capitale ; la radiothérapie, couplée ou non avec une chimiothérapie, est actuellement indisponible dans le pays. Les raisons qui éloignent les malades d'une prise en charge biomédicale sont nombreuses : mauvaise répartition géographique des centres de santé, pauvreté du plateau technique, insuffisance de personnels médicaux qualifiés, manque de médicaments, prix des traitements, sans compter les causes socioculturelles et symboliques. Dans cette situation précaire, les recours à visée thérapeutique ont tendance à se multiplier afin d'accroître les chances de guérison/rémission : ils peuvent être d'ordre (bio)médical, spirituel, religieux, social, symbolique, etc. Malgré leur

diversité, les temporalités et les différents espaces dans lesquels ces recours prennent place, ils peuvent se suivre, se superposer et/ou se chevaucher. Ainsi, l'on constate une multiplicité de pratiques, portée par une multiplicité d'acteurs : femmes atteintes, familles, prestataires de soins, guérisseurs et thérapeutes variés, religieux... Dans un tel contexte, qui détient l'autorité de proclamer la guérison/rémission ? Quelles sont les personnes qui « disent » la guérison/rémission ? Dans quelle langue, avec quelles mots, quelles expressions, en mobilisant quelles références, en convoquant quelles images ? Comment les femmes atteintes ? actrices de premier plan ? vivent-elles et comprennent-elles ce processus ? A travers plusieurs exemples d'itinéraires thérapeutiques et biographiques, je souhaite illustrer divers cas de figure, à différentes phases de la maladie. L'aspect chronique et les différents stades de la maladie induisent des perspectives de guérison/rémission singulières, et selon les éléments, elles peuvent endosser des significations particulières. C'est notamment le cas lorsque guérison/rémission rime avec stigmates, qu'ils soient physiques, psychiques et/ou sociaux.

Y-a-t-il des âges pour guérir ? Perception de la guérison et renoncement aux soins chez les séniors malades à Dakar

BADJI Mouhamed Ahmed (badji.ahmed@gmail.com)

Université Cheikh Anta Diop, FLSH, département de sociologie, Ecole doctorale Etudes sur l'Homme et la Société (Sénégal)

Selon les estimations, les trois quarts (3 /4) des décès dans les pays en développement pourraient être liés au vieillissement et de plus en plus de gens atteindront cet âge avec le risque de développer une maladie chronique. Au Sénégal, chez les personnes âgées, 28% avaient un taux de morbidité en général, 73% souffraient d'une maladie handicapante (Enquête Direction de la statistique du Sénégal, 1989-90). Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent plus de 7% de la population et parmi celles-ci, seules 30% bénéficient d'une prise en charge. La situation des personnes âgées est souvent décrite comme très précaire dans la littérature : Accès aux soins difficile ; Prise en charge insuffisante (30%) ; Pathologies chroniques aux soins coûteux ; Inaccessibilité financière aux médicaments (Thiam, 2007). Beaucoup de cas d'inobservance

ou de renoncements aux soins sont observés au niveau des structures sanitaires et des centres de gériatrie, dans un contexte où les personnes âgées souffrent souvent de poly-pathologies dont certaines sont chroniques et très souvent liées à l'alimentation (exemple de l'HTA et du diabète). Il devient intéressant de s'interroger sur les perceptions et représentations de la guérison chez les personnes âgées et les adultes chargés/impliqués dans leur prise en charge. Nous proposons ici d'aborder, dans une perspective anthropologique, la question de la guérison chez les personnes âgées dont l'état de santé se dégrade, en analysant la construction des représentations sur la guérison en rapport avec l'âge et l'état de santé. L'espoir de la guérison existe-t-il toujours à certain âge (au-delà de 60 ans) ? Autrement dit, y-a-t-il des âges pour guérir ? Le renoncement aux soins chez les personnes âgées s'explique-t-il par les coûts des soins, par un renoncement à la guérison ou par des conceptions sur la guérison peu favorable à recherche de soins ? Notre recherche se situe dans un cadre démographique, urbain, culturel (Dakar) profondément en mutations permettant d'étudier les nouvelles gestions de la fin de vie au sein de la population âgée.

Guérir, se rétablir. Les inégalités sociales dans l'après cancer

LORETTI Aurore (aurore-loretti@hotmail.fr)

Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques
(CLERSE) (France)

Les cancers sont, à ce jour, la première cause de mortalité en France. Entre 1980 et 2012 le nombre de nouveaux cas a considérablement augmenté chez l'homme (+107,6%) comme chez la femme (+111,4 %). Alors que d'année en année cette pathologie occupe une place prépondérante, les avancées thérapeutiques ont significativement contribué à réduire la mortalité associée. On observe, ainsi, une croissance importante du nombre de personnes atteintes d'un cancer mais aussi, l'émergence d'une population de « survivants », composée d'individus ayant été touchés par un cancer et qui, à présent, sont considérés comme « en rémission », voire guéris. De plus en plus de personnes sont aujourd'hui amenées à vivre cette période de « l'après cancer », période où la phase aigüe de traitement est finie et où une injonction à « aller de l'avant » et se « rétablir » se dessine. Nous proposons de nous

pencher sur cette période de « l'après cancer » et de l'aborder au prisme des conditions sociales d'existence. En effet, le cancer occupe une place prépondérante dans l'inégalité sociale face à la mort. En France, sur la période 1988-1993, il représente à lui seul 47 % de l'écart dans la mortalité des hommes appartenant aux catégories des « ouvriers-employés » et des « cadres supérieurs-professions libérales ». Pour toutes les localisations, la plus faible survie est toujours corrélée à un statut socio-économique bas. Ainsi, le statut social et économique d'un individu détermine à la fois fortement son risque de survenue d'un cancer mais aussi le pronostic de celui-ci. On peut alors légitimement se demander ce qu'il en est face à la guérison et au rétablissement ? Les populations précaires sont celles qui sont les plus touchées, qui ont des chances de survie moindres et des durées de survie plus courtes. Qu'en est-il face au rétablissement et dans la guérison ? Les ressources et les conditions de vie de ces populations ne les exposent-elles pas à de plus grandes difficultés pour s'engager dans un processus de rétablissement ? Inégaux dans la maladie, qu'en est-il face au « s'en sortir ? ». Pour éclairer cette problématique nous mobiliserons les données qualitatives recueillies sur nos différents terrains d'enquête dans le cadre de notre travail de thèse qui porte sur les inégalités sociales face au cancer dans la région Nord-Pas-de-Calais. A ce jour, 300 consultations ont été observées dans des services de sénologie et d'ORL de la région Nord-Pas-de-Calais, 27 entretiens ont été réalisés avec des malades (19) et des professionnels (8) et plus d'une vingtaine de réunions de groupes de parole de la Ligue contre le cancer ont été observées. La campagne d'entretien est encore en cours et des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire sont actuellement observées dans un service d'ORL.

Session 3 : Politiques et normes de la guérison et de l'éradication

92 grammes et quelques centimètres de guérison

CAREMEL Jean-François (caremeljf@gmail.com)

Centre de recherche, Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société
(CERMES3) (France)

Cette intervention analyse l'influence de deux innovations thérapeutiques, déployées par les acteurs de la médecine transnationale lors de la crise nutritionnelle de 2005 au Niger, sur les définitions et représentations, médicales et populaires, de la malnutrition aigüe et de sa guérison. A partir de la diffusion massive de la mesure du périmètre brachial et des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi pour diagnostiquer et prendre en charge la malnutrition infantile, nous analysons les évolutions récentes des critères de la guérison de la malnutrition dans le Sahel et la manière dont ces dispositifs ont contribué tout à la fois à une extension et à une standardisation, par la biomédecine, des périmètres de cette pathologie. A travers une analyse des variations des protocoles de prise en charge du Niger et du Burkina Faso nous soulignons le caractère largement construit et variable, y compris pour la médecine, de la notion de guérison. De manière symétrique, nous analysons dans un second temps, les significations et usages localement négociés de ces dispositifs, le sens et les fonctions qui leurs sont conférés. Nous soulignons alors la manière dont ils constituent une réponse locale aux origines et conséquences, thérapeutiques et sociales de la malnutrition que la médecine humanitaire ne prend pas en considération. Dans un troisième temps nous proposons quelques pistes de réflexion sur les causes de ce « public secret » que constitue l'ignorance mutuelle des représentations locales et la manière dont, finalement, ils « tiennent ensemble » et contribuent aux succès d'innovations thérapeutiques de la biomédecine. Pour conclure nous soulignons l'intérêt d'analyser la guérison à l'aune de ses dispositifs techniques de la prise en charge thérapeutique qui permettent d'en faire tout à la fois comme un processus et un résultat des continuums locaux et biomédicaux qui articulent « symptôme ? diagnostic ? traitement ».

L'e-TME, élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : rhétorique et expériences, de Genève à Dakar

Sow Ndeye Khoudia (khoudiasow2@gmail.com)

Centre de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann
(CRCF) (Sénégal)

DESCLAUX Alice

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM (France) et Centre de
Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF)
(Sénégal)

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une composante majeure de la stratégie globale de lutte contre le sida en Afrique. En trois décennies, l'efficacité de la PTME s'est améliorée tant au plan des outils prophylactiques que des mesures de santé publique, au point qu'en 2009 était annoncé l'objectif d'élimination de la TME à l'horizon 2015. Cependant, dès 2009, les institutions globales (OMS, ONUSIDA) faisaient preuve d'un certain flou sémantique dans l'utilisation des termes, un taux résiduel de 5 % de transmissions étant considéré comme admis sans remettre en question la notion d'élimination. Cette communication, basée sur une enquête de terrain menée dans le cadre du projet PREMS/ANRS 12271, s'intéresse aux « derniers 5 % », c'est-à-dire à la manière dont les acteurs perçoivent et interprètent les cas de transmission en 2015, ainsi que leurs causes, et à qui ils en attribuent la responsabilité. Des entretiens ont exploré les perceptions d'acteurs institutionnels, sanitaires et associatifs, à propos des limites de la stratégie au Sénégal, notamment des effets d'une nouvelle modalité préventive basée sur l'utilisation des ARV pour toutes les femmes séropositives dès le diagnostic VIH, dans un contexte où le taux résiduel est officiellement inférieur à 5% en 2014. L'analyse de la « vie sociale des données » montre que le taux résiduel de transmission au Sénégal est interprété de manières très différentes par les acteurs, sur un continuum allant de l'échec, de la menace, au succès, selon leur statut dans le dispositif et la manière de considérer les chiffres. Le taux est l'objet d'enjeux variables, selon s'il est rapporté à des situations personnelles de mères vVIH, discuté comme un indicateur susceptible de témoigner d'une adhésion des femmes, perçu comme un succès précaire ou comme justifiant des financements importants. Les discours sur l'ambiguïté

du terme élimination, le sens et les usages pour les acteurs de Dakar que revêt cette notion créée à Genève, seront discutés.

Le paludisme, entre vellétités d'élimination et perceptions émiques du « ça va mieux »

HEMADOU Audrey Olga (hemolga@yahoo.fr)

UMR 216 MERIT, IRD, CERPAGE (Bénin)

ANAGO Emilienne

UAC, UMR 216 MERIT, IRD, CERPAGE (Bénin)

BAXERRES Carine

UMR 216 MERIT, IRD, CERPAGE (Bénin)

LE HERSAN Jean-Yves

UMR 216 MERIT, IRD, UPD (France)

Depuis un peu plus d'une décennie, les données portant sur le paludisme montrent une baisse de la mortalité et de la morbidité. L'OMS et les acteurs de la santé publique parlent même, en se projetant vers un avenir pas trop lointain (2030), d'éradication ou d'élimination de cette maladie. Parallèlement à cela, dans les pays où le paludisme est encore endémique, notamment au Bénin où nous réalisons nos études, les populations continuent à percevoir le paludisme, ou plutôt les entités nosologiques populaires qui peuvent y être associées, comme une maladie fréquente, récurrente, plutôt banale - même si des formes graves semblent être de plus en plus perçues - qui dans la plupart des cas peut se traiter en automédication. À travers cette communication, nous mettrons en regard, en convoquant l'épidémiologie et l'anthropologie, ces réalités divergentes : l'une macro qui met en lumière une possible « guérison mondiale » d'une des premières causes de mortalité au monde et l'autre micro, centrée sur les perceptions populaires dynamiques associées aux épisodes ponctuels de cette maladie et à la manière dont les gens perçoivent leur issue, en milieu urbain et rural béninois. Du point de vue émique, peut-on parler de guérison pour une maladie récurrente, une maladie du quotidien ? Le « palu » est-il perçu comme une affection dont on guérit ou qui est si présente qu'elle fait partie du cours normal des choses, notamment en saison des pluies, qu'elle fait partie de l'organisme des individus, présence qu'illustre le « ça

va mieux » des personnes entre deux crises ? Du point de vue santé publique, comment s'orchestre l'élimination du paludisme, sur quelles stratégies (vaccins, traitement, prévention) et quelles pérennités effectives peut-on envisager autour de celles-ci ? Cette communication soulignera une fois encore les décalages entre ces deux niveaux de la réalité sociale, macro et micro. Toutefois nous adopterons une perspective dynamique et très contemporaine sur cette question sociale et de santé publique majeure que constitue aujourd'hui encore le paludisme.

En quête de sens, regard du juriste sur la guérison

VIALLA François (f.vialla@gmail.com)

Centre droit et santé, UMR 5815 Université Montpellier1, (France)

Le traité de Droit médical publié en 1956 définissait ainsi l'acte de soin : « acte qu'une personne qualifiée pose en vue de guérir autrui ». Cette approche particulièrement restrictive de la relation de soin n'a pourtant été remise en cause sur le plan juridique. Tout conduit à penser que médecine et droit se sont enfermés dans une approche scientifique et technique de l'art médical. Le soignant, technicien de l'organe malade, entre dans une démarche où la quête de guérison prend le pas sur le prendre soin. La relation de soin est aujourd'hui opacifiée à l'ère de l'équipe et de l'équipement. La dimension humaniste du soin régresse. Pourtant, on peut s'interroger sur le sens d'une relation de soin dont l'humanité serait absente. La communication se propose de revenir sur les fondements, juridiques, de cette relation praticien - patient afin de démontrer que l'approche exclusivement thérapeutique mène à une impasse. L'approche partira de textes fondamentaux qui abordent de la relation de soin. De la parabole du Samaritain (Luc) à l'œuvre de Picasso (La science et la charité 1897), du corpus Hippocratique au poème d'Hugo (Les paroles de mon Oncle : la sœur de Charité), de la prière médicale de Moshe Ben Maïmon au rapport Sicard. L'ambivalence de la relation de soin mise à jour sera appréhendée ensuite dans sa dimension juridique afin de démontrer que le droit ne peut se cantonner à la seule recherche de la guérison. Dès lors, la « culture » de l'institution médicale est confrontée aux droits des patients. L'autonomie de la personne peut alors conduire à des impasses qu'il conviendra d'étudier. La

communication tendra à démontrer que si la science contemporaine donne toujours plus de pouvoir aux soignants, l'environnement normatif, éthique et juridique, conduit à penser que les professionnels de santé disposent, en revanche, de moins d'autorité. On évoquera dans ce contexte les paroles fondamentales de Mandella « ce que vous faites pour moi, sans moi, vous le faites contre moi » (parfois aussi attribué à Gandhi). La recherche de la guérison nécessite toujours la recherche de l'alliance du patient, cette quête n'ayant pas de sens lorsqu'elle se heurte au refus de la personne.

Session 4 : Cohérences et dissonances autour de la guérison

Médicaments néo-traditionnels et promesses implicites de guérison en Afrique de l'Ouest

EGROT Marc (marc.egrot@ird.fr)

MIVEGEC, UMR 224, IRD (France)

Dans le processus de pharmaceuticalisation à l'œuvre en Afrique de l'ouest, les médicaments néotraditionnels occupent une place importante. Cette catégorie, qui regroupe toute une variété de médicaments issus d'horizons divers, est qualifiée de néotraditionnelle non pas en référence à un syncrétisme intrinsèque à l'objet lui-même, mais pour rendre compte de déterminismes, de logiques et d'agencements sociaux bricolés, assemblés et/ou promus par les acteurs sociaux concernés ou impliqués (Simon et Egrot, 2011). La communication proposée envisage de revisiter des données recueillies en Afrique de l'Ouest depuis 10 ans jusqu'à ce jour, sur différents programmes de recherche, et pour des traitements préventifs ou curatifs relatifs à tout un éventail de maladies extrêmement diverses. Par exemple le sida, le paludisme, la drépanocytose, ou plus récemment encore, la maladie à virus Ebola, ne sont que quelques illustrations emblématiques des champs thérapeutiques concernés puisqu'il est presque certain que des traitements néotraditionnels existent pour un très grand nombre de pathologies, qu'elles soient aiguës, épidémiques, chroniques, etc. L'objectif sera d'analyser, à propos de quelques exemples de produits néotraditionnels choisis, la place

occupée par les promesses implicites de guérison dans leurs processus de légitimation et de promotion. En effet pour nombre de ces produits, le mode de présentation utilisé, la manière de le prescrire, la limitation dans le temps de la durée du traitement recommandée, annoncent implicitement, par des formes de rhétorique, par des non-dits, par des oublis peut-être, une promesse de guérison qui pourrait bien expliquer en partie l'immense succès de ce type de traitement. Peut-être alors serait-il possible de caractériser des guérisons implicites, des guérisons par euphémisme, voire des guérisons par omission ?

Monographie des perceptions liées aux facteurs de guérison dans les milieux communautaires de Côte d'Ivoire

TCHETCHE Mathieu (tchetche_escd@yahoo.fr)

Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dans une société ivoirienne en mutation, comment la perception communautaire des facteurs de santé détermine-t-elle la définition de la guérison ? Telle est la préoccupation à laquelle tente de répondre notre communication. En effet, face à l'incompréhension sociocommunautaire d'émergence de maladies mystérieuses (VIH SIDA, Cancer, Insuffisances rénales, Ebola) et de récurrence de décès liés tant à ces maladies qu'à des pathologies traditionnellement connues (paludisme, hémorragies post-partum, anémies), plusieurs tentatives d'explication prévalent. Celles-ci portent d'abord sur les aperçus définitionnels qu'ont les communautés de la santé, de la bonne santé, de la mauvaise santé, des soins de santé et de la guérison. Ensuite, elles mettent les perceptions des facteurs de bonne santé en rapport avec l'éducation ; situent les facteurs de mauvaise santé dans les attitudes thérapeutiques ; et mettent celles relatives à la guérison en lien avec les itinéraires thérapeutiques. Le regard critique que porte la présente communication repose sur une approche monographique. Celle-ci consiste à documenter la question de la santé, de la maladie et de la guérison à partir d'observations directes des vécus et interprétations communautaires des décès de proches parents pour cause d'erreurs médicales, de l'acceptation des paiements informels et des conditions peu enviables de prise en charge. Ce regard critique repose également sur des séries

d'entretiens ouverts auprès de personnes ressources communautaires au sein d'un échantillon de communautés ethniques tant du nord, du sud, de l'est, de l'ouest que du centre de la Côte d'Ivoire. En définitive, cette communication ouvre les perspectives de compréhension des conceptions de la guérison à travers les forces que les communautés confèrent aux paroles de bénédiction ou de malédiction prononcées sur chaque individu, ainsi qu'à la croyance dans les effets des totems, interdits et rites communautaires.

Autopsie rituelle, incinération des « organes sorciers » et guérison sociale dans l'imaginaire des Ngyemba (ouest-Cameroun)

DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand (feudjioyb@yahoo.fr)

Université de Yaoundé I/ Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal (Cameroun)

PINGHANE YONTA Achille

Université de Yaoundé I (Cameroun)

WAGOUN Célestin

Université Omar Bongo (Cameroun)

Dans le contexte africain où les croyances étiologiques font une distinction entre les maladies naturelles et celles dites mystiques, la guérison elle-même est interprétée et corrélée à plusieurs pratiques dépassant le simple cadre biomédical pour prendre en compte les logiques sociales ou symboliques. Chez les Ngyemba de l'Ouest-Cameroun par exemple, malgré l'influence du triple héritage de la colonisation, du christianisme et de la biomédecine occidentale, nombre de familles s'accrochent encore fortement à des pratiques de « blindage » et de « blocage » traditionnels dont les fondements se situent dans la pratique des autopsies rituelles. Dans l'imaginaire des acteurs, ces pratiques magico-religieuses sont censées préserver la santé des individus contre les attaques mystiques venant du monde invisible et en même temps, provoquer la mort fatale du sorcier perturbateur de l'ordre lignager. Ceci est vérifié lors de l'interrogatoire du cadavre qui consiste à ouvrir le ventre, le thorax, voire les cuisses et les jambes d'un défunt soupçonné de pratiquer la sorcellerie, pour « voir la cause cachée de sa mort ». Lorsque l'autopsie révèle la présence des « cordes de la sorcellerie »

(kùo shià) dans son ventre, le défunt est déclaré « compliqué » (sorcier). Les initiés « arrachent » alors son cœur et sa trachée artère qu'ils découpent en menus morceaux. Ces « pièces détachées » mélangées à une poudre magique sont brûlées discrètement au cours d'un rite incantatoire. Ce rite marque la « mort achevée » ou définitive du sorcier. En incinérant les « organes sorciers », support de sa réincarnation, les initiés pensent et croient anéantir l'agressivité et l'essence immatérielle du sorcier. Ce rite a une fonction de protection et de guérison sociale. Il « disperse » la force vitale du sorcier malfaiteur, libère la conscience collective et apporte aux survivants un secours psychologique et spirituel, une santé socialement évaluée. Il se double également d'une fonction de sécurisation car il permet aux proches d' « attacher leurs corps » afin d'être à l'abri des attaques sorcellaires. C'est donc un rite expiatoire et purificateur, un « rite d'agrégation » qui refaçonne les esprits, restructure le groupe et consolide la croyance d'avoir été guérie des adversités du sorcier maléfique. Les données analysées dans la présente communication sont tirées des travaux de terrain ayant conduit à différents mémoires et thèses académiques entre 2006 et 2013.

SESSIONS DE MARSEILLE

27-29 mai 2015

CENTRE REGIONAL DE DOCUMENTATION PEDAGOGIQUE / CANOPEE

31, BOULEVARD D'ATHENES, MARSEILLE

AVEC

L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'AMADES

ET

DEUX ATELIERS EN VIDEOCONFERENCE AVEC OTTAWA

Atelier 1 – Sémantique et langage de la guérison

« Dépasser la rancœur » : L'aspect émotionnel du processus de guérison dans la société sénoufo

LORILLARD Marie (marie.lorillard@gmail.com)

Chercheur Indépendant (France)

En milieu rural sénoufo en Afrique de l'Ouest, à l'instar de ce qui se produit dans de nombreuses sociétés, la maladie, surtout lorsqu'elle met en jeu la vie du patient, vient bouleverser l'ordinaire des jours et se pose comme un instant critique dans l'existence de ce dernier. Si l'on s'attache à comprendre précisément le champ lexical de la maladie, yaama dans la langue vernaculaire, à travers une approche ethnolinguistique, on constate qu'il n'est pas séparé de celui des émotions qui siègent dans l'intérieur, fungo, de l'individu. Selon les discours des guérisseurs, et plus largement des hommes et des femmes de cette société, au cœur de certaines maladies, il importe de savoir dépasser la rancœur afin d'accéder à la guérison, celle-ci étant entendue non comme un état figé mais bien comme un processus. Or l'origine de cette rancœur ne réside pas dans la maladie en elle-même mais bien dans la vie du patient, dans ses relations avec son entourage notamment. La guérison passe alors souvent par la libération de la parole sur les conflits larvés au sein de l'espace social ou domestique. Cette communication s'articulera de la manière suivante : En quoi l'approche ethnolinguistique de la maladie peut mettre à jour les connexions entre la maladie et le champ des émotions en milieu rural sénoufo ? En quoi la maladie et le processus de guérison qu'elle instaure peuvent dévoiler des conflits présents dans l'espace social et domestique par le biais de la parole ? Dans quelle mesure la dimension émotionnelle de la maladie, perceptible au cœur des représentations de cette société rurale, peut entrer en résonance avec d'autres discours et pratiques de notre monde contemporain ?

Plurivocalité et guérison : analyse de la variabilité du discours du patient en contexte de soins de santé intégratif

BUJOLD Mathieu (mathieubujold@yahoo.fr)

Université Laval et Université McGill (Canada, France)

Les dernières décennies ont été témoins de l'émergence en Amérique du Nord d'un mouvement de soins de santé intégrés visant la collaboration entre praticiens biomédicaux et alternatifs.

Le suivi de l'itinéraire thérapeutique interprofessionnel de patients dans une clinique intégrative québécoise a permis de faire la lumière sur des cohérences et des dissonances autour de la conception de la guérison. Au-delà de la variabilité épistémologique entre différentes ethnomédecines, cette étude souligne qu'une diversité de forme de guérison peut être exprimée par une même personne d'un contexte clinique à l'autre. Le concept de plurivocalité permet de faire la lumière sur l'hétérogénéité du réseau de signification dans lequel l'individu puise pour expliquer la maladie, son traitement et son pronostic. D'un point de vue clinique, la prise en compte de cette pluralité peut servir de canal de communication pour l'établissement de soins de santé intégrés.

Après le cancer : que deviennent les anciens malades ?

Rossi Silvia (silviarossi1980@hotmail.com)

CRIX, Université Paris Ouest Nanterre La Défense - EA369

L'objectif de notre communication sera d'interroger la notion de guérison à travers l'analyse du langage utilisé dans les œuvres autobiographiques des malades atteints du cancer parues en Italie pendant les vingt dernières années. Rarement utilisé par les soignants, le mot guérison apparaît comme inadapté pour définir une condition de vie à jamais mutée par le cancer ; ses conséquences, physiques, socioprofessionnelles et psychologiques, perdurent bien après la fin des traitements, notamment par les contrôles réguliers nécessaires qui rythment la vie des anciens malades. En cohérence avec la métaphore (ou le cliché) de la guerre au cancer, la langue anglaise a créé le terme de *survivor*. Outre le survivant, qui sont les guéris qui apparaissent dans les autobiographies ? Susan Sontag (1977), dans l'introduction de *La maladie comme métaphore* constate que « en naissant, nous

acquérons une double nationalité qui relève du royaume des bien-portants comme de celui des malades » : quel « passeport » devra donc présenter celui qui a connu le cancer ? Comment définir ces personnes qui sont effectivement bien mais ne peuvent pas être considérées guéries, ces personnes qui ont obtenu un visa (Frank, 2013) qui doit par contre être périodiquement renouvelé, qui vivent dans le monde des bien-portants, même s'elles sont sous menace d'expulsion ? Ces anciens malades sont-ils des chanceux, ayant, grâce à la médecine moderne, obtenu l'autorisation de faire « un autre tour de manège » (Terzani, 2004) ? Ou sont-ils des « invisibles » (Sannucci, 2008) sans une place dans la société ? Ou encore, sont-ils des témoins qui, grâce à leur expérience, ont une connaissance unique et le devoir de la partager ? (Frank, 2013)

Atelier 2 – Les quêtes de la guérison

Perceptions de la santé et guérison. Constructions sociales et déterminants culturels de la guérison en Basse Casamance

HANE Fatoumata (hanefatoumata@yahoo.fr)

Université Assane Seck Ziguinchor (Sénégal)

La Casamance reste la région du Sénégal où les croyances aux religions traditionnelles restent fortes. Les féticheurs, les tradithérapeutes, les bois sacrés et autres pourvoyeurs de soins restent déterminants dans les parcours de soins bien que de plus en plus concurrencés par les assemblées évangélistes. Leurs compétences s'étendent aux événements de la vie ; à la prévention des malheurs, à la gestion des maladies.

Notre hypothèse est que la guérison perçue s'inscrit dans des dynamiques assez larges liées aux capacités supposées ou réelles des guérisseurs, au soulagement ressenti des maux et l'apaisement « du corps et de l'esprit », à la perception de la santé. Cette communication vise à analyser les mécanismes et processus de construction de la guérison. Quels sont les déterminants du guérir ? Nous nous appuyons sur des données ethnographiques issues d'enquête sur les rituels de soins à Mlomp et Oussouye en Casamance.

Butinage thérapeutique et quête de guérison des patients de Bethesda à Yaoundé

BATIBONAK Sarriette (sbatibonak@yahoo.fr)

Institut des mondes africains (IMAF) - Aix Marseille et Université, Aix-en-Provence - CNRS / UMR8171 (France)

« Docteur, j'ai mal à la tête. Lorsque je prends les tisanes que le féticheur a prescrites, je suis un peu tranquille. Je pensais être guérie (...), il y a de cela un mois ; mais je sens mal de temps en temps. Je me sens mal de façon intermittente. J'ai souvent été calmée par les prières du pasteur, mais je ne me porte pas bien. Je me demande comment je vais vraiment guérir (...). J'espère avoir du secours de votre consultation (...). Je vous en prie, aidez-moi ».

C'est en ces termes que s'introduit Martine auprès d'un des médecins de l'hôpital Bethesda [1]. Cette posture de Martine, évoquant trois univers thérapeutiques différents, donne à questionner l'itinéraire thérapeutique et davantage, l'étape de « guérison » présentée par les patients. Féticheur, pasteur et médecin sont consultés a priori pour une même pathologie et dans un espace de temps plus ou moins bref. En Afrique, maladie et santé revêtent des significations différentes selon le groupe social. On a pu parler des médecines différentes (De Rosny, 1992 : 25 ; Tonda, 2002 : 99) pour exprimer le pluralisme médical constaté dans ce continent (Tonda, 2002 : 101-103). L'ancrage social des conceptions plurielles du guérir a été peu exploré. Les requérants des soins s'investissent par tous les moyens pour sortir de la pathologie. Au Cameroun, dans un contexte anarchique, parfois toléré par les autorités administratives, les patients commencent « par se présenter à l'hôpital, pour se rendre bientôt chez le nganga, sans négliger les cérémonies d'église, dans l'ordre ou le désordre. Les responsables de la santé publique aussi bien que les nganga se plaignent de l'instabilité de leurs patients. Quand la guérison tarde à venir, il est souvent difficile de convaincre les malades et leur famille de patienter, avant de s'adresser à un autre type de médecine » (De Rosny, 1992 : 43). Comment comprendre ce butinage thérapeutique des malades en quête de guérison ? Quels sens donnent-ils à la fin de la maladie ? Par une approche d'anthropologie médicale, basée sur les parcours de vie, cette réflexion vise à ethnographier le va-et-vient thérapeutique des

malades mentaux en quête de guérison dans les églises et consultés en milieu hospitalier Bethesda.

[1] Bethesda est un centre hospitalier fondé par la Mission du Plein Evangile, une église pentecôtiste installée au Cameroun.

Ethnographier la guérison à l'épreuve de l'ethnicité : l'exemple de migrants chinois pris en charge en institution psychiatrique

WANG Simeng (simeng.wang1017@gmail.com)

Centre Maurice Halbwachs, ENS-EHESS Paris (France)

Cette communication discutera sur l'efficacité de l'approche ethnographique en milieu psychiatrique à l'épreuve de l'ethnicité, en prenant l'exemple de patients d'origine chinoise. S'appuyant sur des observations participantes conduites lors de consultations psychiatriques avec des familles d'origine chinoise et sur des entretiens semi-directifs individuels ou collectifs, effectués depuis septembre 2010 à l'extérieur du champ médical, auprès des professionnels de santé ainsi qu'auprès des patients et de membres de leur famille, cette communication montrera dans quelle mesure, l'approche ethnographique à la fois dans les familles chinoises et en institution, ainsi qu'à mon regard simultanément « intérieur et extérieur » sur les populations que j'ai étudiée, a été féconde et pertinente pour appréhender anthropologiquement et sociologiquement des productions et des expressions de la guérison et aux conceptions sous-jacentes de la guérison.

L'ethnographie du guérir a pu ainsi mettre en évidence les coulisses de la quotidienneté d'une vie de migrant ainsi que celles du travail des professionnels de santé en institution, replacées dans les contextes économiques, politiques, sociaux et moraux de la prise en charge en santé mentale des populations migrantes au sein de la société d'accueil. Le terme « psychiatrique » est ici entendu au sens large. Les différentes approches des soins en santé mentale biomédicales, psychothérapeutiques, psychanalytiques, entre autres, font l'ensemble des soins psychiatriques discutés dans cette communication.

Cette communication a fait l'objet d'une thèse de doctorat en sociologie dirigée par Stéphane Beaud et Richard Rechtman, soutenue en juillet 2014 à l'École Normale Supérieure, et intitulée

« Expériences migratoires au prisme des usages des soins psychiatriques. Le cas de l'immigration chinoise en région parisienne. Une enquête ethnographique en institution et dans les familles ». Il s'est agi d'une dizaine d'institutions psychiatriques comprenant des Centres médico-psychologiques, Hôpitaux de jour, Hôpitaux psychiatriques en Ile-de-France ; situées notamment dans les « quartiers chinois » tels que le 3ème arr., 11ème arr., 19ème arr., et 13ème arr. de Paris. De l'intérieur, parce qu'il existe une proximité incontestable entre le profil sociologique du sous-groupe des jeunes diplômés immigrés à Paris et le mien. De l'extérieur, parce que j'ai été mobilisée par les enquêtés chinois, en tant qu'interprète-médiatrice dans le cadre de leurs soins. La façon dont les familles chinoises m'ont utilisée s'est intégrée à leurs usages des soins psychiatriques. En quelque sorte, j'ai fait émerger les matériaux empiriques collectés dans cette thèse.

« Guérir » chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) à Dakar, Sénégal

NDIONE Gautier (ndionealbert86@gmail.com)

UMI 233 IRD /Centre Régional de Recherche et de Formation de Fann
(Sénégal)

Longtemps marginalisés, et peu pris en compte dans le système sanitaire au Sénégal, les consommateurs (CDI) de drogues injectables (héroïne, cocaïne, crack), vivent une triple vulnérabilité 1) au niveau social par une marginalisation et une désocialisation ; 2) au niveau sanitaire : atteinte par le VIH, le VHB et le VHC (étude UDSEN, ANRS 12243) ; 3) au niveau du système de soins : demande sans cesse renouvelée de traitement pour « rompre avec les drogues », dans un contexte d'approche répressive des addictions. Les propositions thérapeutiques reposent jusque-là sur l'hospitalisation en service psychiatrique généralement inadaptée à leur situation. Dans l'idée de « guérir » de ce qu'ils considèrent comme « une maladie » ils s'organisent entre pairs et mettent en place des pratiques d'auto-sevrage qui sont perçues comme peu efficaces et deviennent finalement des moments de repos dans le circuit de la consommation. Or, dans ce milieu, certains CDI parviennent à rompre avec leur consommation et deviennent des ex-consommateurs. Moctar est considéré par ses pairs comme

quelqu'un qui a réussi à « décrocher ». Quel est le sens donné à la notion de guérison dans le milieu des CDI ? Qui considèrent-ils comme pouvant guérir l'addiction ? Ceci renvoie aux causes perçues de la consommation de drogues dans ce milieu, et au caractère plus ou moins contrôlable de la consommation. Notre communication apportera des réponses à ces questions sur la base de données empiriques issues d'une enquête ethnographique réalisée dans le cadre d'une thèse d'anthropologie.

Atelier 3 – Gouvernance de la guérison

L'idée de guérison en sexologie et médecine sexuelle : entre guérison et qualité de vie

GIAMI Alain (alain.giami@inserm.fr)

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP),
INSERM-U1018 (France)

L'apparition - au début des années quatre-vingt - des premiers traitements efficaces des troubles de l'érection (pharmacologiques et chirurgicaux) a donné aux médecins sexologues et à ceux qui souffrent de ces troubles de nouveaux espoirs quant aux possibilités de traitement dans un contexte dominé jusqu'à cette époque par les traitements psychothérapeutiques. Les nouveaux médicaments "sexo-actifs" sont fondés sur une évaluation "fondée sur des preuves" de leur efficacité entendue comme "restauration d'une activité sexuelle naturelle" fondée sur une amélioration des performances comportementales et fonctionnelles des individus : amélioration de la rigidité pénienne, augmentation du temps de latence intra-vaginale dans le cas de l'éjaculation prématurée et augmentation de la fréquence des "rapports sexuels satisfaisants" dans le cas des troubles sexuels des femmes (FSD). L'amélioration de ces fonctions reste cependant dépendante de la compliance aux traitements. Les mesures d'évaluation des traitements sont complétées par des mesures de qualité de vie c'est à dire que des mesures objectives de comportement sont associées à des mesures subjectives. Mais à l'instar des propos de Canguilhem, ces traitements ne ramènent jamais les patients à un supposé état antérieur, et dans le cas de dysfonctions sexuelles, les traitements

ont pour but de faciliter le fonctionnement assisté par les traitements qui prennent ainsi une dimension palliative et qui assimilent le traitement des troubles sexuels au traitement de "maladies chroniques". La communication est fondée sur une analyse de la littérature bio-médicale, des débats qui ont lieu dans les agences sanitaires à propos de l'approbation des médicaments destinés au traitement des troubles sexuels, d'observations dans des congrès et d'entretiens informels avec des sexologues. Le traitement des troubles sexuels s'inscrit de plein pied dans le renouvellement des questions bio-médicales dans le contexte des maladies chroniques avec lesquelles le patient doit vivre en développant la meilleure "qualité de vie" possible. On développera l'idée selon laquelle la question de la guérison apparaît en arrière-plan par rapport à l'idée d'efficacité des traitements, efficacité qui reste mesurée de façon ponctuelle sur des dimensions fonctionnelles et comportementales et comment la modification des "styles de vie", l'amélioration subjective de la qualité de la vie sexuelle et de la relation avec le conjoint apparaissent comme les principaux objectifs de ces traitements.

Guérir les vulnérabilités: entre étiquetage social et vulnérabilités négociées

MASSE Raymond (raymond.masse@ant.ulaval.ca)

Université de Laval (Canada)

Dans le champ de la santé, et en particulier de la prévention, les interventions ciblent prioritairement des sous-groupes jugés vulnérables. Leur vulnérabilité à la morbidité ou à la mortalité prématurée est définie à partir de critères épidémiologiques qui évacuent toute sensibilité au contexte social, culturel ou politique. Il en résulte un processus d'étiquetage social, qui, tout en essentialisant les caractéristiques « communes » des groupes vulnérables, conduit à la stigmatisation et à la discrimination sociale. Toutefois, au cours des dernières décennies, la vulnérabilité est construite tout autant par des logiques sociales et politiques qu'épidémiologiques. Les mouvements de « panique » et de « croisade » morale jouent ici un rôle fondamental. Au même moment, la vulnérabilité n'est plus simplement assignée unilatéralement, de l'extérieur, à partir de critères imposés, à

certaines groupes passifs face à ce processus d'étiquetage. L'éthique contemporaine est mise au défi d'une analyse plus dialectique des vulnérabilités négociées. D'abord, certains groupes refusent, s'insurgent, voire refusent l'étiquette de groupe vulnérable (ex. : migrants, «nouveaux patients» responsabilisés et mobilisés pour leur propre gestion de leur vulnérabilité). D'autres groupes au contraire, profitent de ce statut de vulnérable et du capital moral ainsi attribué, pour en tirer des bénéfices en termes d'accès aux ressources. Dans ce dernier cas, construction éthique et construction politique de la vulnérabilité se chevauchent. Mais surtout, les groupes vulnérables construisent des «espaces moraux» dans lesquels émergent des discours moraux critiques de la société qui refuserait de les reconnaître comme vulnérables. Une éthique de la vulnérabilité doit englober les enjeux d'une guérison des vulnérabilités. Elle devra passer par une analyse des processus de moralisation du discours des groupes de défense des vulnérables, discours qui apparaît de plus en plus comme une co-construction de la définition des responsabilités dans l'interface des discours communautaires, populaires et étatiques.

Trajectoires de rétablissement : une dynamique croisée entre accompagnants et accompagnés. Le cas du « chez soi d'abord »

LAVAL Christian (lavalchristian2@gmail.com)

Laboratoire de Santé Publique, APHM- (EA 3279) Marseille (France)

Depuis trois décennies, dans le monde Anglo-Saxon de la santé mentale, le rétablissement (recovery) est une notion différenciée de la guérison. Il est conceptualisé comme un processus holistique: singulier, biologique mais aussi social, citoyen et existentiel. Il s'intéresse non seulement au cours de la maladie psychiatrique (début et fin) mais plus largement aux formes de vie et aux processus internes et externes qui font tenir les personnes dans la traversée d'épreuves de vie lorsque la pathologie mentale est présente.(délire ou hallucination). Dans le cadre d'un programme dit «un chez soi d'abord » mis en place sur 4 villes (dont Marseille) depuis 2011, nous proposons de documenter des trajectoires de rétablissement en dépassant la saisie du cours de la maladie et en rendant compte de différents processus qui contribuent à se rétablir dans le double sens de se remettre mais aussi de se

replacer. Deux éléments au moins seront pris en compte : 1) L'engagement subjectif des personnes. Quand ont-t-elles le sentiment « d'avancer » ? « D'aller mieux »? Comment décrivent-elles cette expérience ? Quelles sont les ressources et les supports qu'elles mobilisent pour ce faire ? Quels sens cela a-t-il pour elles ? 2) Le niveau de reconnaissance par les accompagnants du type de savoirs que les personnes développent sur leur pathologie et sur les processus qui aboutissent à « mieux être » ou à « vivre mieux ». Je m'intéresserais particulièrement à la place prise par les travailleurs pairs/médiateurs de santé en vis-à-vis des personnes accompagnées. Des différentes interactions entre accompagnés et accompagnants, émerge progressivement une pratique du rétablissement ajusté au « chez soi d'abord » expérimenté en contexte français.

De guérir à prévenir : La médecine va-t-elle changer de paradigme ?

HARDY Anne-Chantal (anne-chantal.hardy@univ-nantes.fr)

Droit et changement social (DCS), Université de Nantes, CNRS – UMR
6297 (France)

"Si le processus de guérison ne s'appréhende pas de la même façon du côté du malade et du côté du soignant, il suggère néanmoins que la maladie a fait irruption, dans la vie de l'un et le travail de l'autre. Ainsi, l'objet du travail médical peut se définir autour de l'activité de guérir, à condition de ne pas considérer la guérison comme un résultat, mais comme une tentative de donner du sens à des actes [1]. Ces derniers sont plus des actes de lutte (voire de guerre) que des actions réparatrices : la maladie se vainc et l'opération de guérison projette l'ensemble des acteurs - soignants et patients - dans un espace invisible où la parole est pauvre, où la violence est tue et où l'idéal bienfaisant masque la réalité des corps meurtris. Pourrait-on imaginer une médecine qui se débarrasserait, une fois pour toutes, du poids d'avoir à guérir ? Telles seraient les évolutions annoncées de la biomédecine, en particulier prédictive et préventive, susceptibles de provoquer un changement radical du paradigme soignant, puisqu'il s'agira désormais d'œuvrer à empêcher la maladie d'advenir. Cette quasi « révolution » est portée par la médecine dite 4P : Prédictive, Préventive,

Personnalisée et Participative [2]. Celle-ci pourtant nous interroge : cette approche est-elle si différente de la précédente ? Ne s'agit-il pas que de guérir un risque ? Si l'on prend en considération le « prix à payer de la guérison [3] », sommes-nous sûrs que le prix à payer de son évitement serait moins élevé ? Par exemple, la médecine dite « personnalisée » est-elle susceptible d'éradiquer (comme elle l'annonce) certaines maladies ou certaines catégories de malades ? Sous quelles normes comportementales les individus pourraient-ils être contraints « d'acheter » leur santé ? Pour exposer ces questions, nous mobiliserons les résultats de nos travaux antérieurs sur la profession médicale, étayés de nouveaux terrains en cours (médecine personnalisée, obstétrique, maladies génétiques).

[1] A.-C. Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2013.

[2] Souvent résumée par « médecine personnalisée ». Pour plus de précisions concernant cette approche de la médecine, cf. Claeys A. et Vialatte J.-S., *Vers une médecine de précision ? Les enjeux scientifiques, technologiques, sociaux et éthiques de la médecine personnalisée*, Rapport de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologique sur les progrès de la génétique, Sénat, 22 janvier 2014. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-off/i1724.pdf>

[3] G. Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Le Seuil, Paris, p. 91 "

Atelier 4 – Recours non conventionnels et guérison. Sur la production et la circulation des récits de guérison

L'exemple des praticiens français en médecine traditionnelle indienne

COMMUNE Nicolas (nicolascommune@hotmail.fr)

Dynamiques sociales et langagières, DYSOLA, Université de Rouen, EA4701 (France)

En France, les praticiens d'ayurvéda -une médecine traditionnelle de l'Inde- sont pour la grande majorité des français convertis à cette pratique. Ils se positionnent sur le registre des soins naturels, du bien-être et de la prévention, en se gardant d'afficher toute prétention curative. Groupe relativement peu nombreux, ils pratiquent en libéral pour une clientèle essentiellement urbaine, issue de classes moyennes et aisées. Cependant, lors d'un travail de

terrain auprès de cette population, il est apparu que des récits de guérisons attribuées à l'ayurvêda circulent de façon récurrente, entre les praticiens et les patients. L'analyse de ces mises en récits donnent accès à une définition toute autre du travail thérapeutique de ces praticiens, qui à l'inverse du positionnement affiché, met en scène les possibilités curatives de cette « médecine traditionnelle indienne ». Au-delà des récurrences structurant ces récits, les modalités par lesquelles la guérison est évoquée et mise en scène varient à la fois selon leurs destinataires (néophytes ou initiés) et selon l'espace de pratique auquel ils font référence (France ou Inde). Selon ce contexte, la guérison peut être associée à une action bienfaisante, consécutive d'un « mieux-être », ou elle peut renvoyer à une guérison « complète et authentique », dans laquelle la dimension spirituelle est centrale. La circulation de ces récits dans des réseaux -et leur mise en forme différenciée selon les destinataires- permet de souligner les jeux de dévoilement qui prennent place dans ces réseaux, le rôle des « témoins » dans les mécanismes d'authentification qui vont sous-tendre la reconnaissance de la capacité légitime du praticien à produire cette guérison. De ce point de vue, la guérison apparaît comme un bien symbolique produit par une action thérapeutique, qui va justifier le recours à un praticien spécifique, identifié comme dépositaire de cette capacité à guérir. La forme et le contenu de ces récits est alors significatif des luttes concurrentielles et des enjeux de légitimation dans lesquels sont pris ces praticiens, consécutifs de modes spécifiques d'attachement à la clientèle.

De la « guérison » au « bien-être » : mise en oeuvre et instrumentation des nouveaux dispositifs d'action publique en matière de santé par les praticiens en médecine chinoise

PARENT Fanny (fanny.parent@sciencespo-toulouse.fr)

Laboratoire des Sciences Sociales du Politique (LaSSP), IEP Toulouse,
EA47152 (France)

La mise en concurrence de la biomédecine (utilisation d'Internet, associations de patients, essor des pratiques de soin « non-conventionnel »), et le sentiment d'inadéquation entre la demande publique de prise en charge globale et individualisée, et les outils de la médecine conventionnelle, jugés inadaptés et inefficaces pour

bon nombre de ces demandes (éducation des enfants, maladies chroniques, douleurs, etc.), conduit à penser que « [...] la notion de santé ne correspond plus à sa définition biomédicale, comme un état corporel normal et sain qui se définit par l'absence de maladie » (Schmitz, 2006, p.12). A partir des pratiques de la médecine chinoise [1] et de leur intégration en France, nous proposons de dérouler ces processus convergents entre l'évolution de la demande sociale, des politiques publiques de santé et des processus d'adaptation du milieu médical. Ces trois processus nous semblent conduire à un nouveau paradigme qu'on pourrait qualifier de « bien-être » en opposition à la vision de la santé se réduisant à la maladie et à la guérison. Pour cela, cette communication s'appuie sur un travail de thèse en cours auprès des praticiens en médecine chinoise, de leurs organisations professionnelles et des services d'État concernés par les questions de santé. L'enquête empirique est fondée sur un corpus de 54 entretiens semi-directifs (dont 18 avec des médecins acupuncteurs, 4 avec des sages-femmes, 22 avec des « praticiens en médecine chinoise », et 10 avec des agents de l'État), d'observations directes (lors de congrès professionnels, de réunions d'associations et d'instituts de formation). Un travail sur les documents diffusés par les associations et « une participation observante » dans une école privée de formation à la médecine chinoise (environ 480 heures) complètent ce corpus. Dans cette communication, nous partirons des dispositifs d'action publique qui découlent de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi qui a entraîné une nécessaire adaptation des institutions de santé (par exemple, l'organisation des soins palliatifs, les négociations avec les associations de malade, la création de soins de support, etc.). Nous montrerons comment l'instrumentation de ces dispositifs offre des possibilités pour les praticiens en médecine chinoise. D'une part, pour les praticiens non diplômés de médecine et formés dans des écoles privées, c'est la possibilité d'une reconnaissance par l'État : si le paradigme dominant n'est plus la seule guérison, alors l'expertise médicale n'a plus le monopole et d'autres savoirs, d'autres praticiens peuvent intervenir. D'autre part, pour les acupuncteurs membres des professions médicales, l'enjeu est d'asseoir leur légitimité dans le champ médical.

[1] La médecine chinoise comprend l'acupuncture, les massages Tuina, la diététique, la phytothérapie, et les pratiques psycho-énergétiques (qi gong).

Atelier 5 – Des guérisons sans maladie

Les expériences de prise en charge et de guérison des échappées belles dans les hôpitaux de Dakar.

GRENIER-TORRES Chrystelle (c.grenier.torres@free.fr)

Les Afriques dans le monde (LAM), Sciences Po, CNRS - UMR5115
(France)

Rappelons dans un premier temps que la grossesse et l'accouchement ne sont pas des pathologies mais qu'elles peuvent générer morbidité ou donner la mort pour des raisons diverses, ce qui est leur spécificité sanitaire. Les modalités de prise en charge thérapeutique des femmes ayant vécu une exposition à une situation de vulnérabilité extrême au risque de morbidité lors de leur grossesse, accouchement ou période post-partum, appelées de ce fait des échappées belles, sont plurielles. La qualité du personnel médical de la structure, l'effet établissement (technologies médicales présentes au sein de l'établissement), le rapport à l'éthique, à la vie sont des éléments qui semblent participer aux expériences de processus de guérison que les femmes et les nourrissons vivent lorsque leur pronostic vital est en jeu. Les capacités des femmes et des familles à pouvoir mobiliser des ressources aussi bien matérielles (argent pour payer les médicaments, les opérations, examens, poches de sang) que sociales (réseaux de connaissances notamment de personnel médical) apparaissent comme des facteurs également importants dans les profils de prise en charge médicale pour sauver les femmes d'une mort maternelle. Les facteurs structurels et culturels jouent un rôle important dans la définition de ces prises en charge (pour guérir les femmes des maux d'un accouchement difficile comme une crise d'éclampsie, d'une grossesse à risque, des hémorragies post-partum fréquentes) mais la place de l'action de l'individu en tant que sujet de son expérience, notamment chez les personnels soignants, s'avère jouer un rôle majeur dans la détermination de l'issue du risque de mourir pour la femme. Il apparaît que les

significations de son rapport à son métier de soignant (aussi bien en tant que médecin, sage-femme, infirmière), de son rapport à la vie (aspect culturel) et de son engagement éthique participe à déterminer un type d'implication dans les processus de guérison des patientes et ce, sans nier les contextes matérielles de l'exécution de leur profession. Le manque de matériel médical peut participer aussi à des prises en charge relatives malgré un pronostic vital engagé. La question de la norme dans le rapport à la guérison et à la vie est centrale mais doit être posée dans le contexte où l'exercice médical considéré se déroule. Cette communication repose sur l'analyse de cas d'échappées belles qui ont été prises en charge dans des hôpitaux à Dakar et suivies jusqu'à qu'elles soient considérées comme guéries. L'analyse des cas repose sur une collaboration avec les obstétriciens ou médecins réanimateurs qui ont suivis ces femmes tout au long de leur processus de prise en charge jusqu'à guérison.

La périnéorraphie comme guérison de l'accouchement par voie basse, Phnom Penh, Cambodge

SCHANTZ-INGUENAU *Clémence* (clemschantz@hotmail.com)

Centre population et développement, (CEPED), Université Paris V Descartes, INED, IRD, Paris (France)

« Ici on ne fait pas la rééducation du périnée, on fait la réparation du périnée » (Sage-femme, 65 ans, Phnom Penh, 2014). La périnéorraphie [1] est une pratique chirurgicale invasive visant à rétrécir l'orifice vaginal. Au Cambodge, dans la capitale Phnom Penh, les terrains de recherche ont montré qu'elle était régulièrement réalisée chez des femmes jeunes, immédiatement à l'issue de l'accouchement par voie basse, ou quelques mois après celui-ci. En s'appuyant sur des données empiriques issues de quatre terrains de recherche d'une durée totale de 10 mois dans des hôpitaux et cliniques à Phnom Penh, auprès de sages-femmes, de gynécologues obstétriciens, d'hommes et de femmes, mais aussi en milieu rural, cette communication proposera de partir de la périnéorraphie, « chirurgie réparatrice » du périnée, pour s'interroger sur ce que cette réparation ou « guérison » veut dire dans la biomédecine obstétricale khmère contemporaine. Nous proposerons ainsi de redéfinir l'accouchement par voie basse à

Phnom Penh comme une pathologie spécifique dont il faut « guérir », à travers le prisme de la périnéorraphie, « réparation » chirurgicale du périnée. Nous définirons la guérison en référence à cette thérapie interventionniste qui semble avoir pour but le retour à la virginité (kromom) des femmes. Elle répond à la construction sociale d'une norme corporelle et sexuelle issue de l'élaboration plurielle d'une multitude d'acteurs : hommes, femmes, et soignants. Cela nous amènera à déconstruire l'accouchement par voie basse, à le situer dans une représentation symbolique du corps au Cambodge où la circulation des flux corporels est centrale et où les orifices doivent être maîtrisés. Cette posture épistémologique permettra ainsi de replacer le corps au cœur de l'analyse, et de l'envisager comme le miroir de la société khmère.

[1] Pratique chirurgicale utilisée en France de façon sporadique chez des femmes majoritairement âgées et atteintes de rectocèle (prolapsus du rectum) et visant à couper et à enlever une partie des muscles et tissus périnéaux afin de resserrer et rétrécir l'orifice vaginal.

Atelier 6 – Travailler à guérir

Se rétablir d'un cancer : une pérennisation de l'incertitude de la trajectoire de malade.

HERVOUET Lucile (lucile.hervouet@gmail.com)

Centre de sociologie des organisations (CSO), CNRS - UMR7116, Sciences
Po Paris (France)

La proposition de communication se base sur les résultats d'une thèse de sociologie (2009-2012) portant sur l'enjeu de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital face au cancer. En termes méthodologiques, la communication s'appuiera sur les entretiens individuels semi-directifs réalisés dans le cadre de la thèse (93, auprès de malades, de proches et de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de malades atteints de cancer). Durant la phase de thérapeutique, les stratégies de gestion du traitement en succession de courts termes ont pour bénéfice de reléguer une partie des questionnements sur l'avenir à plus tard. La communication propose de montrer que c'est dans la phase d'« après-traitement » que ressurgissent fortement ces

questionnements. Sans possibilité de se raccrocher à l'action thérapeutique de phase aigüe pour mettre à distance ses doutes et appréhensions, le malade doit alors faire face à des interrogations liées au sens même de sa maladie et à la construction d'un nouveau rôle social et familial. Ainsi, même s'il est rétabli physiquement, bien que certains malades souffrent définitivement d'une atteinte physique dans le cadre de « trajectoires invalidantes » (Ménoret, 1999), la sortie du traitement n'est jamais un retour à une vie « comme avant ». L'après traitement consiste en une entrée dans une période de surveillance, avec des examens et des consultations de contrôles réguliers. On retrouve à plusieurs reprises la métaphore d'une « épée de Damoclès » pesant sur les patients angoissés par l'idée d'une récurrence. La surveillance, et pour certains la poursuite d'un traitement, tendent à les rapprocher de l'expérience d'une maladie chronique et d'une trajectoire de malade perçue comme sans fin.

La guérison comme un travail de redéfinition de soi

DAMBRE Frédérique (frederique.dambre@ed.univ-lille1.fr)

Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (CLERSE), CNRS - UMR8019, Université Lille I, Sciences et technologies, Faculté de Sciences économiques et sociales (France)

Quand il s'agit de cancer, le terme de guérison n'est pas employé. On lui préfère, pour définir la personne « qui n'a plus de symptômes », celui rémission. Sans jamais affirmer nettement que la personne est guérie, ce terme médical laisse entendre que toute réapparition de la maladie est possible. Le caractère inachevé de la maladie place la personne dans une position d'incertitude, une récurrence pouvant toujours être envisagée. Derrière ces discours médicaux, comment les personnes malades s'approprient et définissent-elles la fin de leur maladie ? Dès le diagnostic du cancer, la maladie marque une rupture biographique dans la vie des personnes. Elle entre alors parmi les malades et doit le plus souvent organiser sa vie autour des traitements qui se partagent entre institution médicale et lieu de vie des personnes. Ici le temps est marqué par les soins et la lutte contre la maladie. Une fois les soins les plus lourds terminés, voire la rémission prononcée, la carrière de malade se poursuit. En parallèle des rendez-vous médicaux de

suivi - qui rappellent le statut de malade - il s'agit surtout pour la personne de se réapproprier un corps qui a lui fait défaut et de se redéfinir une identité. A partir de quel moment la personne se considère-t-elle comme guérie ? Quand n'est-elle plus malade ? Si l'on considère la maladie comme un processus physique et biologique, et également subjectif et social, on pourrait alors envisager que la personne se définisse comme guérie une fois son travail de définition de sa nouvelle identité individuelle et sociale achevé. Dans une première partie j'aborderai le cancer au travers de la notion de rupture biographique développé par Michael Bury. Il s'agira ensuite de montrer comment la personne, dans une perspective interactionniste, travaille à la définition de sa nouvelle identité et de voir dans quelle mesure, au travers d'exemple tiré de mon travail de terrain, cette nouvelle définition de soi contribue à se considérer comme guérie.

Atelier 7 – Guérisons et maladies chroniques (en videoconference avec ottawa)

Compte-rendu du colloque de Dakar

Musso Sandrine (AMU / CNE)

La guérison après le cancer infantile

CARRIERE Nathalie (natalie.c.carriere@gmail.com)

Université d'Ottawa, École d'études sociologiques et anthropologiques
(Canada)

Healing after childhood cancer is a process that involves not only the affected child, but the whole family. It is a journey fraught with contradictions, and unexpected challenges. In an autoethnographic narrative which draws on my MA thesis research, I explore the dissonance between my experience with persisting grief and fear, and the medical discourses we encountered during treatment that celebrated our medical successes and urged us to resume our “normal lives” at the end of treatment. Biomedical, institutionalized definitions of healing used by our treating physicians and care team would have me believe that my daughter

is cured of her cancer, and that our lives have resumed as they were before. My experiences as a mother however, illustrate how cancer still is very much present in our daily lives. Similarly, the ongoing physical and emotional experiences of my daughter may involve some which are attributable to late effects from chemotherapy and other medical interventions. According to our medical practitioners, healing occurred when they surgically removed her tumor, and could no longer find any detectable presence of cancer cells in her body after the prescribed course of chemotherapy. However, my experience of healing from cancer with my daughter and her two brothers, is rooted as much in the personal and the social as the biomedical, and it is a process which is still unfolding, nearly two years later.

Guérir de maladie mentale chronique? La vie désirée selon des patients psychotiques

MARQUIS Nicolas (nicolas.marquis@usaintlouis.be)

Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3), INSERM U988, Université Paris V – Paris Descartes, CNRS - UMR8211, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) (France) et Université Saint-Louis - Bruxelles (Belgique)

Cette communication interrogera la signification émique du terme « guérir » pour des personnes atteintes de pathologies mentales lourdes et souvent chroniques (comme la schizophrénie). À partir d'une observation participante au long cours réalisée dans une Communauté Thérapeutique belge (Sassolas), et d'une quinzaine d'entretiens compréhensifs menés avec des patients psychotiques y résidant, on questionnera d'abord la possibilité même que la guérison signifie quelque chose pour ces individus, ensuite la pertinence de remplacer l'idée de guérison par celle de « vie bonne » ou de « vie désirée », et enfin les difficultés méthodologiques (liées à la récolte de matériau discursif) et épistémologiques (liées aux critères de la vie bonne pour les personnes psychotiques et à la difficulté fréquemment expérimentée de se projeter dans le futur) que soulève un tel déplacement. En filigrane de cette réflexion, on retrouvera une interrogation sur les usages de la notion d'autonomie dans les façons dont les psychotiques décrivent tant leurs façons d'aller mal

que leurs façons de s'en sortir, dans un contexte socio-culturel décrit comme celui d'une société de l' « autonomie comme condition » (Ehrenberg).

Des « guérisons locales ». Itinéraires diagnostiques, «patients in waiting» et hépatite B au Burkina Faso.

GILES-VERNICK Tamara (tgiles@pasteur.fr)

Institut Pasteur, Unité d'Épidémiologie des Maladies Émergentes, Paris
(France)

HEJOAKA Fabienne

UMI 233/UM 1135 TransVIHMI/1175 INSERM - IRD, Montpellier (France)

TRAORE Abdoulaye

Groupe de Recherche Action en Santé (GRAS) (Burkina Faso)

SANOUE Armande

Groupe de Recherche Action en Santé (GRAS) (Burkina Faso)

À partir de l'analyse des « itinéraires diagnostiques » des patients porteurs du virus de l'hépatite B au Burkina Faso, cette communication offre une analyse critique de la diversité des déclinaisons de la « guérison » pour une même pathologie. Infection virale qui s'attaque au foie, l'hépatite B peut être à l'origine d'une maladie aiguë ou chronique, exposant les sujets atteints à un risque important de décès par cirrhose ou cancer du foie. Paradoxe biopolitique, alors qu'elle constitue un problème majeur de santé publique au niveau mondial - 240 millions de personnes souffrant d'une infection chronique dans le monde - l'hépatite B a longtemps été une épidémie invisible caractérisée par un ajournement des politiques de santé. Basée sur la notion de « biologie locale » (local biologies) proposée par Margaret Lock, il s'agira d'analyser ce que nous appelons les « guérisons locales » qui traduisent l'imbrication des dimensions biologiques, culturelles, sociales et politiques qui produisent la complexité et la dynamique des formes de guérison dans le cas de l'hépatite B. Cette communication est basée sur une étude ethnographique explorant l'expérience subjective et sociale de l'hépatite B vécue par les malades dans 3 villes (Banfora, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou) entre 2012 et 2014. Les données ont été collectées au cours de 67 entretiens individuels approfondis et des observations participantes d'annonce de diagnostic réalisées au sein d'un hôpital, de deux centres de transfusion sanguine, d'une association communautaire

et de « tradithérapeutes ». L'analyse des déclinaisons des « guérisons locales » sera articulée autour de trois axes principaux. Une première partie présentera trois vignettes ethnographiques décrivant à partir de la description « d'itinéraires thérapeutiques » de patients, la diversité des formes et des modalités que « guérir » peut prendre. La deuxième partie propose un essai de typologies des différentes formes de la guérison que sont : la « guérison virtuelle », la « guérison tradithérapeutique », la « guérison asymptotique » et enfin la « guérison hypothétique ». Dans une perspective pratique, la troisième partie propose enfin une analyse appliquée des résultats de l'étude et des outils développés pour améliorer la formation et les pratiques des soignants.

Guérir, malgré tout. Anthropologie des résistances à la chronicisation de la toxicodépendance et du cancer

MARCHE Hélène (hmarche@yahoo.fr)

Centre Max Weber UMR 5283), Université Jean Monnet - Saint-Etienne
(France),

FERNANDEZ Fabrice

Centre Max Weber UMR 5283), Université Jean Monnet, Saint-Etienne
(France)

Pourquoi faudrait-il s'engager sur la voie de la guérison alors que la maladie prend racine durablement et profondément dans notre vie sociale, psychique et organique, que son accompagnement thérapeutique nous permet de vivre tant bien que mal et que les chemins pour espérer un total rétablissement s'avèrent des plus incertains ? Dans le champ de la médicalisation des addictions, où les médicaments substitutifs troublent profondément l'hypothétique sortie de toxicodépendance, ou dans le domaine de l'oncologie médicale, où le développement des thérapies prolonge la vie des patients sans pour autant éradiquer la maladie, cette question se pose de manière exacerbée. Dans le cadre du programme ANR Socioresist (2013-2017), nous proposons ici une analyse de récits de vie et d'observations ethnographiques menés au sein d'une communauté thérapeutique et dans des services de cancérologie. Il s'agit de saisir de façon comparative la manière dont ces usagers de drogue sous traitement substitutif et ces patients atteints de cancer avancé s'efforcent au quotidien de réélaborer les significations de la guérison et, ce faisant, de composer, de

s'opposer voire de résister à la chronicisation de leur maladie. Face aux dimensions d'un quotidien altéré (transformation du rapport au corps, du rapport à soi et aux autres ; déstructuration des temporalités ordinaires ; emprise du monde médical), nous explorerons 1) les polysémies de la guérison (éradication du mal, métamorphose de soi, retour à une vie normale, etc.) et analyserons 2) les formes de reconfigurations subjectives de la toxicodépendance et de la maladie cancéreuse qui en découlent. À travers une anthropologie de l'expérience qui s'intéresse particulièrement à la reconstruction narrative de la maladie (Kleinman, 1980), les éléments mis ici en lumière nous permettront de mieux comprendre le contrôle qu'exercent ces malades sur leur destinée, que ce soit à travers la quête d'un mieux-être ou d'une vie « digne d'être vécue ».

Atelier 8 – Guérir : et Après ?

Revivre après un traitement du cancer du sein : quelles normes de vie?

MINO Jean-Christophe

Centre Georges Canguilhem, Université Paris 7 Diderot (France)

LEFEVE Céline (celine.lefeve@gmail.com)

Centre Georges Canguilhem, Université Paris 7 Diderot (France)

Cette communication a pour objet l'expérience des personnes après le traitement curatif d'un cancer du sein dans le cadre d'une recherche en cours utilisant une approche narrative. Elle s'appuie au plan théorique sur la philosophie de la normativité de Georges Canguilhem. On le sait, un de ses principaux apports réside dans la définition subjective, qualitative et globale de la santé et de la maladie à partir de l'expérience et des jugements évaluatifs de la personne elle-même. Nous pensons qu'un cadre d'analyse mobilisant le concept de "normativité" est heuristique dans le champ du cancer pour comprendre les changements issus de la maladie, du traitement et le retour à une vie "normale". Nous avons rencontré des femmes traitées il y a moins de 2 ans pour un cancer du sein. Nous avons vu environ 25 femmes âgées de 30 à 84 ans, de professions et milieux sociaux divers. Notre analyse s'appuie sur une méthode d'analyse des entretiens biographiques proposée par Dubar et Demazière au travers d'une analyse structurale de récits s'inscrivant dans la suite des travaux du sémioticien Greimas. Il s'agit, en procédant de manière inductive, de décomposer et analyser la logique et le sens du discours puis de condenser ce dernier au travers d'un schème intelligible permettant une comparaison entre différents entretiens. Nous décrivons la vie après le traitement et les formes diverses de la normativité à travers la reconstruction narrative que ces femmes nous ont fournie.

Guérir des maux de la guerre au Pérou : nettoyer l'âme et le corps

DELACROIX *Dorothee* (dorothee.delacroix@gmail.com)

Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (LISST-CAS),
CNRS-UMR5193, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS),
Université Toulouse le Mirail - Toulouse II (France)

Dans les Andes rurales péruviennes, force est de constater une évolution de l'étiologie locale des maladies après l'épisode de violence politique qu'a connu le pays entre 1980 et 2000 et qui principalement touché les paysans andins quechuaphones. Les discours de ces derniers à propos des maladies qu'ils attribuent à la guerre (sommnambulisme, perte de mémoire, maux de tête, maladie de la peur (*susto*), cancers) seront mis en perspective, dans cette communication, avec les modalités de guérison envisagées par ces mêmes acteurs. Il ne s'agira pas de donner une nosographie objective des maladies consécutives à la guerre, mais de restituer l'expérience des personnes affectées et les catégories qui leur permettent de l'exprimer. Le contexte de peur et d'atrocité propre à l'époque de la guerre a généré une appréhension de soi et de son environnement qui n'était pas en rupture avec les modèles cognitifs préexistants liés à la conception de la personne et du monde, mais qui a rendu leur redéfinition nécessaire afin de les « ajuster » à la réalité vécue. Nous nous demanderons pourquoi le guérisseur traditionnel (*curandero*) est-il considéré impuissant face aux maladies de la guerre alors que le psychologue est, lui, jugé capable de les soigner ? Et dans quelle mesure un rôle thérapeutique est-il aussi attribué aux conversions à l'évangélisme ? Les paysans se sont en effet appropriés des notions apportées par les membres des ONG et les évangélistes et cela pas seulement afin de pouvoir revendiquer leur statut de victime. Nous verrons que les différentes manières de penser les difficultés du quotidien après des épisodes violents offrent non seulement un registre discursif pour exprimer la souffrance mais permettent aussi d'évoquer les réseaux d'animosités qui continuent de structurer subrepticement le quotidien et les relations sociales.

Émergence de problématiques liées à l'après-soins des femmes jeunes après un cancer du sein non métastatique

QUERRE Madina (madina.querre@reuess.net)

REVeSS (France)

REGNIER Véronique

PACTE Grenoble (France)

Nous proposons de présenter ici des éléments de réflexion issus d'une étude réalisée en 2011 auprès de 36 femmes ayant eu un cancer du sein non métastatique et prises en charges dans deux sites situés dans 2 régions. Parmi les femmes soignées pour un cancer du sein, une femme sur quatre a moins de 50 ans lors de son diagnostic de cancer (Bloom 2004). Ces femmes sont celles dont la qualité de vie mentale est, comparativement à la population française en générale, la plus affectée par le cancer (Le Corroller-Soriano 2008). Parce qu'elles se situent dans une période très active aux niveaux familial, social et professionnel, ces femmes sont également celles pour lesquelles la problématique de la vie « après le cancer » comporte les éléments de socialisation les plus marqués. Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les problématiques spécifiques de l'après-soin du cancer chez ces jeunes femmes (moins de 50 ans) et les processus conduisant aux inégalités dans cette phase. Nous proposons ainsi de présenter des éléments spécifiques à cette période d'après-soin qui ont émergé du discours des femmes interrogées au cours de ce travail. 1) L'association de l'épisode de maladie et de soins, à une rupture et à une transition dans leur parcours de vie, 2) L'expression d'une période vécue comme psychologiquement difficile suite à l'arrêt des soins hospitaliers en raison de plusieurs facteurs : Représentation et vécu de cette période discordants, épuisement physique et psychique, incertitude quant une possible récurrence, appréhension des effets secondaires issus des traitements, 3) La place des acteurs de soin en relais au secteur hospitalier dans le suivi de ces femmes, 4) La complexité des modalités et des conditions de reprise de leur emploi.

Construire une image positive de l'ancienne malade du cancer du sein : l'association « Vivre comme avant »

CAUDULLO Coralie (caudullo.coralie@orange.fr)

Université de Rouen, Amades (France)

En France, les associations de malades apparaissent à partir des années 1950 : la chronicisation de pathologies autrefois mortelles (diabète, hémophilie) augmente l'autonomie des patients dans leur propre prise en charge. Ils deviennent des « auto-soignants » (Herzlich C, Pierret J, 1995) et revendiquent le « savoir profane » issu de l'expérience de la maladie. En 1970, l'AFM prend part au processus de production des connaissances scientifiques (Rabeharisoa V, Callon M, 1998). Plus tard, l'épidémie du sida fait apparaître la notion de « patient réformateur ». Les mesures politiques nationales et internationales vont dans le sens d'une promotion du rôle de l'usager (Charte du patient hospitalisé en 1974, Réforme hospitalière en 1996, création du « Forum européen de la santé » par l'OMS en 2000 etc). L'implication de bénévoles au cœur de la relation de soins est plus récente. Les modalités de prise en charge du cancer semblent entre autres avoir conditionné son expansion, avec la promotion des « soins de support » (Plan Cancer). Cette communication s'appuie sur une enquête ethnographique réalisée au sein d'une association de lutte contre le cancer : Vivre comme avant (VCA). Cette dernière est essentiellement constituée d'anciennes malades qui interviennent en milieu hospitalier pour soutenir les femmes après une mastectomie/tumorectomie. Elle compte plus de 120 bénévoles réparties sur toute la France (dont 9 en région PACA, lieu de l'enquête) et fut créée en 1952 à New York sous le nom de « Reach to Recovery ». Cette présentation propose une analyse du message délivré aux malades par l'association, en s'intéressant en particulier aux modalités de construction d'une image positive de l'ancienne malade, devant représenter un « exemple vivant de l'espoir » (terme VCA). Selon cet objectif, l'association réalise un recrutement sélectif de bénévoles : plutôt jeunes, féminines, dynamiques, leur trajectoire de maladie incarne une certaine réussite de la cancérologie (Ménoret, 1999). Une grande attention est donnée à ce que les séquelles de la maladie soient effacées, les bénévoles connaissant une rechute devant par exemple se retirer de

l'association. Alors que la guérison pour les malades du cancer est toujours incertaine, VCA polarise son action autour d'une identité de guérie, d'une guérison permettant de recouvrer le même état qu'avant l'émergence du cancer. L'intervention de VCA est une forme de réhabilitation de la femme malade dans son corps et ses rôles sociaux - la femme, la mère, l'épouse - selon des normes sociales et culturelles traditionnelles. Au bilan, le message associatif repose sur un travail représentationnel allant à contre-courant de plusieurs conceptions : la maladie comme dégradation physique, la maladie comme dégradation relationnelle (dynamisme = vie sociale), la maladie comme dégradation de la féminité et de manière générale, la maladie comme impossible guérison.

Atelier 9 – Guérison et santé mentale

« Guérir, diminuer les troubles, améliorer ? » Les thérapies cognitives et comportementales à l'épreuve de la guérison.

FORNER-ORDIONI Elsa (elsa.forner@gmail.com)

Institut Marcel Mauss, EHESS Paris (France)

Les thérapies cognitives et comportementales ont fait l'objet de rapports d'évaluation (INSERM 2004) mettant en évidence leur efficacité supérieure dans le traitement des troubles psychiques. Leur adoption en milieu hospitalier correspond à une forme d'innovation thérapeutique qui permettrait, notamment par l'application de protocoles précis, faciles à énoncer et à contrôler, d'homogénéiser les pratiques thérapeutiques d'un lieu à un autre. La valorisation d'un tel dispositif s'appuie sur la reconnaissance par les professionnels de la classification nosographique du DSM et s'illustre par une définition spécifique de trajectoire de la maladie organisée autour de la notion de « trouble ». Enfin, les TCC sont par ailleurs supposées faciliter la prise en charge en ambulatoire des patients et permettre une progression rapide de cette prise en charge vers une éducation thérapeutique. A ce titre, elles satisfont les contraintes économiques du secteur hospitalier, ainsi qu'une certaine politique d'autonomisation des usagers. Pour autant, elles posent un ensemble de problèmes organisationnels aux praticiens qui s'en saisissent. L'évaluation du travail psychothérapeutique

demeure une gageure : comment quantifier et valoriser l'efficacité de psychothérapies qui ciblent des troubles dont on ne connaît pas - pour beaucoup - la cause exacte et qui engagent patient et thérapeute dans une relation psychothérapeutique de nature singulière ? Une enquête ethnographique de plusieurs mois alliant observations et entretiens au sein d'un service de psychiatrie adulte nous a permis de mettre en perspective la façon dont les acteurs argumentent, défendent, construisent et évaluent les effets de leur travail psychothérapeutique. Quels outils et définitions mobilisent ces acteurs au cours de leur travail pour évaluer l'état du patient ? A quels répertoires de justification font-ils appel pour défendre leur conception de la guérison ou encore arguer de l'efficacité d'une thérapie par rapport à une autre ? Comment quantifier les effets d'un travail psychothérapeutique qualitatif et singulier ? Différents régimes de la preuve sont mobilisés et entrent en concurrence pour définir la guérison, le rétablissement, ou encore l'amélioration : observations et entretiens cliniques, statistiques, fluidité de la file active ; les praticiens s'appuient sur différents éléments pour légitimer ces jugements. Quelle conception de la guérison est mise en œuvre par ces praticiens, à l'épreuve des thérapies cognitives et comportementales ?

Le « rétablissement » en santé mentale et son importation en France

GRARD Julien (jul.grard@gmail.com)

Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux (IRIS),
Université Paris XIII - Paris Nord, École des Hautes Études en Sciences
Sociales (EHESS), Université Sorbonne Paris Cité (USPC), CNRS
UMR8156, Inserm-U997 (France)

L'importation d'un paradigme historiquement et culturellement situé en psychiatrie -ou en « santé mentale »- se déroule, peu à peu depuis plusieurs années en France. Si pour certains il s'agit d'une révolution copernicienne pour la psychiatrie, tant d'un point de vue théorique qu'en ce qui est de ses pratiques, pour un grand nombre de ses détracteurs, il s'agit ici bien plus « d'idéologie » - dans l'acception péjorative du terme. Ce paradigme est celui du rétablissement - traduction littérale du terme anglo-saxon de recovery. Le but de cette communication n'est évidemment pas du

tout de « trancher ». Il s'agira ici dans un premier temps de nous pencher sur l'histoire, les postulats et les technologies des rétablissements. En effet, au-delà d'une apparente homogénéité coexistent en Amérique du Nord plusieurs manières de le concevoir. Celles-ci sont liées à des contextes particuliers et à des idéologies - au sens neutre, celui, pour le dire rapidement, de représentations du monde et cosmogonies - différentes. Ces approches du rétablissement comportent elles-mêmes des enjeux et soubassements politiques et moraux, cela va de soi, différents. Pourtant l'on assiste parfois à ce qui s'apparente à une importation tantôt presque « monolithique » de celui-ci, tantôt composée d'éléments disparates, à la manière d'un « bricolage » - au sens de Claude Lévi-Strauss - et il ne semble pas toujours aller de soi pour les acteurs impliqués que, quelle que soit la manière dont on le conçoit et on le met en pratique, le rétablissement est bel et bien un paradigme au sens plein du terme, tel que Thomas Kuhn le définit. Nous proposons à partir d'observations ethnographiques [1] réalisées en France au cœur de structures dites « orientées rétablissement », de programmes mobilisant des technologies propres à celui-ci, telle la pair-aidance et d'un travail généalogique d'interroger la manière dont ce paradigme parvient, peu ou prou, à être importé dans un contexte professionnel, culturel et social différent en de nombreux points de celui qui l'a vu naître. En effet, il est crucial d'interroger, au-delà des travaux d'évaluation de certains de ces programmes ayant été déjà réalisés, d'interroger les soubassements politiques et moraux d'un paradigme puissant qui va, dans les pratiques, modifier les existences de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques.

[1] Les matériaux empiriques sont recueillis dans deux villes françaises du côté des « soignés » ainsi que de celui des soignants et des promoteurs ou responsables de ces programmes et équipes.

Les enjeux de la notion de guérison en santé mentale

ROSTIROLLA Daria (rostirolla.daria@gmail.com)

Centre Norbert Elias, EHESM Marseille (France)

Les travaux d'anthropologie médicale ont mis en évidence comment chaque rencontre clinique produit diverses représentations de la maladie et du soin. Les biographies intimes de chacun des acteurs

de cette rencontre, professionnels et usagers, influencent le processus relationnel, voire - dans le contexte psychothérapeutique - la « bonne réussite » de la thérapie. La possibilité de construire des espaces de confrontation entre ces modèles sanitaires est un enjeu majeur de la relation clinique, afin d'éviter des interventions lors desquelles le modèle du professionnel s'impose à celui de l'utilisateur. Dans le domaine de la santé mentale, des paradigmes différents se fondent sur des théories de la relation patient/thérapeute, ainsi que de la pathologie et de la guérison. Ces paradigmes sont des « endroits politiques » qui orientent les pratiques dans des contextes sociaux qui les légitiment. Selon le paradigme qui vise à rétablir le fonctionnement d'un système à travers la disparition des symptômes, la guérison est à entendre comme une réparation, un rétablissement d'un état altéré. L'attention est sur « ce qui fait problème », et les critères et les facteurs qui façonnent ce processus sont décrits selon « ce qui est bien pour l'individu », comme écart ou réalisation de la norme socialement légitimée (reductio ad ortum). Selon un autre paradigme, la guérison est à entendre comme un processus de transformation de l'individu et de sa façon de se penser en relation. Ici, l'intervention clinique est accompagnement au changement et mobilise les ressources que l'individu utilise pour « faire face et s'en sortir » ou « être le même, différemment ». La confrontation de ces deux paradigmes dans la santé mentale questionne diverses conceptions de la guérison entre, d'une part, la diversité des modèles d'intervention et, d'autre part, la diversité des contextes culturels qui la définissent.

Efficacité de la thérapie et guérison des sujets atteints de psychose ethnique, le cas des nkem-Ssé/mané-Ssé de l'Ouest-Cameroun

DOUMTSOP DJOUDA Jocelyn (ddjocelyn@yahoo.fr)

Université de Youndé1 (Falsch), Cameroun

Dans le contexte africain où les croyances étiologiques font une distinction entre les maladies naturelles et celles dites mystiques, la guérison elle-même est interprétée et corrélée à plusieurs pratiques dépassant le simple cadre biomédical pour prendre en compte les logiques sociales ou symboliques. Chez les Ngyemba de l'Ouest-Cameroun par exemple, malgré l'influence du triple héritage de la

colonisation, du christianisme et de la biomédecine occidentale, nombre de familles s'accrochent encore fortement à des pratiques de « blindage » et de « blocage » traditionnels dont les fondements se situent dans la pratique des autopsies rituelles. Dans l'imaginaire des acteurs, ces pratiques magico-religieuses sont censées préserver la santé des individus contre les attaques mystiques venant du monde invisible et en même temps, provoquer la mort fatale du sorcier perturbateur de l'ordre lignager. Ceci est vérifié lors de l'interrogatoire du cadavre qui consiste à ouvrir le ventre, le thorax, voire les cuisses et les jambes d'un défunt soupçonné de pratiquer la sorcellerie, pour « voir la cause cachée de sa mort ». Lorsque l'autopsie révèle la présence des « cordes de la sorcellerie » (kùo shià) dans son ventre, le défunt est déclaré « compliqué » (sorcier). Les initiés « arrachent » alors son cœur et sa trachée artère qu'ils découpent en menus morceaux. Ces « pièces détachées » mélangées à une poudre magique sont brûlées discrètement au cours d'un rite incantatoire. Ce rite marque la « mort achevée » ou définitive du sorcier. En incinérant les « organes sorciers », support de sa réincarnation, les initiés pensent et croient anéantir l'agressivité et l'essence immatérielle du sorcier. Ce rite a une fonction de protection et de guérison sociale. Il « disperse » la force vitale du sorcier malfaiteur, libère la conscience collective et apporte aux survivants un secours psychologique et spirituel, une santé socialement évaluée. Il se double également d'une fonction de sécurisation car il permet aux proches d' « attacher leurs corps » afin d'être à l'abri des attaques sorcellaires. C'est donc un rite expiatoire et purificateur, un « rite d'agrégation » qui refaçonne les esprits, restructure le groupe et consolide la croyance d'avoir été guérie des adversités du sorcier maléfique. Les données analysées dans la présente communication sont tirées des travaux de terrain ayant conduit à différents mémoires et thèses académiques entre 2006 et 2013.

Atelier 10 – Épistémologie de la guérison

Amener le patient là où peut s'opérer la guérison. De l'importance de la notion de liminalité dans l'expérience du processus de guérir

CHAMPALOUX Bernard (bernard.champaloux@u-picardie.fr)

Centre universitaire de recherches sur l'action publique et le politique.
Épistémologie et Sciences sociales, (CURAPP-ESS), Université de Picardie
Jules Verne, CNRS-UMR 7319 (France)

La présentation se fonde sur une enquête que j'ai réalisée en 2013-2014 autour d'un enseignement d'hypnose médicale donné dans le cadre d'une Faculté de Médecine et réservé à des professionnels de soin. Le travail d'enquête (observation des enseignements et entretiens approfondis avec des « étudiants ») s'intéressait aux motivations des professionnels rencontrés. Pour le Colloque Amades, ma contribution se focaliserait sur les représentations savantes des conditions dans lesquelles peut s'opérer une guérison. Le propos s'articulerait de la façon suivante : 1) Description du modèle savant expliquant le processus hypnotique. Cette partie présentera le modèle théorique qui rend compte du processus par lequel les patients sont amenés à un état de transe hypnotique. Le schéma est une représentation savante simplifiée du processus que suit le patient depuis l'induction jusqu'à la transe où, on considère que peut s'opérer la résolution du problème du patient. 2) Analyse de la représentation savante du processus de guérison. Cette partie analyse le modèle explicatif savant en exploitant l'analogie qu'il présente avec la séquence en trois phases des rites de passage décrite par Van Gennep et notablement enrichie par les travaux de Victor Turner. 3) Guérison et liminalité. Cette troisième partie souligne l'importance symbolique de la notion de liminalité tant dans la pratique du thérapeute que dans l'expérience que vit le patient. La conclusion insiste sur l'intérêt de cette expérience liminale puisqu'elle semble décisive dans le processus de guérison.

Peut-on guérir pour de mauvaises raisons ?

GROSS Jean-Félix (jfgross@hotmail.fr)

Institut de recherches philosophiques de Lyon (IRPhil), Université Jean
Moulin - Lyon III, EA4187 (France)

Une expérience menée par le professeur Benedetti [1] sur l'administration d'analgésique après une opération conclut : un placebo présenté à un patient comme un analgésique, se trouve être plus efficace qu'une injection d'analgésique dissimulée au patient. Cette expérience nous bouscule, car elle met à mal notre conception d'une pharmacodynamie pilier de la médecine moderne. Si je donne une *materia medica*, quel que soit son mode de présentation, cela devrait toujours être plus efficace que rien. On objectera, avec raison, que le domaine de la douleur est un domaine subjectif et qu'il est dès lors précipité de conclure à une non efficacité de la pharmacologie moderne sur cette base. Le problème survient quand on se demande ce qui compte le plus : le fait que le patient avec le vrai analgésique présenté comme placebo soit anxieux et dès lors réclame un vrai traitement ? Ou que le patient sous placebo bénéficie d'une réelle amélioration ? Pourquoi ne serait-il pas acceptable que les patients sous placebo ressentent effectivement moins de douleur ? Il semble parfois que si l'on guérit via un effet placebo, notre mal soit aussitôt discrédité. Si le remède est faux, alors le mal aussi l'était. Pourtant, on voit bien avec notre premier exemple que ce raisonnement ne tiens pas. Mon propos consistera à montrer que l'essai clinique randomisé discrédite la guérison par effet placebo, ce qui est totalement compréhensible dans un environnement de recherche scientifique mais que ce discrédit sort du laboratoire. Pourquoi peut-on guérir pour les mauvaises raisons ? C'est la question à poser pour éviter de porter préjudice à la réflexion sur ce qu'est guérir. Comprendre comment nous soignons, c'est se rapprocher de ce que nous entendons par guérir. Or notre définition du soin est liée à notre conception des thérapeutiques, et nos conceptions thérapeutiques sont intimement liées à l'effet placebo. Dès lors, il ne semble pas inutile de se demander quelles sont leurs relations lorsqu'on se questionne sur la notion de « guérir ».

[1] Benedetti F, et al. (2003), « *Open versus hidden medical treatments: the patient's knowledge about a therapy affects the therapy outcome.* », *Prevention & Treatment*, Volume 6 article 1.

« Dans le psychologique, dans le quotidien ». Chronicité et réhabilitation sociale en psychiatrie. Le cas de la remédiation cognitive pour la schizophrénie

MOUTAUD Baptiste (baptistemoutaud@hotmail.com)

Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3), Inserm U988 Université Paris V – Paris Descartes, CNRS - UMR8211, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS)

La remédiation cognitive (RC) recouvre un ensemble de techniques de prise en charge visant à optimiser les compétences cognitives de personnes qui - dans le cas qui nous intéresse - souffrent de schizophrénie. Elle s'appuie sur la constatation que la maladie se caractérise par de nombreuses atteintes cognitives (par exemple la capacité à mémoriser des informations, être attentif, planifier des actions, ou interagir avec les autres) ne répondant pas aux traitements pharmacologiques alors qu'elles ont très souvent des répercussions considérables sur la vie quotidienne des personnes et leur fonctionnement. Le principe de la RC consiste à accompagner le patient dans le développement de stratégies efficaces dans la résolution d'exercices cognitifs. Il doit ensuite les transposer au quotidien pour venir à bout de situations qui le mettent en difficulté afin d'espérer se réinsérer. Ce soin cognitif, en déplaçant l'intérêt des symptômes les plus bruyants vers l'adaptation sociale, se situe à l'intersection de plusieurs mondes et espaces du soin psychiatrique et dimensions de la personne malade chronique. Il s'appuie aussi bien sur des notions telles que la réhabilitation, le handicap psychique, l'autonomie, l'empowerment qui travaillent le champ en profondeur, que sur des concepts neuroscientifiques telle que la plasticité cérébrale ; de plus la RC impose aux acteurs de coordonner et repenser les liens entre les structures psychiatriques hospitalo-universitaires, sanitaires, sociales et médico-sociales. Cette communication interrogera comment, par-delà une vision réductionniste de la maladie et de l'individu, la cognition et le cerveau deviennent objet d'attention et point d'entrée préférentiels pour agir sur les situations et reconfigurer durablement les destinées individuelles. A partir d'une recherche ethnographique de 18 mois dans un service hospitalier parisien spécialisé, je montrerai comment la RC interroge ce qui peut être entrepris pour qu'un

individu puisse vivre malgré des capacités moindres. C'est-à-dire comment sont déterminées en psychiatrie les conditions minimales pour qu'un individu puisse prétendre à une vie accomplie malgré la maladie.

Identités de malade à l'heure de la médecine appuyée sur les biomarqueurs pronostics et prédictifs en oncologie

POURTAU Lionel (lionel.pourtau@gustaveroussy.fr)

Éthique, Santé, Sciences et Société (ES3) et Institut de Cancérologie
Gustave Roussy (UPO), Institut Gustave Roussy (France)

DELALOGUE Suzette

Institut Gustave Roussy -UMR 981 (France)

ANDRE Fabrice

Biomarqueurs prédictifs et nouvelles stratégies moléculaires en
thérapeutique anticancéreuse(umr981), Institut Gustave Roussy (France)

Les biomarqueurs sont des molécules ou des protéines surexprimées ou anormalement absentes dans certains types de tumeurs. Ces marqueurs peuvent être prédictifs d'une réponse positive à une thérapie ciblée ou encore de l'évolution d'une tumeur et/ou de sa sévérité. Ils permettent : - d'établir un diagnostic précis, - de choisir un traitement ciblé quand il est disponible, - de suivre l'efficacité d'un traitement ou au contraire la résistance à une chimiothérapie, - d'établir un pronostic sur l'évolution d'une tumeur, - d'évaluer le risque d'apparition de métastases. L'utilisation des biomarqueurs est au cœur de ce que l'on appelle de façon discutable la médecine personnalisée. Son enjeu est donc de prendre en compte les spécificités moléculaires et biologiques du patient et de sa tumeur, qui vont influencer l'évolution de sa maladie, le choix et l'efficacité du traitement que les médecins lui proposent. A terme, les médecins disposeront du profil génomique de chaque tumeur, de manière suffisamment fine et rapide pour pouvoir l'intégrer à la stratégie de prise en charge et en particulier à leur décision thérapeutique. Cette médecine moléculaire participe à une transformation majeure de la médecine. Le profil moléculaire va encore renforcer la logique des guides de bonnes pratiques, qui commencent à être juridiquement opposables, et amener la médecine vers une logique de plus en plus

algorithmique dans lequel le ressenti du patient, l'anamnèse verbalisée, auront de moins en moins d'importance. Jusqu'ici les traitements de médecines personnalisées, à l'exception du trastuzumab et de l'imatinib, ces traitements très coûteux ne font que rajouter des mois d'espérance de vie sans guérir les patients. On insistera donc sur les différences entre ce qu'est un bon pronostic pour ces médecins-chercheurs de pointe et ce qu'il en est pour leurs patients. Méthodologie : - Enquête ethnographique de 2 essais cliniques européens - 30 entretiens d'oncologues, de pathologistes et de chirurgiens pratiquant cette médecine sur le territoire français.

Atelier 11 – Les formes spirituelles de la guérison (part. 1)

Les lieux de cultes dans le champ urbain camerounais : des « cliniques prophétiques » pour les acteurs affaiblis

MBALLA ELANGA Edmond VII (gressociales@gmail.com)

Laboratoire de sociologie de Douala à l'Université de Yaoundé

Avec une population urbaine, estimée en 2010 à 10 091 172 habitants (52%) contre une population rurale de 9 314 928 habitants (48%), les villes camerounaises sont désormais les lieux où plus de la moitié des camerounaises y vit. Cependant, la plupart des problèmes auxquels font face les populations demeurent sans réponses adéquates ou trouvent des solutions partielles. Point n'est besoin de souligner que les individus ne peuvent pas tenir dans un tel état. Les lieux de culte, c'est-à-dire les églises et les maisons de prière, deviennent donc pour les fidèles de nouvelles structures d'accueil et de guérison. Les fidèles, les « acteurs affaiblis » (Payet et Laforgue, 2008), abandonnent, faute de moyens, les centres de santé et les hôpitaux modernes et se tournent vers les clercs et les « cliniques prophétiques » (Mwene Batende, 1992), pour y rechercher la guérison. Nous sommes ici face à ce que les théoriciens de l'École de Chicago appellent la « définition de la situation » : les représentations subjectives des fidèles (leurs pensées, leurs imaginaires ou encore leurs attentes) deviennent des éléments aussi réels pour eux que les situations objectives vécues : « Quand les hommes définissent des situations comme réelles, elles

sont réelles dans leurs conséquences». La croyance à la guérison miraculeuse, au sein des lieux de culte, puisqu'elle est partagée par un nombre suffisant de fidèles, crée les conditions de sa propre validation. Nombre de ces cliniques prophétiques se caractérisent, entre autres, par la lutte acharnée contre la sorcellerie et les maladies. Pour les fidèles, l'instance médicale moderne, estimée inefficace dans la recherche des solutions à leurs difficultés existentielles est ainsi délaissée au profit des cliniques prophétiques qui leur apportent ainsi la « guérison ». Cette communication tentera de mettre en lumière la place des églises dans la recherche de la guérison par les acteurs affaiblis. L'église, au même titre que l'hôpital, peut ainsi être saisie comme une institution susceptible de guérir le « malade ». Celle-ci n'est donc pas ou plus seulement un lieu où le fidèle vient rendre un culte à une divinité, mais un lieu où il peut aussi retrouver la santé. Pour les fidèles, la bonne santé ne passe donc pas seulement par la consommation de substances biomédicinales, elle peut aussi passer par la foi. La foi apparaît donc comme un instrument fort dans la recherche de la guérison. La religion prend prétexte de la souffrance, de la maladie en l'occurrence, pour pénétrer le monde profane. Elle y trouve un incitatif à une mission créative. La gestion de la souffrance interpelle tant le religieux que la religion profite de la maladie comme champ d'intervention. Il s'établit ainsi une dialectique entre convocation médicale du sacré et convocation sacrée du médical.

Les champs de la guérison en Afrique : expériences et consultations multiples

Fancello Sandra (sandra.fancello@gmail.com)

Institut des mondes africains, EHESS, Paris

En Afrique, le champ des réponses à la maladie est encore majoritairement couvert par les ressources qu'offrent les thérapies religieuses ou magico-religieuses. Cette situation n'est pas uniquement liée aux limites et aux impasses de la médecine « inhospitalière » (Sardan et Jaffré, 2003), elle a aussi des raisons anthropologiques qui interrogent « le sens du mal » (Augé et Herzlich, 1984). Avec la promotion de la médecine traditionnelle africaine, les profils de guérisseurs se sont considérablement multipliés et diversifiés. Face à la diversité de l'offre de guérison, la

multiplication des types de recours est progressivement devenue la norme des itinéraires de consultation (Benoist, 1996, 2002) qui sont porteurs d'une attente globale du sens des maux. La transversalité s'impose ici par rapport à des protocoles et des dispositifs d'enquête qui ont tendance à s'ancrer dans les dispensaires publics de santé aussi bien que dans les organisations religieuses et leurs centres de délivrance, sans se donner les moyens du suivi des parcours individuels. Nos enquêtes menées à Bangui et Yaoundé ont pour ambition de renouer avec une anthropologie globale du sens de la maladie et de la guérison qui redonne leur place aux itinéraires biographiques individuels et à démarches familiales ignorées par les dispensaires et appareils publics de santé. Dans ce contexte, la nouvelle donne que représente l'offre thérapeutique émanant des Églises pentecôtistes et des groupes charismatiques, court-circuitant aussi bien les recours traditionnels que les services hospitaliers, suscite de nouvelles interrogations et appelle une attention particulière privilégiant la diversité et la pluralité des pratiques de consultation et de guérison. L'entrecroisement entre les univers religieux, magiques et thérapeutiques, et leur rhétorique de la guérison reprise dans un discours médical hybride, se situent à plusieurs niveaux et exigent une analyse croisée de la diversité de l'offre thérapeutique, des registres linguistiques ainsi que des représentations de la maladie et de la guérison.

« Guérir » de la possession et de l'ensorcellement par la rouqya (Algérie, France, Égypte)

CHERAK Fatima Zohra (FCHERAK@MMSH.UNIV-AIX.FR)

Unité de Recherche en Sciences Sociales et Santé (GRAS), Cité du Chercheur, (Algérie)

A l'issue d'une maladie et/ou d'une souffrance ayant des répercussions sur la santé d'un individu, la guérison prend plusieurs formes en fonction du contexte socioculturel. Ainsi, elle s'exprime souvent comme une rupture progressive avec un mal dans l'expérience des possédés et des ensorcelés qui pratiquent la rouqya (ou thérapie au Coran) en Algérie, en France et en Égypte, et que j'ai observés entre 1996 et 2007. Ces souffrants définissent le processus de leur guérison dans une dimension biologique et sociale et introduisent leurs évaluations de la guérison

simultanément aux jugements de leur entourage. Dans la « chronicité » du mal qui menace corps, famille, travail et relations sociales, la conception de la guérison s'exprime selon les acteurs de la rouqya (le râqi praticien de la rouqya, le souffrant et sa famille) en se référant à l'origine et aux causes du mal, aux traitements proposés et suivis et aux rituels de protection qui promettent de perdurer l'état de guérison. Cet état de guérison, s'il est souvent désiré, est négocié entre les acteurs de la rouqya : une possédée chercherait à « prolonger » sa maladie alors qu'une autre se presserait de retrouver sa santé initiale, et de réaliser ses projets sociaux et professionnels. Le râqi qui incite les souffrants à la guérison évalue celle-ci et la juge selon les normes de la société mais aussi selon ses « théories » sur la possession et la sorcellerie. Comment le discours des acteurs de la rouqya se conforme-t-il ou se chevauche-t-il à propos des signes de la guérison et ses seuils ? Dans cette communication, j'essaie de présenter les différentes palettes de la conception et de l'expression de la guérison chez les acteurs de la rouqya et les logiques qui déterminent leurs discours sur la guérison et les conditions de son acceptation ou de son refus.

Atelier 12 – Les limites de la guérison (en videoconference avec Ottawa)

Mourir : une solution pour la guérison ?

CHARTRAND Louise (lchar086@gmail.com)

University of Ottawa, École d'études sociologiques et anthropologiques
(Canada)

La médecine moderne s'est développée sous un premier postulat curatif. Autrement dit, il existe une cause pour tous maux biologiques. De plus, il est notre devoir de, non seulement, découvrir la cause de ces maux biologiques, mais également de trouver une solution. Par conséquent, la guérison est vue comme étant la solution à savoir la prise en charge et le contrôle des maux biologiques et devient le but ultime à atteindre. Sans quoi la souffrance persiste et la mort est inévitable. Toute une série de discours, de techniques et de technologies s'est développée pour

essayer autant que possible de mener un combat contre la mort. En parallèle s'est développé un deuxième postulat de la médecine moderne, dont le palliatif. Sous cet angle, la guérison change de signification. En effet, la guérison est vue comme étant le soulagement à savoir la prise en charge et le contrôle des souffrances tout en acceptant que la mort soit inévitable. Encore ici, une série de discours, de technique et de technologie se sont développés pour essayer autant que possible de faire la paix avec la mort. Pourtant, aujourd'hui nous semblons être encore insatisfaits de ce que la médecine moderne peut nous apporter en termes de guérison. Pour notre présentation, nous aimerions emporter l'argumentation qu'un troisième postulat est en train de se développer qui est un métissage des deux précédents. Ce métissage offrirait la mort à titre de guérison.

Le droit à la mort: redéfinir la guérison au Québec

PRZYBYLAK-BROUILLARD Antoine (aprzy010@uottawa.ca)

University of Ottawa, École d'études sociologiques et anthropologiques
(Canada)

Avec la mise en place de la loi 52 au Québec, l'euthanasie médicale sera bientôt permise pour des cas spéciaux. De plus, des mouvements similaires se battent pour le droit à la mort dans le reste du Canada et dans plusieurs pays autour du monde. Au Québec et ailleurs où le droit à la mort est légitimé par le gouvernement, des lois sont mises en place afin d'encadrer cette pratique dans les hôpitaux. Par contre, la légitimation de l'euthanasie dans les systèmes de santé va à l'encontre d'un des principes du serment d'Hippocrate qui stipule que « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément ». Malgré le fait que le serment d'Hippocrate fut écrit il y a plus de deux mille ans, ce document est encore vu comme la base éthique des médecins qui suivent la tradition médicale d'origine occidentale. Ainsi, une question est souvent posée dans les médias et dans les débats politiques : « comment est-ce qu'on justifie terminer une vie dans un système de santé qui est censée guérir »? J'aimerais donc me pencher sur cette question et examiner, d'une façon anthropologique, si la biomédecine au Québec est encore axée sur la guérison. En introduisant le droit à la mort comme alternative

médicale, comment cela redéfinit-il notre compréhension de la médecine et son rôle dans la société québécoise et canadienne. Cette recherche sera basée sur des entrevues avec des médecins et des activistes favorables au droit à la mort et sur une analyse du discours de l'enquête « Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité » créée par l'Assemblée nationale du Québec.

Mort et guérison en Afrique noire. De quelques pratiques rituelles pour la paix et la santé des vivants

NDIAYE Lamine (ndiayelame@yahoo.fr)

Université Cheikh Anta Diop Dakar (Sénégal)

En Afrique noire, la maladie semble davantage être causée par les forces de la surnature que par celles qui relèvent de la nature. Sous ce rapport, il est de coutume, dans ce contexte, de recourir à la toute-puissance du verbe créateur et fondateur pour « reconfigurer » l'état biologique défaillant que l'« arrivée », voire la survenue de la « maladie-ennemie », veut désagréger. Ainsi, en empruntant la voie de l'action rituelle efficace fondamentale, les Africains convoquent les esprits ancestraux, garants de l'ordre groupal et de l'équilibre social sollicités, afin d'asseoir la santé défectueuse, perdue momentanément ou bien qui allait « s'exhaler ».

Joséphine Brindherbes avait décidé de guérir, mais d'autres n'étaient pas d'accord

FAYA Jean (jean.faya@letknowcafe.org)

Institut de recherche anthropologique sur le soin et l'accès aux soins (Let-know café), Indépendant, Lyon (France)

L'hiver se termine, et la nuit est tombée depuis quelques heures déjà. Joséphine BRINDHERBES a 95 ans. Elle est une grande femme de bonne éducation et de vigueur. Son médecin généraliste, Lucas M., est passé chez elle en début de soirée. Il lui a diagnostiqué une infection pulmonaire, et prescrit du repos au lit et un antibiotique. Joséphine BRINDHERBES est allongée dans le noir malmenée par la fièvre. Elle décide quand même de se lever comme elle le fait chaque nuit. Et là, catastrophe. Elle s'effondre sur elle-même, se fracture net le col du fémur, et se retrouve quelques minutes plus

tard dans le camion des pompiers. Le lendemain soir, Le Dr M. lui rend à nouveau visite, cette fois à l'hôpital. Il retrouve sa patiente très affaiblie et contenue dans un grand lit métallique aux draps d'un jaune clair impeccable. Elle se fera opérer demain. « Vais-je m'en sortir, docteur ? » lui demande poliment Joséphine. Luca sourit pour masquer une hésitation. « Vous êtes solide » finit-il pas lui dire, sans grande conviction. Lucas M. prend congé de Joséphine BRINDHERBES en pensant qu'il ne la reverrait probablement pas. Mais il ne comprend pas qu'à cet instant, la patiente, elle, a décidé de guérir. Mais ce que ni elle, ni lui, ne peuvent imaginer, c'est que Joséphine BRINDHERBES s'engage-là dans un véritable parcours du combattant. Un combat pas tellement contre elle-même, mais bien contre d'autres, qui eux ne sont pas d'accord avec son choix. Nous parlerons bien là du « prendre soin », où le soin devient un objet que l'on se dispute, que l'on dérobe parfois, aussi pour de toutes autres fins que celle de la guérison. Et le malade doit se battre pour garder ou récupérer son soin. Et le soignant, professionnel de santé ou entourage du malade, doit se battre pour trouver du soin, et trouver du sens à son existence.

**Atelier 13 – Dissonances étiques et émiques de la guérison
(part. 1)**

**Du corps individuel au corps social : trois dimensions collectives de
la guérison du « patient zéro Ebola » au Sénégal**

Ndione Gautier (ndionealbert86@gmail.com)

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM (France) et Centre de
Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF)
(Sénégal)

DESCLAUX Alice

TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / 1175 INSERM (France) et Centre de
Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF)
(Sénégal)

Sow Ndeye Khoudia

Centre Régional de Recherche et de Formation de Fann (CFCR) (Sénégal)

L'épidémie ouest-africaine à virus Ebola a concentré les préoccupations dans le champ de la santé globale en 2014 du fait de la dangerosité (contagiosité, létalité) exceptionnelle de ce virus. Au Sénégal, le diagnostic de MVE chez une personne venue de Guinée a inféré, suivant les normes OMS, l'état de flambée épidémique, induisant une situation de crise (angoisse collective majeure et mobilisation des institutions) jusqu'à la guérison de ce patient et en l'absence d'autre contamination parmi les personnes qui avaient été en contact avec lui. Tout comme sa maladie, la guérison du « patient zéro » fut très médiatisée. La disparition des symptômes et la négativation du diagnostic virologique, correspondant à la définition OMS, ne furent cependant pas au premier plan. Les médias et les autorités sanitaires ont articulé étroitement la guérison individuelle du patient aux aspects collectifs de la flambée épidémique. Une analyse inspirée par Hewlett, qui a montré comment les sociétés produisent des narrations à propos des épidémies, fait apparaître que le récit -ou construction sociale- de cette interconnexion s'est déployé sur trois niveaux. Au plan

épidémiologique la guérison du patient a, fort à propos, coïncidé avec la fin de la période de risque pour les sujets contacts. Au plan des représentations de l'atteinte, l'organisation du retour du patient dans son pays d'origine immédiatement après l'annonce de sa guérison bioclinique a permis de « guérir le corps social » sénégalais en ravivant la notion de « cas importé ». Au plan moral, les médias ont mis en scène la rédemption du patient demandant pardon pour le risque qu'il avait introduit dans le pays, mettant en avant par la même l'hospitalité sénégalaise à valeur identitaire (la téranga), qui effaçait en partie les réactions antérieures de rejet envers les Guinéens considérés comme vecteurs de risque. La communication analysera les mécanismes sociaux qui ont produit cette transposition de la guérison individuelle à l'échelle collective, dans les faits et la narration, à partir de données recueillies dans le cadre du projet EBSSEN.

Les malentendus entre soignants et soignés sans-abri sur ce que guérir veut dire.

COULOMB Laureline (laureline.coulomb@misha.fr)

Laboratoire Dynamiques Européennes - UMR 7367 (DynamE), Université de Strasbourg, Maison Interuniversitaire des Sciences de l'Homme - Alsace (MISHA)(France)

La présente proposition de communication se base sur notre recherche doctorale portant sur les antagonismes de valeurs, malentendus et négociations dans l'interaction entre soignants et soignés sans-abri. Une ethnographie multi-située¹ a été menée en accompagnant les patients sans-domicile-fixe à leurs rendez-vous médicaux, ainsi qu'au sein d'un centre d'hébergement médicalisé, d'un centre de soins et de maraudes médicalisées nocturnes. Des entretiens semi-directifs ont également été réalisés. L'étude et l'analyse des interactions entre soignants, c'est-à-dire ici les médecins et infirmiers, et soignés sdf permet de mettre en lumière la confrontation de deux manières divergentes d'envisager le corps, la santé, la maladie, et, par conséquent, la guérison. Les conditions extrêmes de vie, voire de survie, auxquelles sont confrontés les individus vivant dans la rue les amènent à développer « une manière d'être spécifique »². Ils élaborent un rapport à leur corps et à la santé qui correspond au savoir spécialisé et empirique qu'ils

en ont. Les soignants, quant à eux et de par leur formation et leurs pratiques professionnelles, en adoptent une perception scientifiée et technicisée. On assiste alors, lors de leurs interactions, à une forme d'opposition entre d'une part les hyper-spécialistes de leurs corps que sont les individus sdf et d'autre part les hyper-spécialistes du corps que sont les soignants. Par exemple, il arrive qu'un patient sans-abri décide de quitter l'hôpital parce qu'il s'estime guéri mais, ce faisant, il se positionne contre l'avis médical des soignants qui jugent nécessaire de continuer ses soins. Ils n'envisagent pas de la même manière les étapes qui mènent à la guérison et ne donnent pas le même sens aux traitements chroniques ou aux investigations médicales périodiques notamment, ce qui crée de nombreux malentendus qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur la prise en charge médicale de ces patients.

[1] Marcus George E., « *Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography* », *Annual Review of Anthropology* 25, 1995, pp. 95-117.

[2] Le Breton David, *La sociologie du corps*, Paris, Presses universitaires de France, 1992.

« C'est comme la grippe », « c'est comme les diabétiques » : ambivalences des médecins généralistes face à la « guérison » de la dépendance

DASSIEU Lise (lise.dassieu@univ-tlse2.fr)

Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (LISST),
CNRS - UMR5193, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, Maison de la
Recherche, Toulouse (France)

Depuis la mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés dans les années 1990, de nombreux médecins généralistes français prennent en charge des « toxicomanes ». D'une certaine manière, ils participent à la « médicalisation » d'une conduite qui fait, parallèlement, l'objet de sanctions pénales. Notre travail de thèse (entretiens et observations de consultations) suggère que, pour donner sens à leur intervention, les généralistes cherchent à faire entrer la dépendance aux opiacés dans la catégorie des « maladies ». Pour ce faire, ils ont recours à des analogies avec deux formes de pathologies courantes en médecine générale, dont découlent des conceptions contradictoires de la guérison. La comparaison à une maladie aiguë (« c'est comme la grippe ») inscrit

le traitement dans une médecine curative. L'objectif, dès lors, est la diminution progressive des dosages jusqu'au sevrage du médicament. Mais il est régulièrement mis en échec, tant par les « rechutes » des patients dans les opiacés illicites, que par la chronicisation des prises en charge sur plusieurs années. Les généralistes se retrouvent ainsi en proie à des doutes au sujet de la pertinence de leur action auprès de ce public, voire du bien-fondé de la politique substitutive. Le « sens du bien » n'est plus évident dès lors que la dépendance à la drogue fait place à la dépendance au médicament. Pour d'autres généralistes, la « guérison » ne réside pas dans l'arrêt du traitement mais dans la sortie du monde des drogues par « l'insertion » socioprofessionnelle du patient. Ces médecins ont recours à l'analogie avec la maladie chronique (« c'est comme les diabétiques ») : la maintenance sous traitement ne leur apparaît pas problématique dans la mesure où elle permet une amélioration de la « qualité de vie ». Dans cette perspective, les « toxicomanes » sont « guéris » lorsqu'ils peuvent s'acquitter de leurs obligations envers le collectif, à l'instar des malades idéaux-typiques décrits par Parsons. Les généralistes deviennent entrepreneurs de morale, plaçant la « guérison » dans la mise en conformité avec des normes sociales dominantes. Enfin, l'ambivalence de la « guérison » se répercute sur les patients : le médicament, tout en constituant le moyen de sortir de la drogue, leur rappelle incessamment qu'ils sont des « toxicomanes ».

Vivre avec un Pemphigus aujourd'hui en France : une guérison indicible ?

HEAS Stéphane (stephaneheas@orange.fr)

UFR APS, Université de Rennes 2

LEHENAFF Yannick

Université de Rouen

Les différentes formes de Pemphigus (un ensemble de maladies rares classées dans les maladies auto-immunes) sont analysées ici à partir d'observations, de participations à des ateliers d'éducatifs thérapeutiques (n= 2) et d'entretiens (n=40) réalisés depuis 2013 dans les centres de référence, dans le cadre des réunions de l'association nationale des malades (APPF) et directement auprès

des Personnes Vivant avec un Pemphigus (PVP). Ces maladies de la peau et des muqueuses ont des répercussions intimes et sociales souvent importantes en raison de la visibilité des symptômes au moment des « flambées », les phases d'inflammations aiguës, avec l'apparition des bulles : ces maladies sont couramment dénommées « maladies bulleuses » ; ensuite, en raison de certains effets secondaires de la maladie et des traitements (gonflement du visage, prise et/ou perte de poids brutales, etc.). Les conséquences à plus long terme se combinent au vieillissement avec des répercussions précoces sur les os, les yeux et la peau notamment, mais aussi sur certains organes internes. Après des périodes d'errance diagnostique parfois longues, vivre et/ou guérir d'un Pemphigus prend des formes variées que nous présenterons à la fois sous l'angle classique des ruptures biographiques mais aussi dans le cadre d'une analyse des divergences, voire des controverses entre les acteurs au regard de la question du diagnostic, des traitements et de la guérison. La rémission est souvent évoquée par les médecins sans que les PVP n'adhèrent tout à fait à cette catégorisation tant elles souffrent quotidiennement parfois. Cette maladie peut être présentée comme contrôlée alors même que des rechutes plus ou moins sévères interviennent. Le rapport à l'avenir des PVP est contraint par cette « incertitude malade ». Ce qui permet de questionner la participation sociale maintenue ou augmentée des PVP malgré les conséquences corporelles et psychologiques de leur traitement prolongé.

Atelier 14 – Les formes spirituelles de la guérison (part. 2)

L'absence d'incurabilité dans les représentations du soin et de la guérison à Madagascar

LEGRIP-RANDRIAMBELO Olivia (olivia.legrip@hotmail.fr)

Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes, Université Lyon 2
(France)

Le contexte thérapeutique malgache est intimement lié au religieux, y compris dans les soins biomédicaux. Cette intermédicalité révèle des oppositions mais aussi des collaborations (officielles ou légitimes). La coopération entre les systèmes est visible dans les cas

incurables pour un des systèmes thérapeutiques. C'est en fonction des catégorisations étiologiques locales que les thérapeutes dirigent les malades vers un autre système de soin, et par conséquent vers une autre représentation des maux et une autre interprétation des symptômes. A ces complexités s'ajoutent la causalité des maux : les guérisseurs comme les malades différencient les maladies étrangères (aretina vazaha) désignant les maux biologiques, des maladies malgaches (aretina gasy) désignant les attaques sorcellaires. A ces distinctions s'ajoutent les multiples représentations religieuses des maux : possession par un esprit bénéfique, possession par un démon, etc., selon les regards du christianisme ou du culte aux ancêtres. En somme, quelle est la portée de la notion de guérison dans un contexte religio-thérapeutique où les offres de soins annihilent l'incurabilité des maux ? Des cas ethnographiques démontreront cette multiplicité thérapeutique, comme lorsqu'un pasteur remarque à propos d'une malade atteinte d'un cancer diagnostiqué incurable : « il n'y a plus de solution [...], mais, il y a toujours la prière », de même un journal de presse titre : « Guérisseurs en herbe. Le dernier recours pour les maladies incurables ». Autrement dit, l'absence de la notion d'incurabilité dans les représentations étiologiques ouvre toujours une option à venir qui reflète une possibilité infinie de recours et par conséquent, de guérisons. Les représentations juxtaposées des maux façonnent les trajectoires thérapeutiques. La pluralité des sens accordés aux maux par les divers guérisseurs et les malades créent des étiologies et des nosographies diversifiées qui engendrent, de fait, des guérisons diversifiées. Ainsi la notion de guérison prend plusieurs significations selon qu'elle renvoie à des maux biologiques, sociétaux ou religieux. En ce sens, un guérisseur jugera un malade « guéri », là où un autre verra encore la présence de symptômes.

Renforcer la guérison par la performance rituelle. Ethnographie d'une cure non ordinaire (Madagascar, Imerina)

BURGUET Delphine (burguet.delphine@gmail.com)

Institut des mondes africains, EHESS, Paris (France)

En m'appuyant sur une étude de cas ethnographiée en Imerina (Hautes Terres centrales), je souhaite développer la question de la

distinction sociale repérée à travers les rituels de guérison. Cette distinction est visible et exprimée à la fin de la cure par un rituel supplémentaire utilisé pour renforcer l'état de guérison du patient. Ce rajout est clairement énoncé par le thérapeute pour montrer qu'il prend en considération le statut social de son patient. En effet, le devin-guérisseur renforce rituellement la césure entre l'avant et l'après en faisant usage de modalités magico-religieuses spécifiques à la personne qu'il soigne. Ainsi, par l'étude d'un rituel de guérison engagé pour soigner une descendante d'un devin-guérisseur réputé, il sera question de discuter de la guérison comme une expression et une production de distinction sociale. Aussi, cette étude permet d'interroger les différentes expressions de guérison mobilisées en fonction de la reconnaissance sociale que l'on a de la personne guérie.

« Parce que notre Dieu guérit » : foi, pratiques religieuses et « guérison » chez les personnes vivant avec le VIH aux îles Fidji

LABBE Fabienne (fabiennelabbe@gmail.com)

Centre de recherche et de documentation sur l'Océanie (CREDO), Aix-Marseille Université – AMU, CNRS, EHESS Marseille (France)

À partir des résultats d'une enquête ethnographique de longue durée portant sur l'expérience vécue (*illness experience*) de personnes vivant avec le VIH, cette présentation se propose d'examiner le rôle de la foi et des pratiques religieuses (lecture de la Bible, prière, jeûne, etc.) dans la quête de soins et de bien-être des personnes vivant avec le VIH aux îles Fidji. Dans ce pays du Pacifique où le Christianisme constitue l'un des principaux cadres moraux à partir desquels la maladie est comprise et vécue et où les Églises pentecôtistes connaissent un essor fulgurant, les personnes vivant avec le VIH identifient trois apports de la foi et des pratiques religieuses à leur santé, apports qu'elles associent à de véritables formes de « guérison ». Une première forme de guérison est qualifiée, par les personnes séropositives, de « guérison spirituelle » et réfère aux sentiments de réconfort, de paix et d'espoir que procure, chez plusieurs malades, la pratique religieuse. Une deuxième forme de guérison peut être qualifiée de morale et renvoie aux recours, par les personnes séropositives, aux pratiques religieuses comme façon d'« être guéries de leurs péchés » et

d'« être sauvées » lors du Jugement dernier. Une troisième forme de guérison est finalement d'ordre physiologique. Une majorité de personnes vivant avec le VIH aux îles Fidji croient en effet que lire la Bible, prier et jeûner peut avoir des effets bénéfiques sur leur santé en mettant fin à certaines infections opportunistes et en renforçant leurs défenses immunitaires. Il est également admis que les pratiques religieuses peuvent donner lieu à des « guérisons miraculeuses », c'est-à-dire à la suppression du VIH, lorsque la foi des personnes séropositives est suffisamment forte et lorsque Dieu le veut. C'est donc sur les effets de la foi et des pratiques religieuses sur la santé des personnes vivant avec le VIH, et sur l'utilisation, par ces dernières, du concept de guérison pour y référer, que cette présentation se propose de se pencher. La présentation examine également les implications de cette conception de la guérison sur un objet d'étude important en anthropologie du sida : celui de l'observance aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge médicale du VIH.

De l'incarcération thérapeutique à la délivrance dans le culte de Bouya Omar au Maroc

NAAMOUNI Khadija (Khadija.naamouni@orange.fr)

EHESS

Cette recherche est issue d'un travail de terrain conduit dans le sanctuaire de Bouya Omar au Maroc. La vocation du saint Bouya Omar est thérapeutique, il a pour spécialité de soigner les troubles mentaux quand ils relèvent de la possession. Ceci implique une certaine conception ethnologique : le trouble est dû à une ou plusieurs « entités » surnaturelles qui occupent la personne du malade. Ce qui se produit, c'est la subordination du patient à une structure et à une loi mythique qui lui prescrit un certain itinéraire thérapeutique et assure la guérison. Donc, c'est ce processus qui sera développé. 1) La cure : le déroulement de la cure consiste en un procès. Pourquoi, le possédé s'adresse-t-il à Bouya Omar ? Parce qu'il a reçu l'appel du saint « ntiq ». Il faut que le saint soit invoqué pendant la transe pour que l'appel soit recevable et la cure possible. La transe, c'est la comparution des « djinns » devant le tribunal mythique. Cette comparution doit être exhaustive, tous les « djinns » concernés doivent apparaître pour que la cure soit

effective. Elle est marquée par un sens profond de la loi et de la justice. 2) L'incarcération thérapeutique : la détention (la cure longue) est considérée comme une incarcération du « djinn » agresseur afin qu'il soit jugé par le tribunal du saint, en vue de la délivrance du malade. Il s'agit d'écouter les griefs du « djinn » agresseur, de lui donner satisfaction s'il y a droit, et de prescrire au malade les gestes, offrandes, pèlerinages qui lui permettent de se libérer. 3) La délivrance et la guérison : la délivrance est consolidée par une retraite qui est le négatif de la transe rituelle. Le jugement a pour objet de permettre au saint d'emprisonner « le djinn » afin que le patient puisse s'en aller librement. Pour entretenir cette guérison, le malade reste redevable à vie au saint par des pèlerinages annuels et des offrandes.

Atelier 15 – Médicament, éthique et politique

Le vécu des jeunes atteints d'ataxie de Friedreich et de leurs parents inclus dans un essai clinique. La guérison comme métaphore.

TEIXEIRA Maria (maria.teixeira.rdb@gmail.com)

Épidémiologie Clinique et Évaluation Économique Appliquées aux Populations Vulnérables (ECEVE), Université Paris VII – Paris Diderot, Inserm - U1123, Hôpital Robert Debré (France)

AMELOT Vincent

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), Université Paris V - Paris Descartes, Inserm - CIC9202, Hôpital Robert Debré, Centre Henri Piéron - Institut de psychologie, Boulogne Billancourt (France)

CREPON GUILMIN Sophie

Épidémiologie Clinique et Évaluation Économique Appliquées aux Populations Vulnérables (ECEVE), Université Paris VI – Paris Diderot, Inserm - U1123, Hôpital Robert Debré (France)

ALBERTI Corinne

Épidémiologie Clinique et Évaluation Économique Appliquées aux Populations Vulnérables (ECEVE), Université Paris VII - Paris Diderot, Inserm - U1123, Hôpital Robert Debré (France),

HUSSON Isabelle

L'ataxie de Friedreich est une maladie génétique neurodégénérative rare et gravissime pour laquelle il n'existe pas de traitement. Le plus souvent, elle débute dans l'enfance ou l'adolescence avec une perte d'autonomie après dix ans d'évolution. Deux essais cliniques portant sur des jeunes n'ayant pas encore perdu la marche ont été réalisés entre 2009 et 2014 dans un hôpital pédiatrique parisien. Le premier avait pour but de tester en double aveugle contre placebo une molécule susceptible de stabiliser la progression de la maladie. Au cours de cet essai d'une durée de 2 ans, cette molécule (utilisée initialement dans le traitement du diabète) a connu un retrait d'autorisation de mise sur le marché de la part de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Au décours de ce premier essai et dans l'attente des résultats, il a été proposé aux patients inclus dans le premier essai de prendre en « ouvert » (sans groupe placebo) le traitement dans le cadre d'un protocole de recherche évaluant la tolérance du médicament pendant une période de 18 mois à 2 ans. Par extension, l'objectif du second essai était de permettre l'accès à un médicament qui représentait, à l'époque, un espoir pour certains malades. Notre communication portera sur le vécu de l'incertitude chez les patients et les parents au cours de ces deux essais : incertitude quant à l'efficacité de la molécule, à l'évolution de la maladie et au groupe d'appartenance (placebo contre molécule). Les représentations des dégradations corporelles exprimées par les jeunes et leurs parents occultaient la notion de maladie mortelle au profit de celle de maladie chronique dans un contexte d'espoir, dû à l'essai mis en place. Les jeunes ne se projetaient pas dans un avenir lointain, mais exprimaient le désir de profiter de la vie au jour le jour, occultant ainsi la perte d'autonomie et la mort. Bien que l'étude avait pour but la stabilisation de la maladie, et que cet objectif avait été répété à de nombreuses reprises, l'attente exprimée par les personnes demeurait souvent la guérison. La question de la guérison sera donc abordée en tant que métaphore d'un espoir en contexte d'incertitude médicale.

Ethnographies du guérir et de l'espoir: histoires de vie avec la maladie de Chagas

VENTURA GARCIA Laia (laia.ventura@urv.cat)

Medical Anthropology Research Centre-Universitat Rovira i Virgili (MARC-URV) (Espagne),

PIBERNAT MIR Laia

RAMA-Grupo de Investigación Social Aplicada a la Salud (Espagne)

La maladie de Chagas se place dans un carrefour ou convergent des maladies différentes. Parmi des maladies parasitaires, le Chagas est paradigmatique des maladies non transmissibles et des maladies contagieuses. D'autre part, il s'agit d'une maladie chronique souvent asymptomatique - sourde - pendant son incubation et pendant son cours. La prévention de la maladie et les stratégies d'éradication passent par l'élimination de l'insecte vecteur. Plus récemment, en parallèle à la recherche de base sur le parasite et des médicaments anti-parasitiques, le Chagas avec d'importants effets sociaux a demandé des protocoles de détection et traitement de l'infection. Dans des cas classés comme chroniques -ou approximativement le 70% des personnes infectées ne développent jamais pathologies associées-, la prescription des deux médicaments actuellement disponibles est fondée sur la présupposition qu'ils retarderaient la progression de l'infection et la parution de clinique, et un pourcentage des patients arriveraient a une sérologie négative après quelques décennies de traitement. Le critère médical de guérison dépend d'une temporalité. Cependant, pour les personnes touchées, la notion de guérison a une variété de significations et d'expressions autour de la drogue comme objet symbolique, qui vont de l'incertitude, à la disparition de la symptomatologie -même quand le patient n'a pas de pathologie associée -, ou à des manifestations de la maladie en raison des effets iatrogéniques du médicament. À partir d'une étude ethnographique sur l'expérience des personnes vivant avec un diagnostic de Chagas en Catalogne, l'objectif de cette communication est connaître et analyser la variété des expressions de la guérison en relation a la thérapie pharmacologique, et l'articulation entre les différentes conceptions sur la guérison et le

médicament, et le contexte socioculturel où ces notions sont construites et exprimées.

Consonance cognitive et recours au médicament de la rue par le personnel soignant. Le cas d'un district de santé au Cameroun

NJENGOUE NGAMALEU Henri Rodrigue (NGAMALEURODRIGUE@GMAIL.COM)

Université de Douala (Cameroun)

Au Cameroun, le recours au médicament de la rue à des fins thérapeutiques par le personnel soignant est un comportement problématique réalisé dans une situation engageante de nature à induire la dissonance cognitive. Théoriquement, cet état d'inconfort psychologique pousse à rechercher une consonance cognitive, synonyme d'équilibre mental. L'objectif de cet article est d'analyser les mécanismes de restauration de la consonance cognitive que le personnel soignant met en œuvre afin de légitimer la réalisation du comportement problématique qu'est l'acquisition du médicament de la rue et son utilisation pour les soins administrés aux patients, sachant l'interdiction formelle dont la pratique fait l'objet. La population cible est celle du personnel soignant du district de santé de Djoungolo des arrondissements de Yaoundé Ier et Ve. Des interviews, de 17 professionnels, et un questionnaire, administré à 160 autres, ont servi à la collecte des données. Il ressort de leur analyse que 110 répondants, soit 68,75%, avouent recourir effectivement aux médicaments de la rue à des fins thérapeutiques dans la mesure où ils se les procurent dans les circuits informels, voire illicites, et les proposent aux malades dont ils assurent la prise en charge dans les établissements hospitaliers publics. Ainsi, le médicament de la rue n'est pas systématiquement perçu comme une entrave au processus de guérison, bien au contraire il est un palliatif privilégié en bien d'occasions. Le personnel censé contribuer à son éradication participe implicitement à sa promotion. Les questions éthiques et déontologiques auxquelles il fait face sont résolues à l'aide de mécanismes sociocognitifs tenant au contexte socioculturel. Les modes de réduction de la dissonance cognitive identifiés chez le personnel soignant relèvent aussi bien de la rationalisation cognitive, de la rationalisation comportementale, de la trivialisat ion que du soutien socioprofessionnel que s'assurent les collègues. Leurs mécanismes

sociocognitifs se réfèrent aux indicateurs tels que les caractéristiques des vendeurs desdits médicaments, la qualité perçue de ces derniers, l'évaluation subjective de leur conservation et l'attrait des prix pratiqués. L'étude pose en fin de compte la question de l'imbrication du conventionnel et de l'informel dont les limites entre les deux univers restent structurellement et psychologiquement floues dans l'environnement médical et paramédical camerounais.

Errances réflexives autour de la guérison

TEXIER Gaëlle (dr.gaelle.texier@orange.fr)

Amades (France)

À partir de l'exemple des vaso constricteurs nasaux dé-remboursés depuis quelques mois pour cause de service médical rendu insuffisant, sauf le produit français qui reste remboursé afin d'éviter des difficultés financières pour l'entreprise, nous pouvons nous interroger sur les politiques du médicament qui semblent viser plus parfois le soin de portefeuilles que la guérison des malades. De plus, la biomédecine change de focale. Après le corps, puis l'organe, puis la cellule, la voici qui s'intéresse aux molécules. En le combinant avec un "paramétrage" de normes "favorables" à l'industrie, Le nombre potentiel de maladies et de propositions thérapeutiques associées risque d'exploser, cherchant à nous guérir de maladies dont nous ne sommes pas malades cliniquement, dans une logique qui pourrait être celle du docteur Knock. Enfin, peut-on parler de guérison lorsque qu'une pathologie est "éliminée" mais que les effets secondaires du traitement provoquent ou aggravent une autre pathologie. Le débat cherchant à déterminer si la médecine doit s'intéresser à la maladie ou à la personne qui la ressent traverse l'histoire de la médecine occidentale. Et aujourd'hui encore, nous sentons cette tension entre médecine générale et de spécialité, ou médecine de pointe et médecine narrative par exemple Gunther Anders postulait que le rêve de l'homme occidental était d'être aussi parfait que les robots. La biomédecine pourrait être l'emblème d'une tentative de réalisation

Atelier 16 – La guérison en images

Le zar est comme son cheval », approche filmique d'une séance de possession au sein du culte de zar en Ethiopie

KETCHAM Makeda (makeda.ketcham@gmail.com)

Centre français des études éthiopiennes (CFEE) IFRE 23 - USR 3137

Différents travaux sur la mémoire de mes ancêtres éthiopiens m'amenèrent à réaliser en 1999 un film documentaire sur l'histoire de ma famille en Éthiopie. Cette précédente recherche cinématographique empreinte d'un regard historique ne m'avait fait qu'entrevoir le culte des zar. En revanche, en reprenant un cursus universitaire en anthropologie et anthropologie visuelle, j'ai voulu approfondir ce domaine particulier du religieux où entre en jeu la transe de possession. Néanmoins, entreprendre une étude sur ce culte dans la société éthiopienne n'est pas toujours une entreprise aisée tant il est entouré de mystères, de dangers et d'interdits. En parler, l'évoquer peut provoquer la peur ou le dégoût chez beaucoup. Ayant donc travaillé en Ethiopie pour la réalisation d'un film à motivation personnelle au Wällo au sein de ma famille, j'ai voulu, d'une part, prolonger ma recherche sur cette aire géographique et historique et d'autre part, utiliser l'expérience acquise, et les réseaux familiaux au sein de ce culte, pour aborder ce terrain difficile. Le mémoire « Le culte des zar : un voyage singulier entre Islam et Christianisme à Tänta, Wällo, Ethiopie. », EHESS, 2009, complétées de 12 annexes visuelles, est le fruit de ces recherches. Pour cette présentation je voudrais mettre en lumière la mise en place de mon dispositif filmique lors de l'hadra, cérémonie du culte des zar. Trois séquences rendront compte de ces différentes étapes. Quelles que soient ses manifestations physiologiques, psychologiques ou comportementales tout symptôme est interprété comme l'agissement de forces surnaturelles. Le sujet, victime, va alors être dirigé vers différentes filières thérapeutiques. Mais entre les maladies causées par les zar et les divers esprits maléfiques il y a une grande différence : la transe de possession. La maladie initiale est alors un signe

d'élection. Le panthéon des zar, d'origine humaine mais invisible, est large. L'hadra est l'une des cérémonies phares pour leur descente. C'est le lieu de la guérison et de la réconciliation avec les adeptes possédés, leurs chevaux.

La métaphore de la guérison sociale : "art migrante" entre soin et revanche

FANTAUZZI Annamaria (annfantauzzi@tiscali.it)

Université de Turin (Italie)

Dans cette communication je voudrais présenter les résultats d'une recherche ethnographique menée pour une longue période à Bologna (Italie), où on a assisté à la constitution d'un groupe d'aide et de soutien sociale pour les personnes sans fixe domicile, immigrés et demandeurs d'asile. Ils sont pris en charge pour une journée par le groupe d'« Arte migrante », constitué par des jeunes étudiants en anthropologie et des professeurs pour donner nourriture et, surtout, la possibilité aux plus diminués de s'exprimer en performances artistiques, propres de leur Pays d'origine, et rester au moins pour une soirée ensemble et en communauté. Cette situation représente pour la plupart d'eux une forme de guérison de l'invisibilité de la rue, de la pauvreté et de la souffrance psychique et les aide à espérer dans la disparation de leur condition et à trouver dans la musique, le théâtre et la danse une forme de rachat sociale et individuel. Dans la communication je vais essayer d'analyser beaucoup d'entretien faits avec les immigrés et les « sans fixe domicile » pour comprendre ce que veut dire guérison au niveau sociale et symbolique, en lisant surtout la sémantique des métaphores qu'ils souvent utilisent pour décrire la situation sociale vécus dans la précarité, la renaissance à travers « arte migrante » et la blessure socio-psychique soigné à travers l'art. Je voudrais aussi réfléchir sur le rôle de ceux qu'ils disent être les thérapeutes symbolique, leur art de convaincre et de soutenir personnes en conditions précaires et difficiles. Dans la communication je montrerai aussi des vidéos et photos de la recherche ethnographique.

L'iboga plante miracle ou plante tueuse ? Parcours de "guérison" d'un Français initié au bwiti et à l'iboga au Gabon

CHABLOZ Nadège (nchabloz@ehess.fr)

Institut des mondes africains (France)

À partir de l'ethnographie d'une biographie singulière entre 2007 et 2014, celle de Yann, un Français de 40 ans initié au bwiti au Gabon, cette communication propose d'explorer les cohérences et les dissonances autour d'un cas de « guérison ». L'iboga, la plante psychotrope dont les racines sont ingérées dans le rite initiatique gabonais du bwiti, s'est insérée dans les années 1960 dans le mouvement psychédélique à visée thérapeutique pour le traitement contre les dépendances aux drogues et dans le cadre de la « narcoanalyse » initiée avec le LSD sur le continent américain. Elle est toujours considérée par des expérimentateurs occidentaux comme une « plante miracle », à la fois pourvoyeuse de guérison physique (permettant l'arrêt de différentes addictions grâce à ses effets physiologiques) et psychologique (permettant une sorte de psychanalyse accélérée grâce aux visions qu'elle procure). Alors qu'elle est classée patrimoine national par le gouvernement gabonais depuis 2000, l'iboga est interdite dans plusieurs pays comme la France, dont les autorités sanitaires l'ont classée stupéfiant de catégorie IV depuis le décès d'un jeune toxicomane ayant ingéré de l'iboga en Ardèche en 2007. Ainsi, d'anciens toxicomanes tel que Yann, persuadé d'avoir résolu ses problèmes psychologiques et ses addictions grâce à l'iboga et au bwiti, ayant acquis au Gabon le statut valorisé d' « initié », de « guéri », voire de « guérisseur », se retrouve renvoyé en France au statut stigmatisant et excluant de « drogué », de « malade », jugé en 2013 incapable de s'occuper de ses enfants par le Tribunal de grande instance de Versailles du fait de son expérimentation de l'iboga. En s'appuyant sur des extraits d'un film documentaire que j'ai réalisé sur le parcours de Yann entre la France et le Gabon, cette communication décrit la diversité des signes de la guérison et de la maladie, leurs perceptions par l'initié et ses proches, l'initiateur, les institutions étatiques et juridiques (telles que le Tribunal de grande instance de Versailles, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, Miviludes). Cette description permettra

l'analyse des décalages de ces perceptions qui relèvent à la fois du rapport entre l'individu et le collectif, de la confrontation entre des modèles sanitaires et juridiques transnationaux ainsi que d'une vision primitiviste et postcoloniale des rites initiatiques et thérapeutiques africains.

Yachacs et Curanderos à l'oeuvre : Procédés traditionnels de purification et de guérison en Equateur

LESOEURS Guy (guy.lesoeurs@kerux.fr)

SOCRAMED, Société de Recherches en Anthropologie Médicale

Dans la culture andine, la maladie peut être considérée sous deux aspects liés qui sont : 1) un déséquilibre dans les relations entre le corps et l'âme et plus globalement entre l'homme et son groupe social et entre lui et le cosmos. 2) un événement malheureux (mala suerte) qui affecte l'individu et sa communauté. Les yachacs et curanderos d'Equateur, communément appelés shamanes, pratiquent des rituels destinés à restaurer la circulation énergétique interne du patient et celle, externe entre la personne, la communauté et la nature ce qui corrige l'équilibre rompu. De ce fait, le tradipraticien andin est un guérisseur d'âmes, un conjurateur de mauvais sort et un restaurateur de chance. Dans ce sens, la guérison de la maladie (enfermedad) est un retour à l'harmonie, à la santé (salud) mais aussi à la chance (suerte) qui vont de pair, par la circulation d'une énergie bienfaisante entre les âmes de l'être humain et celles de ce qui l'entoure (animaux, plantes, montagnes, fleuves etc.). Cette énergie dans laquelle baigne toute âme est stimulée lors du rituel de la limpia (nettoyage) et de la soplada (souffle) par des incantations, la pulvérisation buccale du tradipraticien (agua florida, tabac), le balayage par le bouquet de plantes sèches (schacapa), les maracas, les clochettes et divers ustensiles (pierres volcaniques, objets préhispaniques provenant de tombes, images saintes) disposés sur l'autel (mesa) du tradipraticien. Ces objets transitionnels sont « chargés » d'énergie par les âmes de la nature et de la sur-nature. Le cochon d'Inde (cuy) roulé sur le corps est utilisé comme outil diagnostique (limpia con cuy). Compte tenu du coût de la biomédecine dans les pays andins, le praticien traditionnel constitue un recours pour des affections spécifiques (susto, malo blanco, etc.). À Otavalo, le dispensaire

médical héberge même l'officine d'un yachac, botaniste, intégré au personnel, faisant ainsi co-exister bio-médecine et médecine traditionnelle. Dans cette communication, l'auteur rapporte son expérience de ces pratiques dans un environnement urbain lors d'un « congrès de Shamanes » à Quito et dans la forêt amazonienne.

Atelier 17 – Guérison, Temporalité, cycle de vie

**« Montrez-nous que vous connaissez sa maladie ! »
L'incompréhension de l'impossible guérison chez les parents
d'enfants souffrant de maladies chroniques à Nouakchott**

KANE Hélène (helene.kane@gmail.com)

Société Française de Santé Publique (SFSP) et Centre Norbert Elias - UMR
8562 (France)

En Mauritanie, l'offre de soin spécialisée s'agissant des maladies chroniques est lacunaire et fragmentée. Les maladies comme la drépanocytose, le diabète, l'épilepsie sont relativement peu connues par les Mauritaniens et demeurent sous-diagnostiquées. Nous proposons de présenter les dissonances autour de la guérison d'enfants souffrant de maux répétés, et leurs enjeux s'agissant de la prise en charge médicale. L'analyse s'appuie sur l'étude de cas d'une vingtaine d'enfants souffrant de maux répétés, chez lesquels une maladie chronique a été diagnostiquée ou non. Des éléments complémentaires sont issus d'entretiens documentant les conceptions populaires des maladies. Lorsque les « maux » reviennent, les parents alternent quête du thérapeute qui saura les guérir et banalisation du problème de santé. Le modèle de guérison des maladies ponctuelles domine les savoirs populaires. Sur fond de méfiance à l'égard des professionnels de santé, les parents sont suspicieux face aux propositions de suivis médicaux sur le long terme. Renchérissant l'espoir de guérison, les guérisseurs ont coutume d'affirmer que si la maladie dure, c'est que les précédents thérapeutes ne l'on pas « vue », ne la « connaissent » pas. L'incompréhension de l'impossible guérison engendre la contestation des compétences biomédicales. En l'absence de diagnostic médical réalisé, communiqué et compris, les enfants

souffrant de maux répétés peuvent finalement être considérés comme enfants « faibles » ou « maladifs » ne nécessitant pas de soins spécialisés. Ces dissonances traduisent l'écart culturel entre les savoirs populaires et médicaux, et les difficultés de communication dans la relation thérapeutique. Elles relèvent également d'arrangements avec la réalité d'une chronicité des maux difficilement acceptable, qui met en cause les soins maternels, terni l'avenir de l'enfant, engendre des coûts inconcevables pour des économies domestiques précaires.

« Guérir du sida : info ou intox ? ». Adolescents et jeunes vivant avec le VIH face aux discours dissonants sur la guérison à Dakar.

HEJOAKA Fabienne (fabienne.hejoaka@ird.fr)

UMI 233/UM 1135 TransVIHMI/1175 INSERM - IRD, Montpellier (France)

LAMINE Mohamed Souané

Synergie pour l'Enfance (Sénégal)

MBAYE Ngagne

Synergie pour l'Enfance (Sénégal)

SIGNATE Sy Haby

Hôpital pour Enfants Albert Royer – Fann Dakar

L'infection à VIH a longtemps figuré une maladie inéluctablement mortelle à court ou à moyen terme, pour devenir une maladie chronique avec l'arrivée des trithérapies à la fin des années 1990. Les adolescents vivant avec le VIH doivent faire le « deuil de la guérison » et apprendre à vivre avec une maladie incurable. Cette communication a pour objectif de démêler la place singulière que la guérison occupe - en tant qu'espoir autant qu'impossibilité - dans l'expérience subjective et sociale qu'ils ont de la maladie et de décrire les effets microsociaux de ces discours dissonants. Cette communication est basée sur une étude ethnographique explorant les dimensions sociales, culturelles et générées de l'annonce et des enfants vivant avec le VIH à Dakar. Les données ont été collectées entre mai 2013 et décembre 2014 au cours d'entretiens individuels approfondis avec les adolescents, les parents et les soignants et des observations participantes menées au sein de structures hospitalières et communautaires. L'analyse sera articulée autour de deux axes principaux. Une première partie décrypte les différents

registres de discours - souvent largement relayés par les médias - auxquelles sont exposés les adolescents. Seront décrits : 1) « l'absence de guérison » et la nécessité de prendre des traitements à vie qui prédominent dans le discours sanitaire des soignants, 2) les « guérisons thérapeutiques, 3) les « guérisons miraculeuses » promues par certains acteurs religieux, 4) les discours scientifiques relatifs aux cas récents de « guérison » (« le patient de Berlin » et « le bébé Mississippi ») et enfin 5) les nouveaux discours politiques transnationaux qui promeuvent l'idée de « l'éradication » du VIH/sida. La deuxième partie analyse les effets microsociaux ambivalents de ces discours multiples et dissonants qui créent de nombreuses incompréhensions et interrogations chez les adolescents qui cherchent à donner du sens à leur maladie. Certains discours sont notamment détournés ou mal interprétés, conduisant à présenter comme une « avancée majeure » un simple résultat intermédiaire. En dépit des effets « perturbateurs » de ces discours multiples, l'idée d'une possible guérison dans le futur « fait vibrer tout le monde au moindre espoir » pour reprendre l'expression d'un jeune. Si l'espoir de la guérison est omniprésent, les perceptions que les adolescents en ont sont variées et très hétérogènes suivant leur milieu socio-économique, leur niveau scolaire et leur accès à l'Internet qui joue un rôle croissant dans les sources d'information des adolescents. Enfin, exposés à ces différents discours dissonants, les jeunes entretiennent un « espoir mesuré » et apprennent à prendre avec précaution les informations évoquant la guérison.

Le bien-être comme idéal de vie ou de guérison ? Critique anthropologique et application clinique en psychiatrie du sujet adolescent

ENJOLRAS Franck (f-enjolras@orange.fr)

IRIS- EHESS Paris (France)

Le bien-être comme idéal de vie ou de guérison ? Critique anthropologique et application clinique en psychiatrie du sujet adolescent Le bien-être représente-t-il une aspiration, un idéal ou l'évaluation d'une possible guérison dans le cadre de la santé mentale des adolescents ? Le bien-être est au moins un idéal, dans la définition de la santé proposée par l'OMS ; c'est-à-dire une sorte

d'aspiration qui n'est pas sans créer parfois d'étranges ambiguïtés. Mais ce bien-être est aussi désormais un régime de valeurs, voire une sorte d'idéal derrière lequel la société actuelle fixe ses exigences au point de marquer, durablement, la manière dont des parents s'investissent dans l'éducation et la protection de leurs enfants. Le bien-être est donc une fin en soit. Il ne concerne pas une personne, prise isolément, dans son rapport à elle-même, mais il concerne plutôt des rapports, des interactions, entre des sujets dont les liens prennent des configurations multiples où se mélangent des aspects affectifs, biologiques et légaux. Le bien-être apparaît au premier plan comme une évidence, mais sa présence déterminante dans les rapports n'en est pas moins traversée d'une histoire sociale, d'une histoire de la famille et des notions de protection et d'éducation. En effet, pour exemple, cette question du bien-être des enfants, adolescents, n'était que secondaire avant la seconde guerre mondiale. Il a fallu attendre une réforme profonde de l'appareil de protection des mineurs, en l'occurrence l'ordonnance de 1945, pour que cette dimension s'impose comme centrale, à côté d'autres aspects tout aussi cruciaux que la question de l'autorité parentale, de l'insertion, voire du contrôle social. Or, ce bien-être, qui n'est autre que le bonheur pour l'autre, dans le cadre des rapports entre les adolescents et leurs parents fixe, de nos jours, des crispations, des confusions, que l'on retrouve régulièrement en clinique psychiatrique des adolescents. Car le bien-être, plus qu'un idéal, peut être aussi, - en tant que système de valeurs conditionnant des normes - un argument, une justification, pour déployer tout un ensemble d'actions de contrôle et de protection, mais surtout de pouvoir sur l'autre, dans des configurations qui mélangent, voire superposent sans qu'on puisse parfois les discerner, les registres, légaux, affectifs et moraux. Tenir compte de ces éléments apparaît indispensable pour penser les soins psychiatriques des adolescents, voire, comme j'essaierai de le démontrer, ils peuvent même nous donner matière à en penser les lignes de force et à structurer sa façon de se soigner. Dans cette communication, il sera question à travers cette question du bien-être comme un point de référentiel, faisant office en santé mentale de guérison, de montrer combien la dimension sociale, dans son acception anthropologique, est d'une utilité centrale pour penser

ces lignes de force de la clinique psychiatrique auprès des adolescents.

Atelier 18 – Dissonances étiques et émiques de la guérison (part. 2)

De la guérison à l'addiction. Ambivalences de la notion de satisfaction en chirurgie esthétique

CARPIGO Eva (ecarpigo@gmail.com)

Dynamiques Européennes (DynamE), Université de Strasbourg, Maison Interuniversitaire des Sciences de l'Homme – Alsace (MISHA) (France)

Actuellement de nombreuses recherches ont pour objet les enjeux socio-culturels liés à la pratique de la chirurgie plastique-esthétique; dans cette communication je me proposerai d'en cerner plus précisément les aspects médico-thérapeutiques. Mes observations de terrain, menées auprès des acteurs de la chirurgie esthétique (patients, chirurgiens et assistants), mettent en lumière les conditions dans lesquelles l'acte d'intervention chirurgicale peut aboutir à un changement positif, vécu parfois comme une véritable guérison. Une analyse de la prise en charge du patient en chirurgie esthétique montre que l'intervention chirurgicale n'est qu'une étape dans un "processus de changement" structuré en plusieurs phases. La phase pré-opératoire est caractérisée par la circonscription du défaut à traiter, le choix du chirurgien et les renseignements concernant les risques et les bénéfices de l'intervention. Le moment opératoire, dont la force symbolique est liée à la perte de conscience du patient, semblerait marquer le début d'une période liminale pour le patient. Lors du moment post-opératoire, le patient vit une «éviction sociale» qui lui permet d'assister intimement à une libération cathartique des défauts qui le «possédaient». Suite à ce moment, une résolution positive du parcours de changement semble prendre forme au moment de ré-intégrer la société. Si l'objectif de la chirurgie esthétique est d'apporter une amélioration sur le plan physique, psychique et social du patient qui demande à être «soigné», la guérison repose sur le sentiment d'acceptation de son «nouveau soi». Malgré cela, le patient trop enthousiaste des résultats opératoires, pourrait

développer une certaine addiction à la chirurgie esthétique, ce qui est considéré être une attitude pathologique. En m'appuyant sur des exemples de terrain, je réfléchirai sur la complexité du concept de «guérison» en chirurgie esthétique, en montrant ses contours opaques et ses ambivalences.

Guérison et VIH : des liaisons dangereuses ?

CARILLON Séverine (severine.carillon@gmail.com)

UMR CEPED, Université Paris V - Paris Descartes, EA196 (France)

Les traitements antirétroviraux contre le VIH/SIDA, en freinant l'évolution du virus, permettent aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) de vivre avec la maladie. D'un point de vue médical, cette chronicisation de l'infection rend le concept de guérison inapproprié. Pour autant le terme de guérison est loin d'avoir disparu du vocabulaire des soignants et des soignés. L'analyse des discours de professionnels de santé et de PVVIH recueillis dans le cadre d'une recherche anthropologique réalisée à Kayes au Mali en 2008-2009 sur un site de prise en charge hospitalière permet de mettre en exergue différentes conceptions de la guérison ainsi que des usages différenciés du concept de guérison. Si, du point de vue des soignants, la guérison signe la fin de la maladie, elle est du point de vue des soignés associée à la disparition de symptômes ainsi qu'à un retour aux activités ordinaires. Dès lors, les PVVIH rencontrées parlent de guérison des « petites maladies », c'est-à-dire des maladies associées à l'infection à VIH, qu'ils perçoivent comme un signe de « bonne santé » encourageant. Les soignants parlent alors d'une « illusion » de la guérison, associée à un risque potentiel de non observance thérapeutique voire d'abandon de suivi médical. La tendance est alors à éviter le terme de guérison dans leurs discours. Comment ces conceptions différentes de la guérison peuvent-elles entrer en conflit ? Quel en est l'impact sur la communication soignants-soignés et la continuité du suivi médical des patients ? Après avoir mis en évidence les significations de la guérison identifiées parmi les différents acteurs ainsi que les usages différenciés du concept, je montrerai comment les PVVIH se réapproprient la notion de guérison et quelles en sont les ambivalences. Enfin, nous verrons comment les PVVIH peuvent faire de cette guérison des « petites maladies » un leitmotiv pour un suivi

médical au long cours. Ceci amènera alors à interroger la notion de guérison dans le cadre des maladies chroniques.

Guérir d'une maladie génétique dite incurable ?

PERROT Adeline (adeline.perrot@hotmail.fr)

Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin (MSH Nantes), MSH
Nantes (France)

LECORDIER Didier

Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin (MSH Nantes), MSH
Nantes (France)

Peut-on se saisir de la figure de la guérison pour comprendre l'expérience de personnes atteintes d'une maladie chronique irréversible ? Guérir pourrait-il illustrer un processus permettant de s'affranchir de l'annonce du diagnostic et par conséquent, de l'étiquetage médical ? Chercheurs en sciences sociales et en santé ont réinterrogé ces catégories issues du monde soignant à l'occasion d'une enquête qualitative menée auprès d'individus atteints d'une maladie génétique rare [1]. Son pronostic de « mauvais augure » introduit l'idée d'une évolution inéluctable vers la dégradation de l'état physiologique. Au-delà du déclin attendu, certains patients développent des stratégies d'évacuation de la maladie, permettant de penser autrement le schéma de « guérison », dans le contexte d'une maladie chronique. Chez ces patients, l'adoption du statut de malade peut faire l'objet d'une mise à distance parce que le diagnostic ne vient pas modifier ce qu'ils sont. Un décalage est alors rendu visible entre l'annonce de la pathologie, plus « décrétée » que vécue, et la normalisation des signes déjà existants. Le diagnostic génétique confirme le fait que le patient « a » la maladie (il est « porteur »), mais lui-même « n'est » pas nécessairement « malade ». C'est ce processus de dissociation dont cette communication tentera de rendre compte.

[1] La maladie de Steinert est caractérisée par des manifestations plurielles : faiblesses musculaires, atteintes cardiaques, pulmonaires et oculaires, perte de cheveux, et divers troubles variables selon les individus et le niveau d'atteinte. Elle fait partie des maladies chroniques, non curables et dont les traitements sont essentiellement symptomatiques et préventifs. L'étude, financée

par la Fondation Maladies Rares et Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, porte sur des observations de consultations en CHU et des entretiens à domicile de patients et de leurs proches.

Je ne guérirai pas, je ne guerroyerai pas

ESPINOSA Laurence (laurence.espinosa@wanadoo.fr)

Laboratoire ITEM (Identité, Territoires, Expressions, Mobilité), Université de Pau (France)

Dans le cadre de ma thèse, j'ai seulement effleuré la notion de rencontre alors que je prétendais en faire le pivot de ma réflexion. Aussi, ai-je trouvé pertinent de poursuivre cette recherche à partir d'autres terrains. L'être humain empêtré dans ses vies en maturation, en construction, achevées ou à venir, insinué dans mon corps féminisé, a donné une impulsion inattendue à cette exploration renouvelée. Imaginant pouvoir savourer l'après-thèse sans autre préoccupation qu'une suite à donner à mon travail, j'ai appris que j'étais atteinte d'une « maladie ». Je reprends la formulation de l'angiologue qui m'a un jour contactée, par téléphone, vers midi. Il m'a dit que les problèmes de santé que j'accumulais depuis quelques mois étaient liés à une « maladie » et que je devais contacter assez rapidement un oncologue. A l'annonce de ce dernier mot, je me suis effondrée. Effrayée, j'ai vécu le déni, la colère, accompagnés d'un intense sentiment de culpabilité. Qu'avais-je pu bien faire pour être ainsi punie ? Finalement, j'ai décidé de prendre cette nouvelle comme une invitation anthropologique, un appel à explorer cette singulière rencontre. Même si les traitements existant me permettent de vivre « normalement », apprendre l'incurabilité de cette pathologie m'a conduit à me poser de multiples questions. Aussi, quasi-spontanément, ai-je décidé de ne pas me battre, c'est-à-dire de bannir de mon vocabulaire tout mot relatif au champ lexical de la guerre, mais plutôt d'appivoiser cette intruse comme une colocataire, consciente que l'issue du combat risquait de ne pas m'être favorable, que son anéantissement signifierait mon propre anéantissement. Dans cette communication je propose à partir de l'approche de mon terrain corporel, de paroles recueillies auprès de malades croisées à l'hôpital, de membres du personnel de santé, de bénévoles associatifs et d'intervenants (yoga, sophrologie,

esthétique) d'interroger une sorte de processus de paix comme outil palliatif sur le long terme.

SESSIONS D'OTTAWA

27 et 28 mai 2015

UNIVERSITE D'OTTAWA

AVEC

**UN LUNCH INTERACTIF D'ETHNOGRAPHIE VISUELLE
JAMU STORIES**

ET

DEUX ATELIERS EN VIDEOCONFERENCE AVEC MARSEILLE

Session 1 : Guérisons et maladies chroniques (part. 1) en vidéoconférence avec Marseille

Compte-rendu du colloque de Dakar

Musso Sandrine

(AMU / CNE)

La guérison après le cancer infantile

CARRIERE Nathalie (natalie.c.carriere@gmail.com)

Université d'Ottawa, École d'études sociologiques et anthropologiques
(Canada)

Healing after childhood cancer is a process that involves not only the affected child, but the whole family. It is a journey fraught with contradictions, and unexpected challenges. In an autoethnographic narrative which draws on my MA thesis research, I explore the dissonance between my experience with persisting grief and fear, and the medical discourses we encountered during treatment that celebrated our medical successes and urged us to resume our “normal lives” at the end of treatment. Biomedical, institutionalized definitions of healing used by our treating physicians and care team would have me believe that my daughter is cured of her cancer, and that our lives have resumed as they were before. My experiences as a mother however, illustrate how cancer still is very much present in our daily lives. Similarly, the ongoing physical and emotional experiences of my daughter may involve some which are attributable to late effects from chemotherapy and other medical interventions. According to our medical practitioners, healing occurred when they surgically removed her tumor, and could no longer find any detectable presence of cancer cells in her body after the prescribed course of chemotherapy. However, my experience of healing from cancer with my daughter and her two brothers, is rooted as much in the personal and the

social as the biomedical, and it is a process which is still unfolding, nearly two years later.

Guérir de maladie mentale chronique? La vie désirée selon des patients psychotiques

MARQUIS Nicolas (nicolas.marquis@usaintlouis.be)

Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3), INSERM U988, Université Paris V – Paris Descartes, CNRS - UMR8211, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) (France) et Université Saint-Louis - Bruxelles (Belgique)

Cette communication interrogera la signification émiqque du terme « guérir » pour des personnes atteintes de pathologies mentales lourdes et souvent chroniques (comme la schizophrénie). À partir d'une observation participante au long cours réalisée dans une Communauté Thérapeutique belge (Sassolas), et d'une quinzaine d'entretiens compréhensifs menés avec des patients psychotiques y résidant, on questionnera d'abord la possibilité même que la guérison signifie quelque chose pour ces individus, ensuite la pertinence de remplacer l'idée de guérison par celle de « vie bonne » ou de « vie désirée », et enfin les difficultés méthodologiques (liées à la récolte de matériau discursif) et épistémologiques (liées aux critères de la vie bonne pour les personnes psychotiques et à la difficulté fréquemment expérimentée de se projeter dans le futur) que soulève un tel déplacement. En filigrane de cette réflexion, on retrouvera une interrogation sur les usages de la notion d'autonomie dans les façons dont les psychotiques décrivent tant leurs façons d'aller mal que leurs façons de s'en sortir, dans un contexte socio-culturel décrit comme celui d'une société de l' « autonomie comme condition » (Ehrenberg).

Des « guérisons locales ». Itinéraires diagnostiques, «patients in waiting» et hépatite B au Burkina Faso.

GILES-VERNICK Tamara (tgiles@pasteur.fr)

Institut Pasteur, Unité d'Épidémiologie des Maladies Émergentes (France)

HEJOAKA Fabienne

UMI 233/UM 1135 TransVIHMI/1175 INSERM - IRD, Montpellier (France)

TRAORE Abdoulaye

Groupe de Recherche Action en Santé (GRAS) (Burkina Faso)

SANOU Armande

Groupe de Recherche Action en Santé (GRAS) (Burkina Faso)

À partir de l'analyse des « itinéraires diagnostics » des patients porteurs du virus de l'hépatite B au Burkina Faso, cette communication offre une analyse critique de la diversité des déclinaisons de la « guérison » pour une même pathologie. Infection virale qui s'attaque au foie, l'hépatite B peut être à l'origine d'une maladie aiguë ou chronique, exposant les sujets atteints à un risque important de décès par cirrhose ou cancer du foie. Paradoxe biopolitique, alors qu'elle constitue un problème majeur de santé publique au niveau mondial - 240 millions de personnes souffrant d'une infection chronique dans le monde - l'hépatite B a longtemps été une épidémie invisible caractérisée par un ajournement des politiques de santé. Basée sur la notion de « biologie locale » (local biologies) proposée par Margaret Lock, il s'agira d'analyser ce que nous appelons les « guérisons locales » qui traduisent l'imbrication des dimensions biologiques, culturelles, sociales et politiques qui produisent la complexité et la dynamique des formes de guérison dans le cas de l'hépatite B. Cette communication est basée sur une étude ethnographique explorant l'expérience subjective et sociale de l'hépatite B vécue par les malades dans 3 villes (Banfora, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou) entre 2012 et 2014. Les données ont été collectées au cours de 67 entretiens individuels approfondis et des observations participantes d'annonce de diagnostic réalisées au sein d'un hôpital, de deux centres de transfusion sanguine, d'une association communautaire et de « tradithérapeutes ». L'analyse des déclinaisons des « guérisons locales » sera articulée autour de trois axes principaux.

Une première partie présentera trois vignettes ethnographiques décrivant à partir de la description « d'itinéraires thérapeutiques » de patients, la diversité des formes et des modalités que « guérir » peut prendre. La deuxième partie propose un essai de typologies des différentes formes de la guérison que sont : la « guérison virtuelle », la « guérison tradithérapeutique », la « guérison asymptomatique » et enfin la « guérison hypothétique ». Dans une perspective pratique, la troisième partie propose enfin une analyse appliquée des résultats de l'étude et des outils développés pour améliorer la formation et les pratiques des soignants.

Guérir, malgré tout. Anthropologie des résistances à la chronicisation de la toxicodépendance et du cancer

MARCHE Hélène (hmarche@yahoo.fr)

Centre Max Weber UMR 5283), Université Jean Monnet - Saint-Etienne
(France),

FERNANDEZ Fabrice

Centre Max Weber UMR 5283), Université Jean Monnet, Saint-Etienne
(France)

Pourquoi faudrait-il s'engager sur la voie de la guérison alors que la maladie prend racine durablement et profondément dans notre vie sociale, psychique et organique, que son accompagnement thérapeutique nous permet de vivre tant bien que mal et que les chemins pour espérer un total rétablissement s'avèrent des plus incertains ? Dans le champ de la médicalisation des addictions, où les médicaments substitutifs troublent profondément l'hypothétique sortie de toxicodépendance, ou dans le domaine de l'oncologie médicale, où le développement des thérapies prolonge la vie des patients sans pour autant éradiquer la maladie, cette question se pose de manière exacerbée. Dans le cadre du programme ANR Socioresist (2013-2017), nous proposons ici une analyse de récits de vie et d'observations ethnographiques menés au sein d'une communauté thérapeutique et dans des services de cancérologie. Il s'agit de saisir de façon comparative la manière dont ces usagers de drogue sous traitement substitutif et ces patients atteints de cancer avancé s'efforcent au quotidien de réélaborer les significations de la guérison et, ce faisant, de composer, de

s'opposer voire de résister à la chronicisation de leur maladie. Face aux dimensions d'un quotidien altéré (transformation du rapport au corps, du rapport à soi et aux autres ; déstructuration des temporalités ordinaires ; emprise du monde médical), nous explorerons 1) les polysémies de la guérison (éradication du mal, métamorphose de soi, retour à une vie normale, etc.) et analyserons 2) les formes de reconfigurations subjectives de la toxicodépendance et de la maladie cancéreuse qui en découlent. À travers une anthropologie de l'expérience qui s'intéresse particulièrement à la reconstruction narrative de la maladie (Kleinman, 1980), les éléments mis ici en lumière nous permettront de mieux comprendre le contrôle qu'exercent ces malades sur leur destinée, que ce soit à travers la quête d'un mieux-être ou d'une vie « digne d'être vécue ».

Session 2 : Medecines Jamu

My customers put trust in me?: Gender roles, traditional medicine and healing processes in Indonesia

SZUTER Carolyne (carolynrund@gmail.com)

University of New Brunswick (Canada)

Jamu, a Javanese traditional medicinal drink consisting of local plant ingredients, is produced and consumed by local people to treat a variety of diseases (including diabetes, cold, and stomach ache), including women's reproductive health. Jamu is mainly prepared and sold by local women, called jamu sellers (jamu gendong), and it is widely consumed both in the rural and urban areas of Java. This presentation is based on an ethnographic study conducted in the city of Yogyakarta, Indonesia, with a group of 92 jamu sellers. The presentation analyzes how jamu sellers perceive their role in the healing process of customers. Data shows that according to jamu sellers, the healing process depends on the active ingredients of the drink itself and the capacity of the jamu seller to select and mix them. Moreover, interviews emphasized how the reputation of the jamu seller plays a central role in determining the perceived efficacy of jamu by the customers. In order to establish a good reputation, jamu sellers recognize that they must appear physically healthy, and

beautiful, and behave in a certain way. Good physical health and beauty is attributed to a good jamu recipe? Those producers who appear healthy must be doing something right with their jamu! In terms of behaviour, culturally, jamu sellers are expected to be kind and generous and provide jamu to anyone who needs it, regardless of the financial compensation they receive; many sellers report the sentiment that “only God can decide each person's fortune” and that they need to be generous and compassionate with the customers. By adopting a feminist outlook, this presentation aims to explore how the concept of efficacy of traditional medicine is socially constructed and inscribed into the existing gender roles of Javanese society, which places particular importance on specific physical and behavioural traits of women.

Jamu medicine: Healing women's bodies

NYONATOR John Paul

The paper presents findings from a recent ethnographic study conducted in Yogyakarta, Indonesia on women's experiences of breastfeeding using Jamu medicine to resolve the problem of insufficient production of breast milk. Jamu is a traditional herbal medicine of central Java, Indonesia made from a mixture of spices, roots, leafs, chunks of woods, honey, palm sugar and eggs to promote health and beauty. The mixed ingredients of jamu depends on illness, gender and taste. We interviewed 11 breastfeeding mothers and also made observations at Jamu shops on the types of Jamu that nursing mothers buy. Women expressed concerns about the inability of their bodies to produce enough breast milk immediately after birth to feed their babies. In order to fix the problem of inadequate breast milk, women were strongly advised by their family members and friends to drink Jamu made from papaya leaf to enhance the production of enough breast milk. Mothers also drink jamu on behalf of their babies when they get fever, cold or flu as it is believed that jamu has no side effects as compared western medicine. While some women argue that Jamu gives good taste to the breast milk, energizes mothers and protect infant and mother against illnesses, others questioned the scientific basis of jamu.

Session 3 : Ethnographie du guérir

Riberinhos' experiences and practices of malaria in Brazilian Amazon

FREITAS DE SOUZA Machado (lmach031@uottawa.ca)

University of Ottawa (Canada)

Malaria is one of the oldest diseases that affects poor populations especially those that live in African, Asian, and Latin American countries. Currently, the predominant knowledge about this disease is anchored in biomedical approaches and insufficient attention has been placed on how populations cope with malaria in their daily lives. The main goal of this research is to investigate how riberinhos experience and act upon malaria in endemic areas of Manaus and Careiro, State of Amazonas, Brazil. The specific objectives of this study are to explore riberinhos' illness experiences of malaria, to learn how they perceive the impact of malaria in their biological body and social lives; to analyze riberinhos' diagnostic practices including folk strategies to differentiate symptoms of malaria among other febrile diseases of the Brazilian Amazon and how they make use of public health services to identify malaria; to examine riberinhos' treatment practices to fight malarial infection including home-made medicines and pharmaceuticals, to analyze their perception about the effectiveness of these treatments. This study is anchored in ethnographic methodology. Interviews, participant observation, and visual methods namely photographs will be the methods used to get to know riberinhos' experiences and practices of malaria. In terms of expected results this study can provide insights on how people deal with the disease, as well as on how expert support can be oriented with relation to what is already being done to diagnose and treat malaria in communities of Brazilian Amazon.

Wind of Affliction, Bodily Prescription; Zâr Healing Ritual in Southern Coastal Regions of Iran

JANGOUK Nima (jnimaminj@gmail.com)

École d'études sociologiques et anthropologiques de l'université d'Ottawa
(Canada)

Amongst all of the environmental elements, wind has an outstanding importance for Iranians. For a long time and even nowadays, wind [has been] and is an inseparable constituent of Iranians' lives. One can consider a coherent bipolar model, in which wind occupies a dual position in Iranians' knowledge. On the one hand, it is regarded as a good entity that creates, brings peace and mercy, and heals. On the other side, it is regarded as the devil, which destroys, brings harm and damage, and suffers. Such a dualistic view through the wind is the basis of Zâr, the healing ritual which I am going to introduce. The word Zâr that comes from the name of a devil wind, refers to a specific ceremony in coastal regions of southern Iran, which is performed to heal the afflicted from bodily sufferings. The ritual is not limited to Iran and it is possible to find similar ones in Ethiopia, Somalia, Egypt, North Africa, Sudan, and other regions in the Middle East. Zâr rituals are held by traditional healers (Bâbâ Zar, male healers and Mâmâ Zar, female healers) and previously possessed ones to tame the devil wind and help the afflicted get rid of the affliction. During the healing ritual, which is a performance filled with music, song, dance, clap, light, darkness, food, aroma and smell, healer tries to communicate with the jinn-wind, ask about its demands, and promise to comply with the wishes of the wind. These bodily practices and sensory experiences (singing, playing and listening [music], moving [dance], seeing [colors, scenes and displays], tasting [foods], smelling [odors], etc.) are in the heart of my investigations. For me, Studying Zâr means to understand the meanings as they are lived through these sensory and bodily experiences. Therefore, I believe that medical anthropologist should try to experience different life-worlds and ritual processes as well as bodily and sensory experiences of the Zâr practitioners, in order to best perceive and recognize the healing ritual.

Expériences de guérison à l'institut de Recherche de Qigong de Shanghai

CHENAULT Marceau (marceau.chenault@gmail.com)

Institut de recherche de Qigong de Shanghai (Chine), College of Physical Education and Health, East China Normal University (Chine), Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société Sud-Est (MSHS) Université de Nice-Sophia Antipolis (France)

Cette étude décrit les expériences de guérison au sein de la première formation ouverte à un public étranger, depuis janvier 2013, à l'institut de recherche de Qigong en activité depuis 1985 à Shanghai. L'auteur observe, sur une durée de deux ans, les problématiques interculturelles entre l'équipe pédagogique des docteurs en médecine traditionnelle et la vingtaine d'élèves internationaux. Il relate notamment la variété des styles d'intervention des professeurs chinois face aux différents besoins exprimés par les personnes inscrites aux cours. L'étude porte ensuite sur les techniques du corps de Qigong et leurs caractéristiques de transmission. Enfin, l'auteur s'intéresse à l'expérience des exercices vécus par les apprenants, à travers des questionnaires et interviews individuels, ainsi que des échanges collectifs. Cette approche ethno-phénoménologique permet d'éclairer des éléments importants dans l'expérience sociale et intime de guérison témoignée par certains élèves: dans leur relation aux maîtres, aux mouvements, ainsi qu'aux perceptions de bien-être et de « Qi ».

Session 4 : Épistémologies de la guérison en biomédecine

Guérir en douleur chronique

NGUYEN Dat Nhut (nguyendatnhut@gmail.com)

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (Canada)

Les patients arrivent à la clinique de la douleur avec leur liste de médicament de 2-3 pages, avec leur histoire de tous les traitements qui n'ont pas fonctionné, avec leur liste d'effets secondaires et de complications reliées aux traitements. Et ils espèrent que le

prochain traitement va les « guérir ». Quand on demande au patient ce qu'il entend par guérir, il nous répond souvent, à la manière de la publicité de « tyléol »: « retrouver son état normal, quel que soit l'état normal ». Le problème, c'est que c'est, en totalité ou en partie, le mode de vie d'avant qui a favorisé le développement et/ou la persistance de la douleur chronique. Par le mode de vie, j'inclus l'horaire imposé, les conditions de travail imposées, les techniques de travail, la gestion du sommeil et du repos, la gestion du stress, la gestion des substances (tabac alcool, drogues, médicaments) et les stratégies d'arrêts (*stopping rules*). Notre stratégie en traitement de la douleur chronique est d'amener le patient à se fixer des objectifs atteignables, à modifier ses stratégies, sa façon de communiquer, à changer ses habitudes de vie, à gérer la prise de substances. Et, progressivement, la plupart des patients atteignent leur objectif, améliorent leur qualité de vie et leur capacité physique. Mais sont-ils guéris? Quand est-ce qu'on arrête le suivi de réhabilitation? Quand ils peuvent faire leurs activités quotidiennes sans douleur? Quand ils peuvent retourner travailler? Quand ils peuvent recommencer leur sport favori? Quand ils réussissent à sevrer de leurs médicaments? La question de ce qu'est la guérison a clairement une dimension pratique : quand décider que le patient n'a plus besoin de nos soins ? Notre groupe a développé une réponse pratique : le patient a congé quand il se sent autonome à gérer son problème de douleur chronique. La question a également une dimension de perception de soi : Au début des rencontres , le patient en douleur chronique se sent comme une victime de la maladie, une victime aussi du système social. Il se sent totalement dépendant et à la merci des professionnels qui le traitent. Il se sent aussi diminué, impuissant, indigne, sans valeur, une charge pour son entourage. La guérison passe alors par un sentiment d'autonomie face à la maladie, face aux professionnels, et ce, par la redécouverte de sa propre valeur et de ses propres compétences. La question implique finalement une dimension éthique : Celle du respect de l'autonomie et de la dignité du patient. Nous aimerions donc défendre le concept que la guérison inclut forcément des changements de croyances et des changements de stratégies autant chez les professionnels que chez les patients souffrant de douleur chronique.

Personnalisation du soin et nanomédecine. Entrevues avec des chercheurs

NOURY Mathieu (mnoury@uottawa.ca)

École d'études sociologiques et anthropologiques (Canada)

Qu'est-ce que signifie « guérir » à l'heure de la personnalisation des soins de santé? Quelle conception de la guérison se développe avec le concept d'une « médecine personnalisée » et, cela, dans le contexte de molécularisation de la biomédecine? Cette communication a pour objectif d'apporter un éclairage à ce vaste questionnement sous l'angle spécifique de la « nanomédecine » - l'application des nanotechnologies à la médecine. En effet, grâce à la production d'innovations moléculaires, telles que les *nano-drug delivery systems*, la nanomédecine se présente comme une approche novatrice qui permet un traitement « sur mesure » prenant en compte la « spécificité » de chaque patient. Les technologies nanomédicales sont vues comme l'élément clé permettant la réalisation pratique du concept de « médecine personnalisée ». Basée sur une série d'entrevues avec des chercheurs canadiens et français en nanomédecine, cette communication propose de faire ressortir la conception de la guérison attachée au développement du concept de « médecine personnalisée », tel qu'il est appliqué dans la recherche nanomédicale. Nous proposons plus exactement d'examiner la réponse de la nanomédecine au défi de la personnalisation du soin au regard de l'analyse de la perception des chercheurs en nanomédecine envers le concept de médecine personnalisée et d'en faire ressortir plus largement le sens de la guérison. Par là, il s'agit de contribuer à la compréhension des caractéristiques et des défis posés par le développement de la personnalisation du soin dans le contexte général de molécularisation de la biomédecine, lequel bouleverse notre compréhension de la guérison et de la santé.

Session 5 : Les limites de la guérison (en vidéoconférence avec Marseille)

Mourir : une solution pour la guérison ?

CHARTRAND Louise (lchar086@gmail.com)

University of Ottawa, École d'études sociologiques et anthropologiques
(Canada)

La médecine moderne s'est développée sous un premier postulat curatif. Autrement dit, il existe une cause pour tous maux biologiques. De plus, il est notre devoir de, non seulement, découvrir la cause de ces maux biologiques, mais également de trouver une solution. Par conséquent, la guérison est vue comme étant la solution à savoir la prise en charge et le contrôle des maux biologiques et devient le but ultime à atteindre. Sans quoi la souffrance persiste et la mort est inévitable. Toute une série de discours, de techniques et de technologies s'est développée pour essayer autant que possible de mener un combat contre la mort. En parallèle s'est développé un deuxième postulat de la médecine moderne, dont le palliatif. Sous cet angle, la guérison change de signification. En effet, la guérison est vue comme étant le soulagement à savoir la prise en charge et le contrôle des souffrances tout en acceptant que la mort soit inévitable. Encore ici, une série de discours, de technique et de technologie se sont développés pour essayer autant que possible de faire la paix avec la mort. Pourtant, aujourd'hui nous semblons être encore insatisfaits de ce que la médecine moderne peut nous apporter en termes de guérison. Pour notre présentation, nous aimerions emporter l'argumentation qu'un troisième postulat est en train de se développer qui est un métissage des deux précédents. Ce métissage offrirait la mort à titre de guérison.

Le droit à la mort: redéfinir la guérison au Québec

PRZYBYLAK-BROUILLARD Antoine (aprzy010@uottawa.ca)

University of Ottawa, École d'études sociologiques et anthropologiques
(Canada)

Avec la mise en place de la loi 52 au Québec, l'euthanasie médicale sera bientôt permise pour des cas spéciaux. De plus, des mouvements similaires se battent pour le droit à la mort dans le reste du Canada et dans plusieurs pays autour du monde. Au Québec et ailleurs où le droit à la mort est légitimé par le gouvernement, des lois sont mises en place afin d'encadrer cette pratique dans les hôpitaux. Par contre, la légitimation de l'euthanasie dans les systèmes de santé va à l'encontre d'un des principes du serment d'Hippocrate qui stipule que « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément ». Malgré le fait que le serment d'Hippocrate fut écrit il y a plus de deux mille ans, ce document est encore vu comme la base éthique des médecins qui suivent la tradition médicale d'origine occidentale. Ainsi, une question est souvent posée dans les médias et dans les débats politiques : « comment est-ce qu'on justifie terminer une vie dans un système de santé qui est censée guérir »? J'aimerais donc me pencher sur cette question et examiner, d'une façon anthropologique, si la biomédecine au Québec est encore axée sur la guérison. En introduisant le droit à la mort comme alternative médicale, comment cela redéfinit-il notre compréhension de la médecine et son rôle dans la société québécoise et canadienne. Cette recherche sera basée sur des entrevues avec des médecins et des activistes favorables au droit à la mort et sur une analyse du discours de l'enquête « Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité » créée par l'Assemblée nationale du Québec.

Mort et guérison en Afrique noire. De quelques pratiques rituelles pour la paix et la santé des vivants

NDIAYE Lamine (ndiayelame@yahoo.fr)

Université Cheikh Anta Diop Dakar (Sénégal)

En Afrique noire, la maladie semble davantage être causée par les forces de la surnature que par celles qui relèvent de la nature. Sous ce rapport, il est de coutume, dans ce contexte, de recourir à la toute-puissance du verbe créateur et fondateur pour « reconfigurer » l'état biologique défaillant que l'« arrivée », voire la survenue de la « maladie-ennemie », veut désagréger. Ainsi, en empruntant la voie de l'action rituelle efficace fondamentale, les Africains convoquent les esprits ancestraux, garants de l'ordre groupal et de l'équilibre social sollicités, afin d'asseoir la santé défectueuse, perdue momentanément ou bien qui allait « s'exhaler ».

Joséphine Brindherbes avait décidé de guérir, mais d'autres n'étaient pas d'accord

FAYA Jean (jean.faya@letknowcafe.org)

Institut de recherche anthropologique sur le soin et l'accès aux soins (Let-know café), Indépendant, Lyon (France)

L'hiver se termine, et la nuit est tombée depuis quelques heures déjà. Joséphine BRINDHERBES a 95 ans. Elle est une grande femme de bonne éducation et de vigueur. Son médecin généraliste, Lucas M., est passé chez elle en début de soirée. Il lui a diagnostiqué une infection pulmonaire, et prescrit du repos au lit et un antibiotique. Joséphine BRINDHERBES est allongée dans le noir malmenée par la fièvre. Elle décide quand même de se lever comme elle le fait chaque nuit. Et là, catastrophe. Elle s'effondre sur elle-même, se fracture net le col du fémur, et se retrouve quelques minutes plus tard dans le camion des pompiers. Le lendemain soir, Le Dr M. lui rend à nouveau visite, cette fois à l'hôpital. Il retrouve sa patiente très affaiblie et contenue dans un grand lit métallique aux draps d'un jaune clair impeccable. Elle se fera opérer demain. « Vais-je m'en sortir, docteur ? » lui demande poliment Joséphine. Luca sourit pour masquer une hésitation. « Vous êtes solide » finit-il pas lui dire, sans grande conviction. Lucas M. prend congé de Joséphine

BRINDHERBES en pensant qu'il ne la reverrait probablement pas. Mais il ne comprend pas qu'à cet instant, la patiente, elle, a décidé de guérir. Mais ce que ni elle, ni lui, ne peuvent imaginer, c'est que Joséphine BRINDHERBES s'engage-là dans un véritable parcours du combattant. Un combat pas tellement contre elle-même, mais bien contre d'autres, qui eux ne sont pas d'accord avec son choix. Nous parlerons bien là du « prendre soin », où le soin devient un objet que l'on se dispute, que l'on dérobe parfois, aussi pour de toutes autres fins que celle de la guérison. Et le malade doit se battre pour garder ou récupérer son soin. Et le soignant, professionnel de santé ou entourage du malade, doit se battre pour trouver du soin, et trouver du sens à son existence.

Session 6 : Cohérences et dissonances autour de la guérison

Dons de médicaments lors de projets humanitaires : sens du don et guérison

AUBE Roxane (roxane.aube@uqat.ca)

UQAT (Canada)

Donner est une activité complexe au cœur de l'action humanitaire. Au Canada, de nombreux organismes font parvenir des dons de médicaments à leurs partenaires locaux. Ces donations s'inscrivent dans divers contextes dont l'aide humanitaire (ex : *Health Partners International of Canada*), l'aide au développement (p.ex. Collaboration Santé Internationale) et les stages cliniques de formation (ex : Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)). Lors des projets d'IISF, il est demandé à chaque coopérant d'apporter une valise de 23 kg de dons. Une étude d'Aubé et al. (sous presse), réalisée auprès d'un groupe soutenu par IISF au Sénégal, montre que les patients considèrent les médicaments donnés comme plus efficaces que les médicaments locaux. Ces dons mèneraient à une survalorisation du médicament dans le traitement et à la création de faux besoins par les patients. Malgré ces limites, le sens du don semble contribuer à la relation thérapeutique entre le coopérant et le patient. En effet, pour les coopérants, le don pourrait s'inscrire dans les valeurs du *caring* ainsi que de l'humanisme et permettrait de concrétiser leur « mission ». En réponse, les patients interprètent

ce don comme une forme de justice sociale grâce à un meilleur accès à des traitements «gratuits et efficaces». Les coopérants et les patients se retrouvent ainsi au cœur d'une dynamique de don/contre-don et de savoir/pouvoir entre la médecine «humanitaire» (ou biomédecine) et la médecine locale. Quel est le sens du don pour chacun de ces acteurs? Quelle est l'influence du don sur l'expérience de la guérison des patients? Comment ces dons de médicaments contribuent-ils à un métissage des savoirs thérapeutiques locaux? Cette communication, basée sur l'expérience professionnelle terrain et sur les résultats d'une analyse de la documentation scientifique, présentera un portrait de la dynamique entre les dons de médicaments et la relation thérapeutique coopérant-patient.

Global Mental Health? Enjeux liés au façonnement d'infrastructures diagnostiques et d'outils thérapeutiques dits universels et, donc, « universalisable »

VAN DEVENTER Jasmine (jdvd233@gmail.com)

L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, L'Université de Montréal, et l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (France)

Nous proposons de nous concentrer sur les tensions dont s'accompagne la tentative de transposer des infrastructures diagnostiques en matière de santé mentale et, surtout, les instruments thérapeutiques qui leur sont associés, issus au fond, tous les deux, du champ de la psychiatrie, dans son versant transnational, et procédant donc des « centres » occidentaux qui priment au sein de celui-ci, auprès de « populations » dont l'altérité proclamée par ceux-là mêmes qui s'en considèrent leur plus rigoureux défenseurs, rendrait impertinente, voire néfaste, l'application des dites pratiques et techniques à leur égard. Au fond, nous aborderons les questions des régimes épistémiques prévalant dans le champ de la « santé mentale » à l'échelle internationale, et des modalités de trans-nationalisation de ceux-ci, qui émanent majoritairement de pays occidentaux. Nous nous appliquerons à saisir la manière dont les savoirs que tentent d'édifier et d'opérationnaliser des techniques diagnostiques tels que le DSM, et les outils thérapeutiques associés, s'avèrent être profondément contingents au niveau de leur opérabilité, ce que

révèle l'importance de les inscrire dans des environnements où - comme le démontre une étude de cas qu'a réalisée Andrew Lakoff, anthropologue, sur un projet de codage génomique pour le désordre bipolaire entrepris par un institut de recherche génomique français en Argentine, et qu'il mobilise pour élucider les processus à l'œuvre dans la production de schèmes épistémiques se voulant « liquides » - ils trouveraient une niche épistémique où ils pourraient s'enraciner et éclore. Comme le souligne Lakoff, dans l'absence d'un tel contexte leur fournissant les conditions nécessaires à leur épanouissement, de tels régimes et les technologies qu'ils autorisent et qui les soutiennent en retour, risquent de se périliter, et révèlent ainsi les limites foncièrement inscrites dans la démarche de trans-nationalisation des « infrastructures diagnostiques et thérapeutiques » à travers lesquelles les régimes de savoir et de gestion de maladies mentales cherchent à s'uniformiser et à se rendre –universellement- opérables. Nous traiterons également de la manière dont la notion de « santé mentale », comme celle de « guérison », comportent des enjeux qui ne se trahissent pas d'emblée lorsqu'on cherche à cerner celles-là dans leurs configurations socialement définies, et que derrière l'apparente bataille entre régimes d'objectivité ayant cours dans et par ce processus de transnationalisation d'outils diagnostiques et thérapeutiques, se profile une lutte opposant les soi-disant adhérents à une scientificité « universelle », c'est-à-dire, universalisante, à ceux qui cherchent à travers l'espace de la santé mentale et, notamment, ses apports en matière diagnostique et thérapeutique, à rendre lisibles et visibles les conditions de vie et les inégalités que subissent ces populations ciblées - immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile - et à interpeller ainsi certains acteurs sur les conditions précaires de leur existence sociale, sur le plan matériel aussi bien que symbolique.

Session 7 : Guérisons et maladies chroniques (part. 2)

Vivre avec le diabète : Signification et représentations de la guérison

OUASSILA Salemi (ouassila.salemi@gmail.com)

Université d'Oran (Algérie), Université Laval [Québec] (Canada)

Cette communication se base sur l'analyse des résultats de différentes recherches, que nous avons menées auprès de personnes atteintes de diabète, leur entourage et le personnel soignant les prenant en charge, en Algérie. Nous avons entrepris dans une approche socio-anthropologique des entretiens avec les différents intervenants impliqués dans la prise en charge du diabète et opéré des observations au sein des espaces domestiques et hospitaliers. Il en ressort que les pratiques socio-sanitaires des personnes atteintes de diabète sont mues par des logiques de quête de la normalisation, liées en partie au contexte familial et socio-culturel. Les interprétations qu'elles développent se font sur la base de leurs propres représentations de la situation. Elles prennent des initiatives en recourant à des décisions selon l'évaluation du sens qu'elles donnent à leur maladie mais aussi aux possibilités qui leur sont offertes. Ce qui nous amène à parler de deux logiques médicale et profane, qui sans être nécessairement contradictoires se fondent sur des modèles de représentations différents. En effet, en interrogeant la situation sanitaire des diabétiques, ces derniers ont montré des capacités assurément inégales de gestion de leur maladie. Néanmoins, ils se révèlent acteurs, en faisant ressortir des modalités de mise à distance face aux situations sociales dans lesquelles ils se trouvent. Les diabétiques s'autorisent des écarts à l'égard des prescriptions médicales. Cette « non-compliance » qualifiée de comportement « irrationnel » par le discours médical, apparaît comme une recherche d'autonomie. Les malades, préférant être plutôt dans une logique de contrôle des symptômes que dans une logique de contrôle de la maladie et vivre normalement leur quotidien et ce malgré les symptômes de la maladie.

Guérison ou rétablissement pour les malades chroniques ? Quelles représentations ? Quelle réalité ?

FLORA Luigi (luigi.flora@umontreal.ca)

EXPERICE, Université Paris 8 (France) - Université de Montréal (Canada)

Les populations des sociétés Européennes et nord-américaines sont de plus en plus concernées par les maladies chroniques, au-delà des causes amenant ce constat, n'y-a-t-il pas un intérêt à questionner une notion émergée dans les années 30 avec les alcooliques anonymes (1935) alors eux-mêmes patients en santé mentales puis d'autres patients de psychiatrie (1937) (Romedet et al 1989), dont faisaient partie les alcooliques à cette époque le « recovery » en français rétablissement ? Cette notion et ces principes qui ont bien été exploré dans le domaine de l'addiction par les groupes d'entraide de 12 étapes (Gallanter et Kaskutas, 2008 ; Flora 2012) et par les usagers de la santé mentale (Jouet, Greacen 2012) peut-elle se transposer dans le VIH, dans le domaine du cancer, le diabète ou encore l'hémophilie ? C'est à partir de données collectées dans le cadre de travaux issus d'une thèse d'approche multi-référentielle en sciences de l'éducation croisées avec une recherche action dans le domaine de la santé mentale (EMILIA) et d'une recherche de sociologie dans le domaine du cancer (Ferrand-Bechmann, Bourgeois, Flora, Sevilla 2010), que nous articulerons un argumentaire pour tenter d'éclairer ce questionnement lors de cette communication ouvert à échanges car les rémissions du cancer sont-elles de l'ordre de la rémission ou d'un rétablissement ? Vivre avec le VIH, les hépatites virales, le diabète, les polyarthrites rhumatoïdes ou encore l'hémophilie ne donne-t-elle pas lieu à adopter des principes de vie ? À rétablir régulièrement des situations aigües ?

Indétectable ? Les empreintes du VIH/SIDA dans un quartier de Montréal

GIRARD Gabriel (gabriel.girard.info@gmail.com)

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (Canada)

Ces dernières années, un large consensus s'est exprimé à l'échelle internationale autour de la possibilité « d'en finir avec le VIH/sida » d'ici 2030. À travers le concept de traitement comme prévention,

on a démontré la possibilité de réduire radicalement les risques de transmission ou d'acquisition du virus. Dans le même temps, l'éradication du VIH dans l'organisme des personnes infectées occupe le haut de l'agenda biomédical. Mais si cet horizon politique et scientifique semble faire consensus, quelle en est la contrepartie individuelle et collective ? Autrement dit, que devient l'expérience de la maladie lorsqu'on parle de rendre le VIH « indétectable » ? C'est cette notion d'indétectabilité qui sera au cœur de la communication. Mais, plutôt que d'évoquer l'expérience biologique du sida à travers les discours des personnes atteintes, il s'agira d'interroger sa réalité géographique. L'intervention s'appuiera donc sur une analyse bibliographique et sur des observations ethnographiques (notes, photographies) portant sur les empreintes urbaines, sociales et culturelles, du VIH/sida dans le quartier gai de Montréal. Au Québec, la communauté homosexuelle constitue en effet historiquement, avec les haïtiens et les usagers de drogue, le groupe le plus massivement touché par l'épidémie. À partir d'observations dans le Village, ses lieux, ses locaux associatifs, ses espaces et sa toponymie, il s'agira d'explorer comment le VIH se manifeste dans la ville, et comment il demeure, malgré tout, « détectable ». L'analyse croisera la mémoire des luttes et le souvenir des morts, les lieux du plaisir comme ceux du deuil. Se dessinera ainsi une anthropologie historique et sensible de l'expérience du VIH/sida. S'appuyant sur des observations de terrain et des réflexions en cours, la communication proposera une analyse de l'évacuation des dimensions sociales et culturelles de la maladie dans les discours dominants autour de la guérison et de « la fin du sida ».

INDEX DES AUTEURS

A

ALBERTI CORINNE	94
ALFIERI CHIARA	29
AMELOT VINCENT	94
ANAGO EMILIEENNE	37
ANDRE FABRICE	78
AUBE ROXANE	127

B

BADJI MOUHAMED AHMED	32
BATIBONAK SARRIETTE	47
BAXERRES CARINE	37
BILA BLANDINE	29
BONNET DORIS	26
BUJOLD MATHIEU	45
BURGUET DELPHINE	91

C

CAREMEL JEAN-FRANÇOIS	35
CARILLON SEVERINE	108
CARPIGO EVA	107
CARRIERE NATHALIE	61, 113
CAUDULLO CORALIE	69
CHABLOZ NADEGE	101
CHAMPALOUX BERNARD	75
CHARTRAND LOUISE	82, 124
CHENAULT MARCEAU	121
CHERAK FATIMA ZOHRA	81
COMMUNE NICOLAS	54
COULOMB LAURELINE	87
CREPON GUILMIN SOPHIE	94

D

DAMBRE FREDERIQUE	60
DASSIEU LISE	88
DELACROIX DOROTHEE	67
DELALOGUE SUZETTE	78
DESCLAUX ALICE	29, 36, 86
DJOUDA FEUDJIO YVES BERTRAND	41
DOUMTSOP DJOUDA JOCELYN	73
DUCHESNE VERONIQUE	29

E

EGROT MARC	39
ENJOLRAS FRANCK	106
ESPINOSA LAURENCE	110

F

FANCELLO SANDRA	80
FANTAUZZI ANNAMARIA	100
FAYA JEAN	85, 126
FERNANDEZ FABRICE	64, 116
FLORA LUIGI	131
FORNER-ORDIONI ELSA	70
FREITAS DE SOUZA MACHADO	119
FRIEDEN MARIE-CECILE	31

G

GIAMI ALAIN	50
GILES-VERNICK TAMARA	63, 115
GIRARD GABRIEL	131
GRARD JULIEN	71
GRENIER-TORRES CHRYSTELLE	57

GROSS JEAN-FELIX76

H

HANE FATOUMATA46
HARDY ANNE-CHANTAL53
HEAS STEPHANE89
HEJOAKA FABIENNE 63, 104, 115
HEMADOU AUDREY OLGA37
HERMANN JUDITH26
HERVOUET LUCILE59
HUSSON ISABELLE95

J

JAFFRE YANNICK26
JANGOUK NIMA120

K

KANE HELENE103
KETCHAM MAKEDA.....99

L

LABBE FABIENNE92
LAMINE MOHAMED104
LAVAL CHRISTIAN52
LE HERSAN JEAN-YVES.....37
LECORDER DIDIER109
LEFEVE CELINE66
LEGRIP-RANDRIAMBELO OLIVIA90
LEHENAFF YANNICK.....89
LESOEURS GUY102
LORETTI AURORE33
LORILLARD MARIE44

M

MARCHE HELENE 64, 116
MARQUIS NICOLAS 62, 114
MASSE RAYMOND51
MBALLA ELANGA EDMOND VII..... 79
MBAYE NGAGNE104
MENORET MARIE26
MINO JEAN-CHRISTOPHE66
MOULIN ANNE-MARIE26
MOULIOM IBRAHIM30
MOUTAUD BAPTISTE77
MSELLATI PHILLIPPE26
MUSSO SANDRINE61

N

NAAMOUNI KHADIJA93
NDIAYE LAMINE 84, 126
NDIONE GAUTIER 49, 86
NGUYEN DAT NHUT121
NJENGOU NGAMALEU HENRI
RODRIGUE97
NOURY MATHIEU123
NYONATOR JOHN PAUL118

O

OUASSILA SALEMI.....130

P

PARENT FANNY56
PERROT ADELINE109
PIBERNAT MIR LAIA96
PINGHANE YONTA ACHILLE41
POURTAU LIONEL78
PRZYBYLAK-BROUILLARD ANTOINE ..83,
125

Q

QUERRE MADINA68

R

REGNIER VERONIQUE68

ROSSI SILVIA.....45

ROSTIROLLA DARIA72

S

SANOUE ARMANDE 63, 115

SCHANTZ-INGUENAUULT CLEMENCE ...58

SIGNATE SY HABY104

SOW NDEYE KHOUDIA 36, 86

SZUTER CAROLYNE117

T

TCHETCHE MATHIEU40

TEIXEIRA MARIA.....94

TEXIER GAËLLE.....98

TRAORE ABDOULAYE 63, 115

V

VAN DEVENTER JASMINE.....128

VENTURA GARCIA LAIA96

VIALLA FRANÇOIS38

W

WAGOUN CELESTIN.....41

WANG SIMENG.....48

Colloque International AMADES 2015

"CE QUE GUERIR VEUT DIRE"



amades

anthropologie médicale
appliquée au développement
et à la santé

Dakar : 22 mai

Marseille : 27, 28 et 29 mai

Ottawa : 27 et 28 mai



Atelier d'art-thérapie de Moussa Sakho, Dakar, Sénégal