

Altérités

Revue d'anthropologie du contemporain

Volume 6, numéro 2, 2009

Corps, santé, maladie : aux frontières du médical et du social
Sous la direction de Vincent Duclos et Marie-Ève Carle



Altérités

Revue d'anthropologie du contemporain

Volume 6, numéro 2, 2009

Corps, santé, maladie : aux frontières du médical et du social

Sous la direction de Vincent Duclos et Marie-Ève Carle

© Université de Montréal. Département d'anthropologie, 2018

éditions@anthro - @Altérités 2009

Montréal

ISSN 1205-8009

Sommaire

Présentation : une anthropologie médicale en mouvement

Vincent Duclos (Université de Montréal) et Marie-Ève Carle (Université de Montréal)

La question de l'autre dans les expériences-limite : à la recherche d'un regard dé-centré (Essai)

Ellen Corin (McGill University)

Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques

Daniel Côté (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail)

Connecting the Micro and Macro Approaches: Cultural Stakes in Health Communication

Isaac Nahon-Serfaty (Université d'Ottawa), Rukhsana Ahmed (Université d'Ottawa), Sylvie Grosjean (Université d'Ottawa) et Luc Bonneville (Université d'Ottawa)

L'anthropologie face aux demandes du terrain : deux exemples d'implication dans le milieu médical

Michela Canevascini (Université de Lausanne) et Rose-Anna Foley (Université de Lausanne)

Des procès en chair et en songe. Sainteté et exorcisme à Bouya Omar et Sidi Chamharouch (Maroc)

Céline Aufauvre (Centre Jacques Berque / Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Université Paris X – Nanterre)

Le saint et l'ethnologue : sur les voies de l'ethno-ascèse (Essai)

Zakaria Rhani (Princeton University)

Teaching at the Margins: Experiences of Anthropology and Medicine in a Middle Eastern Setting (Essai)

Omar Dewachi (Université de Montréal)

À la marge. Risquer l'anthropologie. Entretien avec Philippe Bourgois

Nelson Arruda (Chercheur indépendant)

Dans la désorientation, l'engagement. Entretien avec Mariella Pandolfi

Kim Turcot DiFruscia (Université de Montréal)



Présentation :

une anthropologie médicale en mouvement¹

Vincent Duclos
Université de Montréal
et
Marie-Ève Carle
Université de Montréal

After two decades of agonizing mea culpa reflexivity, anthropologists seem shy about developing conclusions from their own fieldwork. Post-structuralism, neo-Marxism epistemologies, and English-lit postcolonialism are fine, but where's the specifically anthropological vision?
Lewellen 2002:82

Du laboratoire à la rue, de la clinique à la piquerie en passant par les parquets boursiers et les bidonvilles, l'anthropologie médicale interroge une pluralité d'enjeux contemporains, de formes émergentes de vie, de souffrances et de rapports au monde. Que ses terrains soient de l'ordre de l'institutionnel ou encore de la « vie quotidienne », cette discipline scrute les lignes de force marquant des univers aussi différents qu'impossibles à dissocier. Dans cette présentation, nous chercherons à tracer quelques pistes de réflexion sur la contemporanéité de l'anthropologie médicale. Si ces brèves impressions n'ont pas la prétention de constituer un reflet des propos rassemblés dans ce numéro d'*Altérités*, elles entrent tout de même en dialogue avec différents enjeux traversant la discipline anthropologique dans son ensemble. Nous croyons celle-ci particulièrement bien située afin de contribuer au développement d'outils pour : 1) réfléchir aux phénomènes contemporains dans toute leur complexité; 2) établir des connexions entre l'ordre du particulier et de l'universel, de l'individuel et du collectif, de la sémantique et du politique; 3) transformer la relation anthropologique au terrain, en

¹ Notre titre se veut un clin d'œil au premier chapitre de *Designs for an Anthropology of the Contemporary* (Rabinow *et al.* 2008), ouvrage qui a d'ailleurs servi d'inspiration à certaines parties de cette introduction.

renouvelant un ethos et une esthétique qui tendent parfois à étouffer sa pertinence contemporaine.

Des outils conceptuels pour penser le contemporain

Nous reconnaissons d'emblée la nécessité pour l'anthropologie médicale de maintenir un étroit dialogue avec des disciplines telles que l'épidémiologie ou encore avec les milieux médicaux, scientifiques ou de la santé publique. Ces collaborations interdisciplinaires permettent à l'anthropologie médicale de jouer un rôle actif dans la réactualisation des enjeux traversant l'anthropologie. Nous partageons les préoccupations de Rabinow, Marcus, Faubion et Rees (2008), quant aux défis qui se posent encore à une discipline qui cherche à comprendre des phénomènes ancrés « dans le temps », mais dont les outils et paradigmes principaux ont été conçus à travers l'étude de groupes humains « hors du temps ». Nous croyons que l'anthropologie médicale représente un espace de création propice au renouvellement conceptuel, particulièrement bien situé pour stimuler la réflexion sur les rapports entre la théorie et la pratique et pour développer de nouveaux outils d'analyse.

Plus de vingt ans après *Writing Culture*² (Marcus, and Clifford 1986), il semble que l'entreprise anthropologique soit encore souvent réduite à une simple posture réflexive (l'identité ayant parfois remplacé la culture) et manque de concepts (de généalogie anthropologique) pour rendre compte d'objets d'étude de plus en plus complexes. Le défi d'une anthropologie cherchant à étudier des phénomènes émergents à l'aide d'outils conceptuels renouvelés repose sur la nécessité d'assurer une certaine continuité interne à la discipline tout en rejetant substantiellement les modèles analytiques et épistémologiques qui ont formé le cœur d'un certain ethos ethnographique (Rabinow *et al.* 2008). Il faut trouver des voies communicantes, des façons de connecter de nouveaux espaces de recherche avec l'héritage de l'anthropologie classique. L'originalité de l'anthropologie – tout comme sa réception transdisciplinaire – repose sur sa capacité de concevoir des techniques et des outils de recherche qui rendent compte autant d'une tradition disciplinaire particulière que de fortes influences théoriques externes (concepts, choix des objets de recherche, etc.) (*Ibid.*:91). L'anthropologie médicale doit assumer le déplacement d'une pensée qui renvoie à une réalité finie (le portrait holistique, atemporel, d'un groupe ou d'une situation quelconque), à un travail analytique posant la recherche comme processus ouvert et en mouvement³. Elle doit élargir le champ des possibles.

Les relations entre le commun et le particulier

Au cœur du travail de l'anthropologie médicale, il y a la capacité d'observer

² Cet ouvrage collectif dirigé par James Clifford et George E. Marcus est souvent reconnu comme un moment ayant marqué un tournant réflexif en anthropologie. Les auteurs posaient alors une critique politique et épistémologique au genre ethnographique, de même qu'au recours non problématisé à une conception geertzienne de la notion de culture.

³ Rabinow, Marcus, Faubion et Rees (2008) proposent, par exemple, une distinction intéressante entre la notion de culturel et celle du culturel. Ils soutiennent que la notion de « culturel », pensée en tant que dimension fondamentale du vécu individuel, social et politique se laisse davantage intégrer à l'hétérogénéité des objets en mouvement qu'un concept de culture implicitement marquée du sceau holistique, associée d'idée d'un Tout enclavant et peu mobile.

des formes émergentes de rationalité (scientifique, médicale, etc.), à la lumière de différents contextes historiques, tout en dépassant la simple démonstration de l'instabilité de la connaissance. C'est en établissant des liens conceptuels entre les problèmes étudiés, en s'intéressant aux articulations entre le commun et le particulier qu'il devient possible d'aller au-delà de la futile déconstruction de phénomènes particuliers. Il est à notre avis essentiel de s'inscrire en rupture autant avec le dogmatisme logiciste d'une certaine volonté scientifique qu'avec le relativisme ontologique qui accompagne trop souvent la critique historiciste. C'est dans une telle optique que les conjonctures et les assemblages qui caractérisent les phénomènes étudiés doivent être mis en tension avec une plus large réflexion sur des enjeux de l'ordre de « ce qui est partagé », de ce qui traverse le particulier.

De par la nature de ses objets de recherche, l'anthropologie médicale invite à une réflexion sur des sujets aussi vastes que le rapport entre le politique et le biologique, la peur, la souffrance et la mort. Comment, par exemple, peut-on mettre en tension les manifestations locales de la détresse et des discours, catégories et structures davantage globales ou universelles (Dein 2006)? Dans le précédent numéro d'*Altérités* (vol. 6, n°1), nous soulignons la nécessité d'une ouverture à la complexité de la condition humaine pour penser le corps, la santé et la maladie. Une telle posture constitue un souci permanent de l'entreprise anthropologique, elle apparaît en filigrane de sa réflexion sur le corps. Comme le posait également Gilles Bibeau (2009) dans ce dernier numéro, il nous faut une anthropologie médicale qui pense l'humain en faisant appel autant aux connaissances scientifiques (biologie, neurosciences, etc.), qu'à la philosophie et aux *humanities* (études des civilisations anciennes, littérature, etc.). La complexité réside dans la nécessité de tisser des liens entre un certain rapport historique au corps – dans le cadre d'une économie morale particulière – et une réflexion politique et comparatiste sur l'humain. Comment, par exemple, la littérature d'un Aldous Huxley, l'univers d'un William Blake peuvent-ils venir nourrir la compréhension des vies sociales du médicament ou des processus de normalisation à l'œuvre derrière celles-ci (Kirmayer 2009)? Par-delà l'élaboration de modèles complexes, seule une entreprise anthropologique qui est sensible à l'incomplétude, à la part d'indicible inhérente à ses objets de recherche est en mesure, nous semble-t-il, d'aborder ces questions.

Des terrains en transformation

Depuis plusieurs années, des anthropologues s'éloignent des prémisses épistémologiques d'inspiration malinowskienne qui définissent le terrain comme lieu où l'on va à la rencontre d'une culture quelconque par le biais d'une présence prolongée, d'une observation participante (Amit 2000; Faubion, and Marcus 2009; Gupta, and Ferguson 1997; Rabinow 2003; Stocking 1986). Derrière une telle remise en question de certains canons de l'héritage ethnographique, il y a avant tout l'idée de s'offrir des méthodes d'enquête en résonance avec la complexité et la fluidité des phénomènes étudiés. Comme le note Marcus, trop souvent le savoir ethnographique est réduit à une posture esthétique, stéréotypée sous la forme du témoignage : « la signification et les fondements d'un projet ethnographique génèrent une économie morale beaucoup plus compliquée que l'économie morale rédemptrice qui sous-tend l'essentiel de l'ethnographie contemporaine suivant le paradigme classique » (Marcus 2002:9). C'est dans une telle perspective voulant ouvrir de nouveaux horizons ethnographiques que Buntzl (2004)

propose une compréhension néo-boasienne de l'anthropologie en tant qu'histoire du présent. Il s'en prend à la traditionnelle distance épistémologique entre l'ethnologue et le « primitif », le Soi et l'Autre et au rôle ethnographique central joué par la naturalisation de la différence culturelle. S'inscrivant dans le lignage de Herder ou encore de von Humboldt, Buntzl place l'enquête généalogique au cœur du travail ethnographique, s'opposant par le fait autant à la conception linéaire de l'histoire marquant la pensée des Lumières qu'à un développementalisme encore très présent dans la discipline.

Alors qu'une posture épistémologique davantage traditionnelle amène l'anthropologue à se concentrer sur les « gens ordinaires » par l'entremise d'une présence prolongée dans un espace relativement défini, les outils de l'anthropologue du contemporain incluent également les réseaux d'experts et les lieux de production de leur savoir. C'est sur les bases d'une telle mobilité que se dresse l'entreprise anthropologique : dans la capacité d'étudier l'événement en tant que phénomène, en maintenant le mouvement entre un terrain aux sites multiples et un travail analytique permettant la mise en place d'un dialogue critique avec les objets étudiés. Parce qu'elle se situe aux frontières du social et du biologique, de l'expertise et du populaire, l'anthropologie médicale est *de facto* mobilisée pour trouver des angles d'approche permettant de faire ressortir les tensions entre les différents niveaux de savoirs, d'identifier les forces en présence et de faire sens des discours émergents. Quels sont les outils épistémologiques permettant de réfléchir d'une manière critique et originale à des événements tels que les récentes crises médico-médiatiques associées au SRAS, à la grippe aviaire ou plus récemment à la grippe A (H1N1)? Nous sommes loin d'un « séjour héroïque chez l'Autre » dont l'anthropologue se veut le témoin privilégié ou même de l'idée d'une altérité culturelle posée en condition fondamentale de l'enquête de terrain.

Les nombreuses recherches de type *Anthropology at Home* dans le champ médical et de la santé témoignent bien d'un tel déplacement du regard ethnographique. À titre d'exemple, le nombre croissant d'études consacrées aux milieux hospitaliers confirme le rôle de l'ethnographie pour interroger dans toute leur complexité des environnements cliniques « en action » (Cassell 2005). Considérant que les hôpitaux mobilisent et intensifient de plus larges dynamiques sociales, normatives et politiques (Long *et al.* 2008), ils se veulent des lieux privilégiés pour observer l'émergence de telles dynamiques, leurs différentes composantes (Fortin 2008). Que ce soit sur le plan des postures éthiques, de la place de la technologie ou de la souffrance et de la mort, les hôpitaux sont traversés de procédures, de standards renvoyant à des économies morales et à des relations de pouvoir d'un grand intérêt pour la réflexion anthropologique. Sur le plan méthodologique, les recherches en milieu hospitalier témoignent également des limites d'une approche traditionnelle de l'ethnographie participante (Wind 2008; Van der Geest, and Finkler 2004). Elles témoignent bien de la difficulté à trouver des accès originaux à ces terrains où la participation ne va pas de soi, où les savoirs et les pratiques observés se situent à de multiples niveaux (experts, populaire, etc.), sur des sites variés auxquels doit s'adapter l'approche du terrain. De la même manière, certains articles de ce numéro mettent en évidence des réalités propres aux terrains en anthropologie médicale tout en faisant ressortir de plus larges enjeux épistémologiques (la place du chercheur face aux attentes, la possibilité de la distance dans l'observation et de la proximité à travers la participation, etc.). Ils renvoient surtout à la nécessité de recontextualiser le terrain à la lumière des objets et des environnements de

recherche contemporains.

Finalement, il nous semble que les transformations des terrains et la manière de les aborder mettent en valeur ce qui constitue l'originalité même de la posture anthropologique, soit sa capacité à tisser des collaborations épistémiques, des partenariats, mais aussi à s'en distancer à travers l'acte de création d'un savoir. Autant les univers de la marge que les milieux scientifiques ou institutionnels fréquentés par l'anthropologue médical invitent à une certaine lenteur (Marcus 2003). Une telle posture dans le temps est inhérente à l'effort anthropologique pour allier l'expert et l'ordinaire, le technologique et le quotidien au sein d'un projet commun accordant une attention particulière aux relations entre ces niveaux.

Contributions au numéro

Dans un essai tiré de sa longue expérience aux frontières du culturel et du psychoanalytique et plus particulièrement de recherches menées en Inde et au Québec, Ellen Corin travaille la notion d'un regard dé-centré, soit d'un détour par l'Autre pour jeter un regard neuf sur ce qui semble aller de soi. Cet essai nous propose une discussion éclairée des assises épistémologiques d'une anthropologie interprétative et critique « soucieuse de maintenir ouverte la question de l'humain ». Comment donner forme à ces récits de la marge, se déprendre des codes culturels dominants qui sont à la base même des institutions de savoirs tout en maintenant un discours qui fasse sens dans les milieux, les disciplines auxquels il souhaite s'adresser? Les questions soulevées par Corin quant à la possibilité d'interroger le champ de la raison depuis ses limites, le langage depuis le silence, sont d'une grande pertinence dans le cadre de ce numéro.

Inspiré de son expérience dans des milieux de recherche médicale (plus spécifiquement en réadaptation), Daniel Côté propose une réflexion approfondie sur les aspects neurophysiologique, psychologique et socioculturel de la douleur. Appuyé par des données de terrain pertinentes et sensibles, l'auteur présente quelques pistes sur la contribution possible de l'anthropologie à l'étude de la douleur. Pour ce faire, il questionne plus largement « la capacité et le devoir de l'anthropologie de participer à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques dans un contexte d'ouverture de la médecine aux méthodes qualitatives » (p. 47). Par conséquent, l'auteur accorde une importance toute particulière au transfert et à l'utilisation des connaissances afin de faire le pont entre le fondamental et l'appliqué. Cet article rend compte d'un travail interdisciplinaire engagé sur le terrain des pratiques de santé, mais offrant également une intéressante réflexion anthropologique.

Affilié au département de communication de l'Université d'Ottawa, les auteurs de « Connecting the Micro and Macro Approaches: Cultural Stakes in Health Communication » s'interrogent sur le rôle de la culture dans le champ des *Health Communications*. Ainsi, ils discutent de la nécessaire conciliation entre les approches micro et macro et sur l'importance des liens entre le local et le global. À cet égard, les auteurs proposent le passage d'une optique de la « compétence culturelle » vers une approche axée sur les plus larges articulations entre l'espace clinique et l'espace social. À la fois théorique et pratique, cet article permet de réfléchir sur la manière dont il est possible d'intégrer des dimensions culturelles dans les phénomènes de santé et de

communication, en ouvrant ceux-ci à la complexité sociale qui marque les rapports entre le micro et le macro, le local et le global.

À travers ce texte, Michela Canevascini et Rose-Anna Foley nous proposent une réflexion originale sur « une anthropologie impliquée » et l'engagement sur le terrain. Les auteures questionnent la place du chercheur sur son terrain et plus largement les apports et l'utilité de l'anthropologie dans le domaine de la santé. En se basant sur leur expérience respective, Foley dans le domaine des soins palliatifs et Canevascini dans celui de la prévention du suicide, elles discutent l'un des plus importants défis de l'anthropologie contemporaine, c'est-à-dire non pas travailler « sur », mais bien « avec » un groupe. Les auteurs lancent des pistes de réflexion quant à la délicate négociation de l'espace du chercheur dans le milieu de la santé. Le difficile équilibre entre la proximité du chercheur face à son objet de recherche et la nécessité épistémologique d'un certain retrait critique traverse cet article d'une forte pertinence dans le contexte de ce numéro.

S'inscrivant dans la tradition plus interprétative de l'anthropologie médicale, Céline Aufauvre s'interroge sur les perceptions de la maladie et de l'infortune. Plus spécifiquement, elle aborde les pratiques d'exorcisme dans les lieux de culte de saints et de génies marocains. Questionnant des thèmes tels que l'exclusion, la marginalité, le stigmate et la transgression, l'auteure nous guide à travers ses données ethnographiques afin de mettre de l'avant des rapports au corps, à la maladie et à la souffrance forts complexes. Cette contribution permet, entre autres, d'entamer une réflexion sur la façon dont le corps peut être pensé en tant que lieu d'investissement de différents pouvoirs (sociaux, économique, religieux, etc.). Mettant en tension l'univers de la représentation et celui de l'autorité chérifienne, cet article s'inscrit directement dans les thématiques de ce numéro, à la rencontre de la sémantique et du politique.

L'essai de Zakaria Rhani nous offre un intéressant assemblage d'expériences de terrain et de réflexions personnelles sur la pratique ethnographique. Il nous raconte son expérience d'anthropologue revenant dans son Maroc natal étudier des rituels et des pratiques que nombreux aimeraient reléguer à un passé archaïque, à des histoires de « charlatanisme » peu représentatives du Maroc contemporain tel qu'ils le conçoivent. L'auteur examine de front la question de la proximité qui éloigne, celle du chercheur indigène, tout en proposant diverses réflexions sur le travail de terrain, sur les attentes par rapport à l'anthropologue, sur la légitimité de sa présence et de ses aspirations. La compréhension de soi à travers un détour par l'Autre se place au cœur du projet interprétatif de l'auteur. La posture développée par Rhani implique non seulement une forme de réflexivité épistémologique, mais elle détaille également l'expérience introspective de l'individu derrière le chercheur.

De par sa formation, Omar Dewachi pose un regard distinct sur l'anthropologie. À la fois médecin et anthropologue, il nous présente sa trajectoire professionnelle en mettant l'accent sur les tensions possibles entre ses deux disciplines d'appartenance. Cet « essai biographique » nous transporte à travers le cursus de formation des médecins à l'American University of Beirut en questionnant le rôle ainsi que l'espace accordé à l'anthropologie au sein de la médecine. Dewachi nous entraîne dans les marges du social et du médical, de l'ici et de l'ailleurs, en juxtaposant les épisodes biographiques et les intuitions théoriques. Il propose, notamment, des pistes de réflexion afin d'intégrer la perspective anthropologique au sein de la formation médicale et plus particulièrement dans le cadre d'un cours de

Médecine sociale et préventive. Son texte permet en quelque sorte d'établir des ponts entre la théorie et la pratique et de réfléchir sur la manière dont l'anthropologie s'articule aux sciences médicales dans l'élaboration d'un regard sur la santé et la maladie.

L'entretien que Nelson Arruda a réalisé avec Philippe Bourgois nous offre une réflexion bien étayée sur le parcours intellectuel de celui-ci; par exemple sur l'impact que des auteurs tels que Pierre Bourdieu, Michel Foucault et Primo Levi ont eu sur le développement de sa pensée. D'une manière rétrospective et lucide, il discute autant des différents courants ayant traversé l'anthropologie que des thèmes traversant ses propres recherches. Les réflexions portant sur les rapports entre le postmodernisme, la posture de l'ethnographe et la critique du pouvoir sont plus que jamais pertinentes dans le cadre d'une anthropologie médicale du contemporain. Ce penseur original nous introduit également quelques-uns des concepts développés dans le cadre de ses travaux touchant aux formes les plus radicales de la pauvreté et de la marginalité. Finalement, ses recherches participent d'une anthropologie médicale critique, mais également très engagée sur le terrain, Bourgois est dans une position privilégiée pour discuter de la place de l'anthropologue et de ses outils de recherche au sein de collaborations avec des disciplines telles que l'épidémiologie et la santé publique.

Ce numéro d'*Altérités* se conclut par un entretien réalisé par Kim Turcot DiFruscia avec Mariella Pandolfi. Reprenant avec force plusieurs des thèmes centraux à une anthropologie du contemporain, Pandolfi convoque l'anthropologie médicale à une mobilisation dans la vigilance, dévoilant les tensions entre un engagement intellectuel critique et une possible « bureaucratization de la pensée technicalisée ». Elle offre un plaidoyer pour une anthropologie soucieuse de ne pas tomber dans une forme de complaisance esthétique et ayant un rôle certain à jouer dans le « champ de bataille » des pratiques de santé. La pensée développée par Pandolfi nous oblige à penser le corps comme lieu d'investissement du politique. Son entreprise intellectuelle mobilise autant une réflexion philosophique sur le présent qu'une posture épistémologique forte, posant l'importance de l'enquête de terrain, mais également d'une capacité d'engagement.

Si, dans cette présentation, nous avons insisté sur des aspects conceptuels et épistémologiques d'une anthropologie du contemporain par rapport auxquels nous croyons que l'anthropologie médicale a un rôle important à jouer, les articles, essais et entretiens rassemblés nous permettent de croire qu'une telle réflexion est bien vivante. À l'origine de ce projet de numéros d'*Altérités* portant sur l'anthropologie médicale, il y avait une volonté de réfléchir à la fois sur les aspects théoriques et pratiques associés au développement de la discipline. La cohabitation de diverses disciplines permet de réfléchir plus largement sur les enjeux liés à la santé, à la maladie et au corps, et nous croyons que ces deux numéros le montrent pleinement. Ceux-ci témoignent également du dynamisme, de l'intensité d'une discipline en mouvement, dont l'originalité réside justement dans la capacité d'allier une forte perspective critique à une contribution théorique en dialogue avec des enjeux davantage pratiques, sur le terrain.

Références

- Amit, Vered, ed.
2000 *Constructing the Field: Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. New York: Routledge.
- Bibeau, Gilles
2009 *Théâtres du corps*. *Altérités* 6(1):9-16.
- Bibeau, Gilles, and Ellen Corin
1995 *From Submission to the Text to Interpretive Violence*. In *Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*. Gilles Bibeau, and Ellen Corin, eds. Pp. 5-54. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Bunzl, Matti
2004 *Boas, Foucault, and the "Native Anthropologist": Notes toward a Neo-Boasian Anthropology*. *American Anthropologist* 106(3):435-442.
- Cassell, Joan
2005 *Life and Death in Intensive Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Clifford, James, and Georges E. Marcus, eds.
1986 *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Dein, Simon
2006 *Interview with Roland Littlewood on 5th December 2005*. *World Cultural Psychiatry Research Review* January:57-59.
- Faubion, James D., and George E. Marcus, eds.
2009 *Fieldwork Is Not What It Used to Be: Learning Anthropology's Method in a Time of Transition*. Ithaca: Cornell University Press.
- Fortin, Sylvie
2008 *The Paediatric Clinic as Negotiated Social Space*. *Anthropology and Medicine* 15(3):175-187.
- Gupta, Akhil, and James Ferguson, eds.
1997 *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley: University of California Press.
- Kirmayer, Laurence
2009 *Editorial: From Amrita to Substance D: Psychopharmacology, Political Economy, and Technologies of the Self*. *Transcultural Psychiatry* 46(1):5-15.
- Lewellen, Ted
2002 *Groping Toward Globalisation: In Search of an Anthropology without Boundaries*. *Reviews in Anthropology* 31(1):73-89.
- Long, Debbi, Cynthia Hunter, and Sjaak Van der Geest
2008 *When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography*. *Anthropology and Medicine* 15(2):71-78.

Marcus, George E.

2003 The Unbearable Slowness of Being an Anthropologist Now: Notes on a Contemporary Anxiety in the Making of Ethnography. XCP: Cross-Cultural Poetics 12:7-20.

Marcus, George E.

2002 Au-delà de Malinowski et après Writing Culture : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie. Ethnographiques.org, Numéro 1, avril 2002, Document électronique, <http://www.ethnographiques.org/2002/Marcus.html>, consulté le 20 octobre 2009.

Rabinow, Paul, George E. Marcus, James D. Faubion, and Tobias Rees

2008 Designs for an Anthropology of the Contemporary. Durham: Duke University Press.

Rabinow, Paul

2003 Anthropos Today. Reflections of Modern Equipment. Princeton: Princeton University Press.

Stocking, George W.

1985 Observers Observed: Essays on Ethnographic Fieldwork. Madison: University of Wisconsin Press.

Van der Geest, Sjaak, and Kaja Finkler

2004 Hospital Ethnography: Introduction. Social Science and Medicine (59):1995-2001.

Wind, Gitte

2008 Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Setting. Anthropology and Medicine 15(2):79-89.

*Vincent Duclos
Doctorant
Département d'anthropologie
Université de Montréal
vincent.duclos@umontreal.ca*

et

*Marie-Ève Carle
Doctorante
Département d'anthropologie
Université de Montréal
marie-eve.carle@umontreal.ca*



La question de l'autre dans les expériences-limites : à la recherche d'un regard dé-centré

Ellen Corin
McGill University

La violence de l'interprétation

Comprendre le monde, comprendre l'autre, se comprendre soi-même dans les zones d'ombre qui nous habitent : un projet aussi vieux que le monde ou que l'histoire des humains dans le monde et qui travaille les cultures et la clinique. Un projet que ce que l'on peut qualifier de « tournant interprétatif » dans les sciences humaines contemporaines vient reprendre et relancer. Selon Vattimo (1987), les mouvements interprétatif et herméneutique constituent le noyau de la philosophie et, plus généralement, de la culture de notre temps. L'apport spécifique de l'anthropologie dans ce contexte serait de soutenir qu'un détour par l'autre permet, à partir d'un regard décentré, de jeter un regard neuf sur ce que nous considérons comme allant de soi. Mais comment approcher le monde de l'autre sans y reconnaître, d'emblée, le jeu des catégories qui nous sont familières? Comment préserver ce pouvoir d'« étrangeté » du détour sans en faire une confirmation de ce que nous saurions déjà par ailleurs?

L'anthropologie interprétative a classiquement abordé cette question en soulignant l'importance de resituer les discours et comportements de l'autre dans le contexte auquel ils appartiennent, de les interpréter à partir, et en fonction, de la vision du monde qu'ils expriment. Dans notre introduction à un ouvrage portant sur les exigences de l'interprétation en anthropologie, Gilles Bibeau et moi-même (Bibeau et Corin 1995) avons discuté de l'intérêt respectif que présentent ici des modèles d'analyse d'orientation structuraliste, culturaliste et sémiologique. Il faudrait y ajouter l'approche critique développée par des anthropologues particulièrement attentifs à la dimension

politique des phénomènes humains (Pandolfi, 2008). Nous soulignons alors le défi que pose à l'anthropologie la nécessité, d'une part, de devoir rendre compte de la pluralité et de l'hétérogénéité interne des visions du monde qu'ont développées d'autres sociétés; d'autre part, celle de les rendre intelligibles dans un langage compréhensible à un public général et de les inscrire dans les grands débats théoriques qui traversent les disciplines à une époque déterminée. Nous avons alors insisté sur le caractère tragique de la rencontre anthropologique, toujours inscrite dans un décalage, ainsi que sur l'ambiguïté de la position frontière qu'occupe nécessairement l'anthropologue, sans être jamais assuré de pouvoir occuper ici la position de passeur. Comment approcher l'autre sans lui faire violence à partir de nos théories et du langage dans lequel il nous faut nous exprimer, puisque l'idée d'un langage qui serait universel, transculturel est de l'ordre de l'utopie ou du leurre... même si c'est bien d'un tel langage dont croit disposer le champ des sciences dites dures? Nous avons alors proposé que l'interprétation anthropologique repose sur une double exigence paradoxale : celle d'un ascétisme qui implique de se plier au langage et à la culture de l'autre, d'acquiescer dans le quotidien une familiarité intime avec ses façons de penser et d'agir; et celle d'une violence qui cherche à pénétrer la surface des choses, à en découvrir les ressorts profonds, que ce soit à partir des marges ou des interstices, des silences ou des masques, de ce qui surgit à travers l'insistance de certains signifiants ou dans les blancs de la culture. Une démarche interprétative qui, comme l'écoute psychanalytique, est attentive à ce qui trébuche ou hésite autant ou plus qu'à la cohérence des savoirs culturels constitués ou à celle des discours.

Dans le champ de l'anthropologie médicale, Arthur Kleinman (1995) a aussi dénoncé un autre type de violence qui tient à un impérialisme de la notion de culture tel que peuvent l'imposer les anthropologues lorsqu'ils ramènent la complexité de ce qu'expriment et suscitent des problèmes de santé, à des représentations et à des modèles explicatifs d'ordre culturel. Kleinman commente qu'une telle approche risque bien de conduire à minimiser ou à passer sous silence le rôle que ce qu'il appelle « les structures locales de pouvoir », ou plus généralement des facteurs sociopolitiques, jouent dans la manière de percevoir une occurrence concrète de maladie, de la comprendre et d'y réagir. De manière polémique, il voit dans un tel excès d'interprétation culturelle une violence potentiellement aussi forte que celle qu'imposent des grilles d'analyse exclusivement biomédicales.

À cette mise en garde de Kleinman, il faut aussi ajouter le risque de passer sous silence les manières dont les personnes elles-mêmes utilisent les référents de leur culture, les déplacent ou les subvertissent en fonction d'histoires toujours singulières. C'est toute la polysémie des représentations culturelles et leur hétérogénéité qui sont ici en question. L'article trop peu connu qu'ont écrit Edmond et Marie Cécile Ortigues et Andras et Jacqueline Zemléni (1968) me paraît demeurer ici d'une grande pertinence de par les principes méthodologiques qu'il met de l'avant et que les auteurs illustrent à travers le cas de l'enfant *nit ku bon* au Sénégal. À partir d'un travail en équipe pluridisciplinaire (psychanalyse et anthropologie), ces auteurs défendent la nécessité d'aborder les représentations et les symboles culturels comme des points de condensation de diverses chaînes associatives qui ouvrent chacune sur des segments particuliers du champ culturel (représentations religieuses, systèmes de parenté, relations entre clans...). Selon les circonstances, leur position sociale et leur histoire, les personnes et leur entourage mobilisent certaines de ces chaînes associatives selon une dynamique mobile qu'il faut découvrir dans chacun des cas. On ne peut en présumer à partir d'une

connaissance de la culture.

De son côté, réfléchissant au développement de la vie psychique à partir de son expérience de travail avec des personnes psychotiques, Piera Aulagnier (1975), psychanalyste, parle aussi d'une violence nécessaire de l'interprétation. Elle désigne par là la manière dont une mère commence par « inventer » les réactions de son enfant : elle comprend ses mouvements, ses sourires et ses pleurs comme la manifestation d'émotions particulières ou de messages qui lui sont adressés, des émotions et des messages qu'elle verbalise alors à l'enfant et auxquels elle répond, injectant ainsi du sens dans le monde de l'*infans*. C'est en prenant appui sur ces réactions de sa mère que l'enfant entre dans le monde du langage et donne progressivement forme et sens aux sensations et aux affects qui l'habitent, tout en s'en distançant à mesure qu'il grandit et découvre qu'il a en lui un monde qui échappe en partie à ce que peut en dire sa mère. Aulagnier remarque aussi que cette violence nécessaire peut se changer en violence proprement dite lorsque la mère continue par la suite à imposer à l'enfant sa propre interprétation de son monde sans lui permettre de développer ou d'exprimer la sienne; lorsqu'elle ne l'autorise pas à se déprendre de la manière dont elle-même interprète son monde à lui.

Que ce soit dans le champ de la culture ou celui de la vie individuelle, la question de l'interprétation met en jeu celle du langage : tant celui auquel recourent les personnes et les sociétés pour dire et montrer ce qui leur arrive, pour lui donner sens et le « traiter » que celui de l'interprète dont les catégories et les schèmes de pensée contribuent inévitablement à construire la réalité dont il cherche à rendre compte et laissent dans l'obscurité ce qui les excède. Interpréter, écrit Pierre Fédida, psychanalyste, dans son introduction à un ouvrage de Binswanger (1970), ne se limite pas à traduire un langage dans un autre langage ni à fixer le sens dans une signification claire : « C'est permettre que le sens se meuve et circule sous les expressions diverses et multiples qu'emprunte le langage pour lui donner corps et vie » (1970:20).

Des expériences à la limite

Cette double valence de l'interprétation, à la fois structurante et potentiellement aliénante, revêt une portée particulière dans le contexte de situations ou d'états où les mots semblent manquer pour dire l'expérience. Les rapports toujours décalés entre l'expérience comme flux continu, une expérience isolable et identifiable par la personne et son expression ou sa mise en communication (Bruner 1986) se trouvent alors rompus. L'interlocuteur peut être alors tenté de prêter ses propres mots et ses théories à ce qui se dérobe, effaçant ainsi à la fois l'altérité de l'Autre et les questions qu'elle pose. Sur le plan de la culture, Veena Das (1996) s'est interrogée sur les limites des catégories et des dispositifs culturels disponibles face aux viols systématiques des femmes lors de la partition entre l'Inde et le Pakistan. Pour approcher cette zone, elle passe elle-même par le détour de nouvelles et de textes qui font entrevoir de manière oblique ce qui semble « irreprésentable » de manière frontale. C'est dans le silence de leur corps, à partir d'une absorption dans leur propre corps du mal qui leur a été fait, que les femmes cherchent à traiter la violence qu'elles ont subie. De leur côté, les acteurs sociaux et culturels, par leur silence même sur ce qui a eu lieu, semblent contribuer à soutenir ce processus mis en œuvre par les femmes, en deçà des témoignages et des récits. Sur le plan des personnes, David Morris

(1996) a commenté le blanc de mots qui correspond à des formes extrêmes de souffrance, lorsque le langage semble se dérober pour dire l'expérience : « [...] la souffrance comporte une dimension non verbale irréductible que nous ne pouvons pas connaître – du moins, pas selon les modes ordinaires de la connaissance – parce qu'elle se passe dans un domaine au-delà du langage. La qualité d'une telle souffrance demeure comme blanc de la pensée, comme le vide ouvert par un cri » (1996:27; ma traduction).

Dans un cas comme dans l'autre, à une interprétation anthropologique hâtive qui viendrait combler ce manque à dire et l'occulter, le remplir, il faudrait donc substituer un temps de pause ou un suspend qui permette à une autre écoute de se déployer. Il s'agit alors d'explorer des pistes interprétatives inédites qui fassent une place centrale au mi-dire ou à des récurrences en deçà du langage. De manière générale, l'anthropologie me paraît peu armée pour aborder ces zones limites de l'expérience personnelle et collective et pour garder ouverte l'interrogation dont elles sont porteuses.

La psychose incarne une modalité particulière de ces expériences-limite de souffrance dont parle Morris, de par l'ampleur de la déstructuration qu'elle implique tant dans la relation à soi que dans la relation aux autres et, plus fondamentalement, dans le rapport au langage. De façon générale, les récits de personnes souffrant de psychose tendent à revêtir un caractère fragmenté ou paradoxal, oscillant entre une difficulté à dire une expérience qui déborde toujours ce que les mots peuvent en traduire, et un excès de mots dont la prolifération même fait écran à la compréhension. Cela veut dire non pas que les récits de ces personnes soient généralement incohérents, loin de là, mais que l'expérience même qu'il s'agit de traduire est elle-même fuyante, en excès, trop proche du corps peut-être pour pouvoir s'énoncer en mots. La phénoménologie psychiatrique européenne, influencée par la philosophie de Husserl et par celle de Heidegger, comprend la psychose comme l'expression d'une altération des coordonnées fondamentales qui définissent l'être-au-monde de tout humain dans l'espace et le temps (Binswanger, 1970). Une telle altération se traduit par ce que Blankenburg (1971) appelle une « perte de l'évidence naturelle », cette évidence qui nous permet d'emblée de nous percevoir comme situés en continuité avec un passé et d'imaginer un devenir, de former une image de soi et des autres qui tiennent et qui soit fondée sur un accord de base quant à la réalité et au sens commun. Ainsi, ce qui va normalement de soi dans le rapport à la culture et au monde, à soi, se voit affecté d'une marge d'étrangeté, de non-nécessité.

La psychose est donc une expérience limite, marquée par un sentiment de dé-saisissement de soi dont témoignent aussi des récits recueillis en Inde et à Montréal. Ils font ressortir la sensation de peur qui accompagne souvent l'entrée en psychose, une peur qui peut être difficile à préciser, flottante ou au contraire concentrée sur un objet précis, et qui irradie dans trois grandes directions : l'impression d'être situé dans un monde hostile, surveillé par des regards inquisiteurs ou accusateurs qui ont le pouvoir de déceler en nous une faute que l'on ignore; le sentiment d'une porosité des limites entre soi et le monde, que ce soit le monde qui envahisse la personne à travers des voix qui semblent venir du dedans ou du dehors et entrer parfois en conflit à l'intérieur de soi, ou encore que ce soient ses propres pensées qui semblent incarnées dans le monde et revenir en miroir, tenant la personne captive d'un jeu de reflets; un sentiment de confusion qui envahit tout l'être, ébranle les catégories et fait s'embrouiller les pensées, qui semble parfois attaquer le langage lui-même (Corin *et al.* 2004). Dans ce contexte, c'est souvent en marge des mots ou de leur sens narratif, dans le mi-dit que prend forme

l'expérience et que l'on peut approcher la manière dont les personnes cherchent à reprendre pied dans leur monde.

À cette bascule du monde s'oppose la clarté apparente des critères diagnostiques posés dans un manuel comme le DSM-III (Klerman 1984) ou le DSM-IV et la prétention des savoirs experts contemporains à « tout dire » ou, au moins, à tout dire de l'essentiel de ce qui est en jeu dans les problèmes de santé mentale et de ce qu'il faut savoir pour les traiter et y répondre. À ce propos, François Peraldi parle d'une sorte de glossolalie délirante dans laquelle on aurait sombré, d'une folie bureaucratique et politique qui renvoie à la force exterminatrice des institutions humaines : une folie qui, note-t-il, constitue sans doute l'essence de l'homme occidental en proie à la technique. Quelle que soit la position pragmatique que l'on peut adopter par rapport à l'utilité de tels manuels diagnostiques, lorsqu'on les considère du point de vue de l'expérience qui vient s'y buter ou s'y prendre, on ne peut qu'être frappé par l'abîme qui les sépare de la face subjective de la psychose ... même si pour certains patients, ces diagnostics ont le mérite de nommer et de contenir la dérive de l'être et l'angoisse qu'elle peut comporter. On peut se demander si des manuels diagnostiques du type DSM, dans lesquels le repérage de quelques critères-clés a déplacé une tradition sémiologique attentive à la diversité des signes et des manifestations d'un malaise psychique, ne participent pas de cette vision technocrate critiquée par Adorno (1980), une vision qui contribuerait au dévoiement de la pensée.

Un tel horizon épistémologique me paraît lourd de défis pour une anthropologie interprétative et critique soucieuse de maintenir ouverte la question de l'humain; des défis qui passent par le fait de donner vie et voix à ce qui dans l'humain résiste aux savoirs experts ou plutôt les excède; qui impliqueraient la nécessité de prendre acte de son potentiel de déstabilisation tant par rapport aux approches anthropologiques classiques que par rapport aux savoirs dominants.

Comment dès lors faire le récit de ces expériences, si ce n'est de manière oblique, partielle, lacunaire?

Aux marges du langage, la psychose

Une manière particulière d'habiter le monde

Au début des années 1980, une première recherche réalisée avec la collaboration de Gilles Lauzon a tenté d'approcher le monde de personnes diagnostiquées comme schizo-phrènes par le biais de la notion d'intégration sociale. À cette époque, marquée à la fois par les promesses et par les désillusions attachées à la désinstitutionnalisation en psychiatrie, nous nous demandions ce qui peut soutenir pour les personnes la possibilité de demeurer dans la « communauté » plutôt que d'être réhospitalisées en psychiatrie. Sur la base d'une grille d'entrevue ouverte qui explorait des comportements, des perceptions et des attentes, nous avons tenté de construire une image de l'insertion sociale de ces personnes, tant sur le plan de leurs relations interpersonnelles que sur celui de leur participation à des rôles sociaux et de leur circulation dans l'espace-temps. Nous avons aussi cherché, dans nos analyses, à dégager ce qui semblait avoir une valeur protectrice pour les patients, du point de vue de leur monde. Nous avons

rencontré chaque personne entre deux et quatre fois, dans un endroit de son choix (Corin 1990).

Les récits recueillis dans ce contexte ont été à la fois un objet de déception partielle et une source d'étonnement. D'une part, par contraste avec les récits que j'avais recueillis au Congo auprès de guérisseuses, de patientes et d'initiées rencontrées dans le cadre de rites de possession par les esprits, les entrevues avec plusieurs des personnes diagnostiquées comme schizophrènes paraissaient relativement pauvres ou lacunaires : fragmentées dans leur style, parfois monosyllabiques, et de toute manière peu élaborées quant à la question des modèles explicatifs chers aux anthropologues; par ailleurs, une interrogation relative aux causes faisait surface de manière hypothétique, conjoncturelle, énoncée sur un mode de « subjonctivisation », dirait Byron Good (1996), et cela, tout au long des entrevues : comme si ce qui s'exprimait là était à la fois la force d'un questionnement portant sur le sens de l'existence et de ce qui s'était passé dans leur vie, et le caractère nécessairement insuffisant, lacunaire et décevant des explications disponibles. D'autre part, les récits recueillis nous déportaient ailleurs que vers ce que nous cherchions au départ; ils parlaient de parcours vagabonds dans le rapport au monde, des parcours difficilement intégrables dans la représentation que nous pouvons nous faire d'une « intégration sociale ». Je pense à cette personne qui passait de longues heures à lire un dictionnaire de synonymes puis, plus tard, un dictionnaire étymologique ouvrant sur la racine des mots et du langage, une lecture qui semblait donner un cadre et un contenu à des journées autrement vides; ou encore à une autre personne absorbée dans la notation de messages venant du monde entier et transmis par un poste radio à ondes courtes, ce qui la situait au cœur d'un réseau virtuel, comme un écoutant à la fois central et profondément solitaire. Il s'agissait pour nous de chercher à comprendre ce que ces récits traduisent d'un rapport au monde faisant sens du point de vue des personnes et de trouver ainsi un accès oblique à ce que signifie du dedans le fait de vivre une expérience de psychose et de l'appivoiser ou de l'élaborer (Corin et Lauzon 1992).

Les approches interprétatives classiques nous semblaient difficiles à appliquer sur un tel matériau fragmentaire et hétérogène. Nous avons aussi l'impression qu'elles ne parvenaient pas à capter quelque chose d'essentiel, mais de fuyant dans les récits. Par ailleurs, Paul Ricoeur (1986) avait mis en garde contre les risques de projection « bien intentionnée » que comporte toute prétention de compréhension empathique d'un texte. Il y opposait une méthode herméneutique qui demeure dans le locus du texte et vise à en dégager le principe explicatif à partir de sa structure interne, par le biais d'une attention à la récurrence d'oppositions ou de ressemblances. Dès lors, pour tenter d'aller au-delà du contenu narratif des entrevues et de saisir ce qu'elles traduisent d'une modalité d'être-au-monde paraissant protectrice en regard d'un risque de réhospitalisation, nous avons codé les informations relatives aux différents champs explorés en fonction de ce qu'elles indiquent d'une orientation vers le monde ou en retrait du monde.

Ce procédé nous a amenés à découvrir que ce qui paraît protecteur pour des personnes qui ont été diagnostiquées comme schizophrènes n'est non pas un « plus » de relations sociales ou de rôles sociaux, comme nous l'avions pensé, mais au contraire la possibilité de se placer dans un certain retrait par rapport au monde tout en redéployant certains liens avec lui, sur un mode mineur ou imaginaire. Nous avons qualifié cette position paradoxale de « retrait positif ». Pour en comprendre le sens et la portée du point de vue des

personnes, nous sommes alors retournés à ce qu'elles nous avaient dit de leur expérience et de l'importance pour elles de se construire un monde en retrait, protégé, leur permettant de s'extraire des tensions marquant leur vie quotidienne et d'appriivoiser une nouvelle expérience d'elles-mêmes et du monde. Nous avons l'impression qu'il s'agissait pour elles de se façonner une sorte de peau psychique, protectrice face à l'expérience de dérive mentionnée plus haut, et à laquelle semblait faire pendant une certaine façon de circuler dans l'espace urbain, formant autour de la personne une sorte de « peau sociale » à la fois poreuse et protectrice. Nous avons en effet découvert l'importance que revêtait pour elles la fréquentation, souvent quasi-ritualisée, d'espaces publics (comme de petits restaurants ou des rues du Centre-ville) dans lesquels elles pouvaient être en contact avec le monde tout en maintenant une distance avec lui. Cette approche indirecte des repères en fonction desquels ces personnes construisent leur monde est ainsi passée par une première analyse de traits de structure à partir desquels nous avons pu revenir au contenu des récits et en explorer le sens. Elle a mis en cause nos représentations communes de l'intégration sociale et nous a amenés à nous interroger sur ce qui est apte à donner forme et contenu à une expérience de « rétablissement » dans le champ de la psychose et à questionner les approches dominantes et normatives en matière de réinsertion sociale.

Nous avons aussi été frappés par l'importance que revêtaient ici des références à quelque chose d'ordre religieux ou spirituel, des références semblant permettre d'habiter ce monde en retrait, de le pacifier et d'y avoir le sentiment d'une présence ou tout au moins d'une certaine densité de l'être. De façon générale, ce qui était mentionné dans les récits était moins l'appartenance à une religion constituée qu'une référence souvent plus tangentielle au religieux, ou encore un bricolage à partir d'éléments de croyance empruntés à des champs hétérogènes, par exemple la science-fiction ou des systèmes de croyances ésotériques : comme si, là aussi, il s'agissait de ne pas risquer de se laisser absorber par un champ de croyances, mais de lui emprunter des éléments permettant de reconstruire un monde intérieur signifiant et habitable et d'échapper à la compacité de l'expérience psychotique ou d'y introduire des échappées.

Le mi-dit de l'expérience

Ce premier travail nous a rendus sensibles à ce qui se dit dans la frange des mots et au travail intérieur qu'implique un processus de subjectivation mis à mal par la psychose. Il a aussi attiré notre attention sur le style même des récits et sur la façon dont un certain hermétisme apparent, d'autres fois un manque apparent de cohérence, peuvent refléter une convergence entre trois types de forces : les unes font écho à l'inadéquation du langage pour dire une expérience à la dérive, les autres tendent à protéger les frontières d'un monde vécu comme poreux, vulnérable à l'autre, d'autres encore peuvent sans doute être comprises comme une réaction à cet excès de savoir sur l'expérience auquel prétendent les savoirs experts.

Dans ce contexte, le fait d'établir un champ de communication demande du temps : donner du temps à l'autre pour tenter de dire ce qui se dérobe; et, du côté de l'écoute, prendre le temps d'entendre; de part et d'autre, une tolérance au mi-dire, à l'à-peu-près. Or, une telle exigence de patience semble obsolète dans un monde dominé par le règne de la communication et

de l'information : « il n'y a plus de temps pour le silence ». Le silence est banni, remarque Baudrillard, et ce qui résiste à une production ininterrompue de positivité relève d'une part maudite, une expression que Baudrillard (1990) reprend à Bataille : « Le monde est tellement plein de sentiments positifs, de sentimentalité naïve, de vanité canonique et de flagornerie que l'ironie, la dérision, l'énergie *subjective* du mal y sont toujours plus faibles. Au train où vont les choses, tout mouvement de l'âme un peu négatif retombera bientôt dans la clandestinité » (1990:112). Gilles Bibeau (2009), lui aussi, souligne le manque de silence dans la société actuelle. Face à cette exigence d'un plein de savoirs et de mots, il s'agit d'opposer une autre écoute ou une autre lecture des récits qui demeure en attente et fasse sienne la part d'incertitude qu'ils comportent, leur part d'ombre, qui cherche comment saisir quelque chose de leur mouvement propre, pointant à la fois la part de l'inhumain dans la souffrance et le caractère hésitant d'une recherche de sens et d'existence.

Avec Lourdes Rodriguez et Lorraine Guay (Corin *et al.* 2008), nous avons relu dans cet esprit des entrevues réalisées auprès d'usagers de ressources alternatives en santé mentale, en nous arrêtant à leur style plus qu'à leur contenu proprement dit, au rythme du dévoilement dont ils témoignent, à ce qui cherche à se dire ou à ne pas se dire, à ce qui échappe. Ce type de relecture attentif aux caractéristiques formelles des récits et à leur rythme a fait ressortir différents mouvements qui animent le dire. Certains récits témoignent d'une tension entre un désir ou même un besoin de dire, une impulsion qui submerge, et le sentiment de ne pas pouvoir mettre des mots sur l'expérience; cette tension semble animée par une incertitude profonde quant au rapport à soi et à l'autre, par une anxiété qui impulse un questionnement inlassablement adressé à l'autre. D'autres récits indiquent de biais cette difficulté de dire en rabattant l'expérience subjective sur des agir, tant au niveau de la manière dont les personnes expriment le malaise qui les habite qu'à celui de la recherche d'une aide et d'une compréhension immédiates. Dans d'autres récits encore, la question du dire se déploie sur l'horizon d'une dualité qui sépare l'être et le paraître, celui d'une exigence de dissimuler de larges pans de la vie que l'on ne peut que deviner à travers les hésitations de la parole ou ses blancs. D'autres fois, on est frappé par une tentative de donner du passé une image idyllique, alors même que d'autres éléments dans le récit pointent vers une réalité qui semble avoir été beaucoup plus sombre ou à tout le moins plus ambiguë; on a alors l'impression que l'injection de positif dans les récits permet de reconfigurer un passé difficile et de le rendre pensable, dicible. Enfin, d'autres récits évoquent par le choix des mots l'idée d'une répétition d'éléments traumatiques, quasi-identiques sur le plan formel, traduisant peut-être par le choix de mots qui se répètent la sensation d'un enfermement ou encore l'insistance d'un destin qui marque les différentes facettes de la vie.

Ces diverses manifestations d'une hésitation ou d'un tremblement de la parole nous ont paru incarner de biais, à travers le mouvement des mots, les paradoxes et les silences, une incertitude plus fondamentale, on pourrait dire ontologique au sens où elle concerne avant tout le sentiment de soi, une vision du monde et les rapports aux autres. Ainsi, par-delà leur contenu souvent poignant, c'est par leur rythme même que les récits tentent d'approcher un certain indicible qui fait son travail dans la personne. Face au dessaisissement de soi que signe la psychose, le mi-dit permet de protéger des frontières dans le rapport aux autres, mais aussi, de manière plus intérieure, de mettre à distance l'insoutenable du passé et de l'expérience présente.

C'est là le contexte dans lequel il faut situer l'apport particulier de ressources alternatives dites de traitement en santé mentale pour des personnes qui ont souvent une longue expérience de fréquentation de services psychiatriques plus classiques. Ce que nous en ont dit les personnes usagères et les intervenants qui œuvrent dans ces ressources indique que ces derniers rejoignent les personnes au plus près de leur détresse et les aident à redéployer ce que l'on pourrait appeler un mouvement de leur être (Corin *et al.* soumis) et une possibilité d'exister comme sujet. Une des choses qui frappent dans ce que nous ont dit les personnes usagères est que la réappropriation de leur expérience implique à la fois un travail sur leur histoire propre et la possibilité de mettre des mots sur ce qui les submerge du dedans, un processus qui passe souvent par un travail sur le corps ou par l'exploration de divers médiums artistiques. Un autre trait saillant des récits est que l'accès à une parole qui, petit à petit, parvienne à nommer et à dire à la fois l'insoutenable et l'espoir, passe par une reconstruction d'un lien social non intrusif. Dans le cas de ces usagers de ressources alternatives, le fait de pouvoir prendre appui sur un tissu communautaire et de s'y sentir reconnu comme personne humaine à part entière, par-delà les contraintes et les symptômes qui lestent l'existence d'un poids souvent insupportable, cette possibilité est décrite comme leur ayant permis de se dégager des contraintes de la psychose et de celles qui tiennent aux attitudes et comportements d'autrui.

C'est à un constat similaire de l'importance de ce qui se dit de biais que nous a conduites une recherche réalisée avec Annie Gauthier et Cécile Rousseau auprès de personnes de différentes origines culturelles ayant reçu un diagnostic de psychose, ainsi qu'auprès de leurs proches et d'intervenants (Gauthier *et al.* 2008).

Sur ce premier versant, l'expérience psychotique joue le rôle d'une altérité interne à la culture. Elle nous oblige à revoir nos idées sur le monde et à inventer d'autres approches d'un mal en souffrance de mots.

Un regard depuis l'horizon

J'ai relevé plus haut que ce ne sont pas les signifiants et les représentations culturelles centrales qui semblent mis à contribution pour donner forme et sens à l'expérience psychotique et permettre aux personnes d'appivoiser cette expérience. On peut se demander dans quelle mesure certaines orientations de la culture nord-américaine contribuent à repousser dans la marge les personnes vivant des expériences-limite et les contraignent à une sorte de bricolage à partir d'éléments culturels hétérogènes et souvent eux aussi marginaux. Dans quelle mesure des sociétés qui font à une position de retrait une place au cœur même de la culture ouvrent-elles des possibilités plus vastes et culturellement moins marginales d'articulation d'une expérience de psychose? C'est une des raisons qui m'ont amenée à amorcer une série de recherches complémentaires en Inde, en collaboration avec des chercheuses cliniciennes de la *Schizophrenia Research Fondation* (SCARF), les Docteurs Thara et Padmavati. J'étais en effet intéressée à explorer dans quelle mesure des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie peuvent emprunter des signifiants culturels reliés à l'ascétisme, traditionnellement valorisé dans l'Hindouisme, pour donner forme et sens à leur expérience et élaborer une position intérieure de retrait. Je me demandais si une telle perspective centrée sur l'articulation culturelle de

l'expérience psychotique peut jeter une lumière au moins partielle sur ce qui sous-tend l'évolution relativement positive de la schizophrénie en Inde lorsqu'on la compare à celle observée dans des pays occidentaux, tel que l'ont documentée diverses études interculturelles. L'idée était aussi qu'un tel décentrement des perspectives pourrait étoffer et éclairer davantage les conclusions des recherches effectuées au Québec et ouvrir des pistes alternatives d'intervention.

Comme dans l'étude réalisée à Montréal, c'est à partir des récits des personnes atteintes et de leurs proches que nous avons cherché à explorer la place et la portée des références culturelles disponibles. Plusieurs points importants sont ressortis de ces recherches (Corin et al, 2004). Le premier a trait à la grande similitude des expériences que décrivent les personnes lorsqu'elles parlent de leur entrée en psychose, que ce soit au Québec ou en Inde. Toutefois, si partout des problèmes de schizophrénie sont une source de grande souffrance et d'anxiété, le sentiment de deuil concomitant, tant pour les patients que pour leurs proches, semble particulièrement accentué en Inde de par l'importance qu'y revêt la norme du dharma. Le dharma est un principe d'ordre qui régit à la fois le cosmos et les êtres et qui définit les comportements attendus de chacun en fonction de sa place dans le social : son âge, son sexe, son rang dans l'ordre des générations, sa caste... Le fait par exemple de ne pas pouvoir accomplir ses obligations familiales, qu'il s'agisse de donner un bracelet à sa sœur ou d'offrir un café à sa mère ou encore de pourvoir aux besoins de parents vieillissants, cette incapacité est une source de grande tristesse et de honte pour la personne atteinte. Du côté de la famille, il s'agit aussi de faire le deuil des espoirs qu'elle a placés dans la personne souffrant de schizophrénie, quels que soient les sacrifices réalisés pour que leur enfant jouisse d'une position dans la société, à travers des études par exemple. Sous cet angle, on ne peut donc certainement pas parler d'une banalisation ou d'une dédramatisation des problèmes de psychose en Inde.

Un deuxième trait concerne le caractère souvent impressionnant du soutien offert par les proches et cela, malgré l'ampleur de leur deuil et la stigmatisation importante dont les problèmes de santé mentale font l'objet dans la société indienne. L'exploration de ce qui sous-tend ce soutien a fait ressortir le rôle que peuvent ici jouer des représentations qui permettent de situer la dérive de l'être qui marque la psychose dans un ordre des choses plus général, offrant ainsi un point d'ancrage à l'incertitude et à l'anxiété des proches : par exemple en reliant les problèmes à la position des planètes avec l'astrologie, ou en rattachant les aléas de la vie présente à une existence antérieure avec la notion de karma. Les récits font aussi ressortir que la possibilité de demeurer présent et aidant est elle-même soutenue par une attitude intérieure de détachement que prône la culture indienne : que ce soit par rapport aux aléas de la vie ou par rapport aux bénéfices de ses actions. Des pratiques telles que la méditation, la récitation de mantras ou le fait d'accomplir des *poojas* (offrandes et rites) chez soi ou au temple viennent à la fois articuler culturellement et soutenir l'élaboration d'une telle posture de détachement intérieur. Dans la vie ordinaire, celle du « maître de maison », il ne s'agit plus comme dans le retrait positif de se retirer du monde extérieur, mais, en en étant détaché, de pouvoir lui être plus présent, sans être affecté par le monde. Et, dans la même ligne, de demeurer attentif au patient tout en se protégeant d'un envahissement par ses problèmes.

Un troisième trait qui ressort des récits est l'importance de la position de retrait que construisent les patients et la grande difficulté qu'a l'entourage à

s'en accommoder. Dans ce contexte, le fait de passer de longues heures dans un temple ou dans la salle de *pooja* à la maison, ou de s'absorber dans la lecture de livres religieux ou parfois aussi de partir en pèlerinage ou en quête d'un ashram semble permettre aux personnes de construire autour d'elles et en elles un espace de paix et de calme qui se rapproche du retrait positif évoqué plus haut. Du côté des proches, la fréquentation de temples ou de *darghas* (lieu saint musulman) ou encore la réalisation régulière de *poojas* sont structurées essentiellement autour d'une recherche d'aide et de soins. Les récits font aussi ressortir la grande diversité des manières dont les patients mentionnent des référents religieux et y ont recours. On a l'impression que, comme au Québec, mais de manière plus accentuée, ces références se situent sur un continuum où, à un extrême, elles semblent absorbées par la psychose et le délire; et où à l'autre extrême, elles semblent soutenir une articulation positive de l'expérience psychotique. Dans l'un et l'autre cas, les références religieuses qui contribuent à marquer la vie des personnes ne sont pas étrangères à celles qui animent leur entourage, même si elles coïncident rarement avec ces dernières.

De façon générale, les personnes atteintes participent relativement peu aux démarches religieuses de la famille, alors que cette dernière semble vouloir former autour des patients une sorte de filet protecteur que les patients apprécient par ailleurs. Souvent aussi, le recours à des références religieuses fait l'objet de certaines tensions entre le patient et sa famille : qu'un tel recours paraisse suspect ou excessif aux proches; ou que le patient refuse d'accompagner les membres de sa famille dans leurs démarches. Parfois, les patients et leur famille mobilisent des références appartenant à des religions différentes, mais c'est rarement là un objet de conflit explicite. Le décalage se situe plutôt ailleurs. Ce qui ressort de la recherche effectuée à Montréal suggère aussi que, plutôt que de profiter de la disponibilité de signifiants partagés par les proches, l'enjeu pour les patients demeure de ne pas se laisser engouffrer par une adhésion massive à des références partagées. Les personnes psychotiques privilégieraient ainsi un rapport plus solitaire au champ religieux alors que les familles mettent davantage l'accent sur la dimension rituelle des pratiques, tout au moins pour ce qui concerne le soutien à donner au patient. Si elles ont, en ce qui les concerne, recours elles-mêmes à une forme plus intérieure de spiritualité, elles tendent à se montrer méfiantes à l'égard de toute tendance similaire du côté des patients.

Deux choses ressortent de ces analyses. La première est qu'il ne suffit pas que des représentations culturelles soient disponibles pour qu'elles soient mobilisées de manière analogue par les patients et par leur entourage et pour qu'entre eux se crée un champ de communication. On a en fait l'impression que patients et proches privilégient des dimensions différentes d'un champ culturel hétérogène, les proches tendant à mettre l'accent sur la dimension rituelle et collective des signifiants religieux et les patients, sur la dimension ascétique ou en retrait de la spiritualité. Une telle différence fait écho à l'hétérogénéité que l'on peut repérer dans la trame religieuse hindoue, tendue entre, d'une part, des pratiques rituelles dirigées par les *brahmanes* et de l'autre, des pratiques ascétiques qu'incarnent les *sadhus* ou les *samnyasis*, ces figures religieuses que l'on rencontre dans les ashrams ou sur les routes de pèlerinage et les chemins solitaires qui courent entre les différents lieux de pèlerinage, particulièrement dans l'Himalaya. Il est intéressant de relever ici que le rite d'entrée dans la *samnyasa* comporte l'accomplissement rituel de ses propres funérailles, signe du caractère radical du détachement opéré par rapport à la vie antérieure et à la société. Madan (1990) soutient ainsi qu'il existe dans l'hindouisme une tension entre la primauté de principe accordée à

l'ascétisme, et l'idéal du « maître de maison » qui domine la vie ordinaire en accord avec la loi du Dharma. Selon lui, le détachement représente un compromis entre ces deux positions, introduisant une posture ascétique à l'intérieur de la vie du maître de maison.

Mais peut-on vraiment dire que les personnes psychotiques s'inscrivent dans la voie de l'ascétisme valorisée en Inde? Et qu'est-ce que cela voudrait dire? On a plutôt l'impression que le rapport au religieux qu'elles incarnent est lui-même marginal et hétérogène, ambigu, tissé de fils pluriels qui ne font écho que de biais aux grandes formes de spiritualité en Inde. Ce qui est en question ici est le degré de flexibilité des grands idiomes culturels dans une société particulière, ou la mesure dans laquelle les personnes peuvent se les approprier et les subvertir en fonction de leur dynamique propre.

Deux lignes de recherche se dégagent ici. La première, que nous explorons avec Gilles Bibeau et Ravi Kapur malheureusement décédé il y a deux ans, se centre sur le pôle de l'ascétisme même, tel qu'il est incarné dans la figure des *samnyasis*. Dans une étude qui se veut pluri-vocale, faite d'un tissage de trois voix qui abordent chacune l'ascétisme à partir d'un point de vue et de questions différentes, il s'agit de chercher à comprendre comment et dans quel contexte des personnes singulières se sont orientées vers ce style de vie. Nous voulons aussi explorer certaines articulations internes de l'ascétisme et sa place dans l'Inde contemporaine. Dans un ouvrage posthume, Kapur (2009) témoigne de la quête qui l'a conduit à rencontrer différentes figures spirituelles et religieuses indiennes. Gilles Bibeau, pour sa part, se situe sous l'angle des grands défis auxquels se trouve confrontée l'Inde contemporaine, en dialogue avec des auteurs indiens. En ce qui me concerne, c'est encore la notion de « retrait positif » qui me sert de fil conducteur. Elle prend par ailleurs une tout autre ampleur et un sens beaucoup plus large sur l'horizon de la philosophie indienne et sur celui des processus de déliaison explorés par la psychanalyse (Freud 1920). La seconde ligne de recherche implique un retour sur la place plus générale et la signification que revêt un recours au champ spirituel et religieux au Québec, tel que ce recours se manifeste dans des récits recueillis auprès de patients psychotiques depuis plus de 20 ans. Il s'agit aussi ici de s'interroger plus fondamentalement sur la nécessité de repenser le champ de la spiritualité et la question du rapport à ce qui se développe aux limites du champ social et culturel, dans les sociétés contemporaines. Mon horizon est balisé par les réflexions de Freud sur le *Kulturarbeit*, ce travail de la culture qu'il explore dans ses derniers écrits tels *Malaise dans la culture* (1930) et *Moïse et le monothéisme* (1939).

Explorer les marges

En 1964, Michel Foucault écrivait : « Peut-être un jour, on ne saura plus bien ce qu'a pu être la folie. Sa figure restera refermée sur elle-même, ne permettant plus de déchiffrer les traces qu'elle aura laissées. Ces traces elles-mêmes seront-elles autre chose, pour un regard ignorant, que de simples marques noires? » (Foucault 1994:412). Il avait en vue la montée d'une positivité de la raison délestée de tout voisinage avec la déraison, telle que la consacrent sur le plan de la recherche l'hégémonie des neurosciences et de la génétique conçues comme seules à même d'ouvrir sur ce qui est réellement en jeu dans la psychose; et sur le plan des pratiques, le règne des *evidence-based practices* où la manière d'entendre ce que disent les

personnes et d'y répondre est d'emblée circonscrite par les résultats de recherches empiriques effectuées en extériorité par rapport à l'expérience et par rapport aux forces sociales et culturelles qui contribuent à son articulation.

Face à la montée des savoirs psychiatriques et à la bascule de la folie dans ce qui relève de « l'universalité abstraite de la maladie » dont le spécialiste aurait la clé, Foucault cherche ailleurs ce qui serait susceptible, depuis une limite, de réinterroger la manière dont se constitue le champ de la raison à une époque particulière ou de le mettre en abîme. Il parle de cet ailleurs comme d'une verticalité traversant du dedans l'espace de la raison et du langage, comme d'une limite interne à la culture, ce qui échappe et fuit du dedans et par rapport à quoi la culture ne peut éviter de se situer. Il en voit des traces du côté de la littérature et du travail sur la langue que poursuivent des auteurs comme Hölderlin, Bataille, Blanchot ou Roussel, du côté de la folie qui les hante.

Une recherche en collaboration avec Annie Jaimes et Les Impatients (un organisme communautaire qui offre à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale la possibilité de faire de l'art) explore ici le degré auquel la peinture ou le dessin offrent aux personnes une possibilité d'échappée permettant (parfois) que vienne se figurer quelque chose de ce qui, dans l'expérience, déborde le langage. À partir d'une exposition qui a entre-tissé œuvres d'Impatients, d'artistes marginaux et d'artistes contemporains connus, nous explorons ce que suscite dans les regardants un parcours à travers ces œuvres. Nous nous intéressons en particulier à la possibilité que, à travers l'art, puisse se révéler quelque chose de l'humain fondamental, tragique, toujours en jeu dans la psychose, du point de vue de ceux qui la vivent.

Une anthropologie en tension donc entre l'ici et l'ailleurs : qu'il s'agisse de l'ici qu'incarnent nos idées courantes de l'humain et les savoirs dominants dans nos disciplines d'appartenance; ou de l'ailleurs interne qu'incarnent la psychose et d'autres formes d'exploration des limites de notre monde culturel, ou encore de l'ailleurs externe de sociétés et de cultures autres. La psychiatrie transculturelle et l'anthropologie médicale ont la chance de pouvoir combiner potentiellement ces deux formes d'étrangeté et de nous interpeller doublement dans nos savoirs disciplinaires et notre humanité, pour autant qu'elles se laissent elles-mêmes interroger et ne se réduisent pas à un discours sur l'autre en fonction de nos propres prémisses. La chance de nous confronter doublement à cette étrangeté qui a le pouvoir de nous relancer dans notre propre mouvement.

Références

- Aulagnier, Piera
1975 *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Adorno, Theodor W.
1980 *Minima Moralia*. Paris: Payot.
- Baudrillard, Jean
1990 *La transparence du mal. Essai sur les phénomènes extrêmes*. Paris: Galilée.
- Bibeau, Gilles
2009 *Penser notre responsabilité à l'égard du monde. In Réinventer l'anthropologie? Les sciences de la culture à l'épreuve de la globalisation*. Francine Saillant, dir. Pp. 237-249. Montréal: Liber.
- Bibeau, Gilles, and Ellen Corin
1995 *From Submission to the Text to Interpretive Violence. In Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*. Gilles Bibeau, and Ellen Corin, eds. Pp. 5-54. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Binswanger, Ludwig
1970[1947] *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours et Freud*. Roger Lewinter, trad. Paris: Gallimard.
- Blankenburg, Wolfgang
1991[1971] *La perte de l'évidence naturelle*. Jean-Michel Azorin et Yves Tatoyan, trad. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bruner, Edward M.
1986 *Introduction. In The Anthropology of Experience*. Victor W. Turner, and Edward M. Bruner, eds. Pp. 3-30. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Corin, Ellen
1990 *Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14:153-188.
- Corin, Ellen, and Gilles Lauzon
1992 *Positive Withdrawal and the Quest for Meaning. The Reconstruction of the Experience among Schizophrenics*. *Psychiatry* 55(3):266-278.
- Corin, Ellen, Marie-Laurence Poirel et Lourdes Rodriguez
Soumis *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*.
- Corin, Ellen, Lourdes Rodriguez et Lorraine Guay
2008 *Entre les mots. Plis et défauts du sens dans la psychose. In Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*. Louise Blais, dir. Pp. 53-83. Québec: Presses de l'Université Laval.

- Corin, Ellen, Rangaswami Thara, and Ramachandra Padmavati
2004 Living Through a Staggering World: The Play of Signifiers in Early Psychosis in South India. *In* Schizophrenia, Culture and Subjectivity. The Edge of Experience. Janis Hunter Jenkins, and Robert John Barrett, eds. Pp. 110-145. Cambridge: Cambridge University Press.
- Das, Veena
1996 Language and Body: Transactions in the Construction of Pain. *In* Social Suffering. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock, eds. Pp. 67-91. Berkeley: University of California Press.
- Fédida, Pierre
1970 Binswanger et l'impossibilité de conclure. Préface. *In* Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours et Freud. Ludwig Binswanger. Pp. 9-37. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel
1994[1964] La folie, l'absence d'œuvre. *In* Dits et écrits I, 1954-1969. Pp. 412-420. Paris: Gallimard.
- Freud, Sigmund
1986[1939] L'homme Moïse et la religion monothéiste. Cornélius Heim, trad. Paris: Gallimard.
1994[1930] Le malaise dans la culture. *In* Sigmund Freud. Œuvres complètes XVIII. Pp. 246-333. Paris: Presses universitaires de France.
1996[1920] Au-delà du principe de plaisir. *In* Sigmund Freud. Œuvres complètes XV. Pp. 273-338. Paris: Presses universitaires de France.
- Gauthier, Annie, Ellen Corin et Cécile Rousseau
2008 Au-delà des modèles de pratique : explorer la rencontre clinique en début de psychose. *L'Évolution Psychiatrique* 73:639-654.
- Good, Byron J.
1994 Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kapur, Ravi L.
2009 Another Way to Live: A Psychiatrist Among Indian Ascetics. Malavika Kapur, and Dorothy Buglass, eds. Delhi: Penguin Books.
- Kleinman, Arthur
1995 Writing at the Margin. Discourses Between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press.
- Klerman, Gerald L.
1984 The Advantages of DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 141(4):539-542.
- Madan, Triloki Nath
1990 À l'opposé du renoncement. Perplexités de la vie quotidienne hindoue. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Morris, David B.
1996 About Suffering: Voice, Genre and Moral Community. *In* Social Suffering. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock, eds. Pp.

25-45. Berkeley: University of California Press.

Ortigue, Edmond, Marie-Cécile Ortigue, Andras Zempleni et Jacqueline Zempleni

1968 Psychologie clinique et ethnologie (Sénégal). *Bulletin de Psychologie* 21(15-19):950-958.

Pandolfi, Mariella

2008 Théâtre de guerres : passions politiques et violences. *Anthropologie et Sociétés* 32(3): 99-119.

Ricoeur, Paul

1986 Du texte à l'action. *Essais d'herméneutique II*. Paris: Seuil.

Vattimo, Gianni

1987 Ermeneutica come koine. *AUT AUT* 217-218:3-11.

*Ellen Corin
Chercheur
Psychosocial Research Unit of the Douglas Hospital
Professeur associé
Department of Psychiatry,
Division of Social and Transcultural Psychiatry
Department of Anthropology
McGill University*



Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques

Daniel Côté
Institut de recherche
Robert-Sauvé en santé et
en sécurité au travail (IRSST)

La douleur est sans doute l'un des phénomènes neurophysiologiques les plus universels et les plus répandus dans le monde; présente dans l'ensemble du règne animal, elle permet de signaler la présence d'une lésion tissulaire et de prévenir du risque d'un danger imminent. Cependant, cette conception de la douleur n'est qu'un aperçu général. En effet, la douleur n'est pas seulement fonction d'une blessure et il semble à peu près certain que l'intensité de la douleur ressentie dépend aussi de nos expériences passées et de notre mémoire sensorielle (Melzack 1971; Rollman *et al.* 2004). La médecine reconnaît trois différents types de douleurs : une douleur « nociceptive » – réaction du corps à un stimulus extérieur pouvant provoquer une lésion tissulaire comme dans le cas de l'exposition à un choc thermique –; une douleur « neurogène » – altération d'un nerf –; et une douleur « psychogène » – somatisation d'un conflit psychologique¹ – (Baszanger 1997). La fonction protectrice de la douleur constituerait un mécanisme physiologique qui serait propre à la douleur aiguë, c'est-à-dire celle qui survient dans la vie quotidienne sans altérer notre capacité fonctionnelle et sans constituer un handicap proprement dit. Il est reconnu qu'une telle douleur fait appel à un mécanisme distinct de celui qui opère dans la douleur chronique ou persistante (Melzack 1985). Chronique, persistante ou générateur d'une situation de handicap ou d'incapacité, les aspects neurophysiologiques de la douleur se situent généralement dans le cadre de situations d'interaction

¹ Cette distinction entre douleur d'origine physique ou psychologique fait l'objet de nombreux débats épistémologiques dans les sciences sociales de la santé comme en médecine en remettant en cause le modèle dualiste dit « cartésien »; cette dualité aurait pour effet, notamment, de créer des catégories de « patients » douloureux qui se voient attribuer des étiquettes sociales de déviants et sur lesquels pèse un lourd jugement moral (par exemple : simulateur, profiteuse du système, malade imaginaire, etc.).

sociale où la pression exercée par un milieu social ou culturel spécifique établit des règles implicites de conduites qui peuvent favoriser l'étiquetage ou la marginalisation dans le cas où une personne peine à répondre aux attentes sociales en matière de santé et de comportement de malade (Fougeyrollas *et al.* 1998). Cela signifie aussi que notre réaction par rapport à la douleur dépend en grande partie de nos apprentissages socioculturels et de la pression exercée dans notre milieu de vie en vue de renforcer, d'encourager, de prescrire ou à l'inverse, de corriger ou d'invalider certains comportements.

Dans l'univers de la santé et de la sécurité du travail (SST), qui comprend des représentants des différentes spécialités médicales, paramédicales et des sciences sociales, il existe une catégorie de douleur qui est souvent rattachée aux « troubles musculo-squelettiques » (TMS)². Ces troubles émergent généralement dans le contexte de l'exécution de mouvements répétitifs ou de l'adoption de mauvaises postures pouvant provoquer des douleurs intenses ou aiguës. Chez certaines personnes, ces douleurs se transforment en situation de handicap ou d'incapacité prolongée et sont à la source de près de la moitié des lésions professionnelles reconnues au Québec, comme dans la plupart des pays industrialisés (CSST 2002a, 2002b). La douleur d'origine musculo-squelettique peut varier d'intensité d'une personne à une autre et d'un moment à un autre de la journée, obligeant souvent la personne atteinte à restreindre ses activités quotidiennes ou à interrompre sa vie professionnelle. Ceci peut bouleverser de manière tragique la vie et la trajectoire des individus aux prises avec un tel problème (Bury 1982).

Cet article constitue une réflexion sur la douleur d'origine musculo-squelettique à partir de mon expérience personnelle à titre de professionnel de recherche dans une équipe interdisciplinaire travaillant sur la prévention de l'incapacité prolongée due à un TMS. Cette équipe, affiliée à un Centre de recherche d'une Faculté de médecine du Québec, a développé un projet d'étude sur les représentations de la santé, de la maladie et de la douleur auprès de travailleurs participant, au moment de l'étude, à un programme de réadaptation au travail (Baril *et al.* 2007). À l'issue de ce projet, qui a duré de 2005 à 2008, j'ai entrepris, dans ce même Centre, un stage de recherche postdoctoral au cours duquel j'ai réalisé un bilan des connaissances sur les enjeux relatifs aux différences de genre lors du processus de retour au travail (Côté, and Coutu 2009). Plusieurs activités de transfert des connaissances ont eu lieu au cours de ce stage, ce qui m'a permis d'échanger sur les contributions possibles de l'anthropologie à l'étude de la douleur. J'ai pu ainsi côtoyer, pendant quatre ans, médecins du travail, épidémiologistes, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes et kinésilogues, cliniciens et chercheurs. J'ai eu également accès à des données d'entrevues réalisées auprès de patients en arrêt de travail prolongé pour cause de TMS³. Deux questions se sont posées d'emblée : premièrement, quelle peut être l'originalité de la contribution de l'anthropologie dans le développement de nouveaux modèles conceptuels de la douleur? Deuxièmement, comment une

² La douleur liée à un TMS constitue l'un des principaux problèmes de santé au travail parmi lesquels nous retrouvons, pour la main et le poignet : syndrome du tunnel carpien, tendinite, ténosynovite, syndrome de DeQuervain; pour le coude : épicondylites, épitrochléite; pour l'épaule : tendinopathie de la coiffe des rotateurs (épaule) et pour le tronc vertébral : lombalgies, dorsalgies, cervicalgies (Hagberg, Kuorinka, and Forcier1995).

³ Quelques extraits d'entrevues sont présentés plus loin en guise d'illustration. Au départ, toutes les entrevues avaient été consignées de manière à protéger l'anonymat et la confidentialité des participants. À partir d'une liste de quelques patronymes parmi la centaine des plus utilisés au Québec, j'ai assigné, d'une manière aléatoire, un nouveau nom aux participants afin de donner un caractère plus personnel à ces extraits.

perspective anthropologique sur la douleur peut-elle s'intégrer à la recherche médicale ou paramédicale et participer à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques? La première question porte surtout sur le développement théorique des études sur la douleur tandis que la deuxième porte sur l'évolution et l'amélioration des pratiques existantes. Cet article s'articule autour de trois parties : la première porte sur la douleur d'un point de vue médical où j'expose les limites de la biomédecine et de l'approche « biopsychosociale »; la deuxième a trait à la construction sociale de la douleur et enfin, la troisième se rapporte aux possibles contributions de l'anthropologie à l'amélioration et à l'élaboration de nouvelles pratiques thérapeutiques.

La douleur d'un point de vue médical : limites et dépassements

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), la douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions » (IASP 1994). Cette définition très générale en usage dans le monde médical permet d'inclure des considérations d'ordre émotionnel et, aussi, cognitif. Toutefois, le monde médical demeure souvent captif d'un mode de raisonnement dualiste entre corps et esprit – entre douleur physique et douleur psychologique – qui amène les intervenants à s'intéresser surtout aux aspects physiologiques de la douleur, c'est-à-dire à la douleur dite « objective » et « visible » (Cassel 1982; Dekkers 1998; Leder 1990). Cette vision dualiste de la douleur a renforcé la séparation d'une douleur qui serait imputable à un processus neurologique de celle que l'on attribuerait à un processus psychologique. La reconnaissance de ce double processus a limité l'élaboration d'un modèle conceptuel qui aurait permis l'interaction entre le biologique, le psychique et le socioculturel. Au contraire, ce dualisme a renforcé, si l'on peut dire, une division du travail à l'intérieur de la médecine et des spécialités médicales : la médecine d'une part, en traitant les cas de douleurs aiguës (qui constitueraient plus de la moitié des motifs de consultation médicale au Canada) et, d'autre part, la psychiatrie, en traitant les patients qui souffrent de douleurs sans explications biomédicales (Nettleton 2006; Wainwright *et al.* 2006). Cette dualité corps/esprit a, par le fait même, renforcé l'hégémonie du modèle biomédical, plaçant la médecine au sommet d'une hiérarchisation des savoirs et des professions relatives à la santé (Thunberg *et al.* 2001). Aujourd'hui, il est de plus en plus reconnu que les sensations douloureuses et les réponses aux stimuli douloureux sous-tendent une multiplicité de facteurs d'ordre neurologique, émotionnel, cognitif et socioculturel (Turk 2004). À cet égard, le célèbre neuropsychologue canadien Ronald Melzack affirme :

Nous percevons le monde à travers les filtres de notre culture et de notre expérience antérieure. Les valeurs et les attitudes que nous acquérons à chaque étape de la vie [...] ont un impact profond sur la façon dont nous percevons le monde qui nous entoure [...]. Le cerveau n'est pas un récepteur passif d'information, mais un mécanisme dynamique qui choisit, filtre et condense les données qui circulent dans les complexes réseaux formés par les milliards de neurones du système nerveux. L'information ne se borne pas à déclencher une prise de conscience dans un centre cérébral, elle subit un tri effectif pendant sa transmission, pour engendrer en fin de compte l'expérience consciente. Ce phénomène, nous le savons, se produit pour la vue et l'ouïe, le goût et l'odorat. Il se produit aussi lorsqu'il s'agit de notre expérience de la douleur (Melzack 1985:975).

L'expérience antérieure, c'est aussi l'appréhension ou le souvenir d'une expérience passée qui pourrait influencer, au niveau central, l'interprétation des signaux sensoriels du système périphérique. De même, un effort conscient faisant appel à la suggestibilité et à la réflexivité de la personne semble fournir des résultats probants quant au contrôle de la douleur. Des études comparatives récentes montrent en effet que la pratique de la méditation (Eriksson *et al.* 2007) et de techniques de relaxation inspirées du yoga produit des résultats positifs sur le contrôle de la douleur – résultats qui seraient même supérieurs à ceux observés chez des patients qui ne font usage que d'antalgiques (Boyle *et al.* 2004; Garfinkel *et al.* 1998; Kakigi *et al.* 2005; Nayak, and Shankar 2004).

Toutefois, l'influence des processus culturels sur la réponse neurologique aux signaux externes est encore méconnue bien que l'interaction entre le champ biologique et le champ du social soit de plus en plus envisagée, et ce, non pas uniquement à partir d'une vision unilinéaire qui partirait du biologique pour influencer le social, mais qui reconnaîtrait aussi l'influence du social sur les mécanismes biologiques (Waddell, and Burton 2005). Le « biopsychosocial » est donc devenu une épithète en vogue dans les milieux cliniques qui traitent des cas de douleur chronique, et plus particulièrement dans les milieux qui adoptent une posture interdisciplinaire ou qui intègrent les postulats de la psychologie sociale cognitive (Turk 2004). Ces postulats reposent, entre autres choses, sur la corrélation entre les représentations cognitives de la douleur et les comportements relatifs à la douleur (Waddell 2004). Par exemple, une perception de gravité de la douleur ou une perception que la douleur est liée à la présence d'une lésion peut engendrer un comportement d'évitement de l'activité physique et entraîner, à moyen terme, une atrophie musculaire (Vlaeyen, and Linton 2000).

Une approche multidimensionnelle de la douleur a donc permis le développement, au sein même des sciences médicales et paramédicales, d'une approche dite « biopsychosociale »⁴ (Truchon, and Fillion 2000). Du point de vue médical, si l'approche dite biomédicale demeure pertinente pour comprendre les cas de douleurs « aiguës » ou passagères, elle perd de sa pertinence pour apporter une explication satisfaisante à la douleur chronique; à cet égard, c'est l'approche biopsychosociale qui est recommandée par de nombreuses associations médicales, dont le *Royal College of Physicians* de Londres (Waddell, and Burton 2001), même si les termes concrets de son application ne sont pas toujours clairement définis. À titre d'exemple, une étude de Sarah G. Dean et ses collaborateurs a montré que, bien que les membres d'une équipe thérapeutique se définissent comme « biopsychosociaux », le cadre de leur pratique les astreint souvent à demeurer plus près de la partie « bio » que de la partie « psychosociale » (Dean *et al.* 2005). Le fait que le vécu des patients et les conditions de leur adhésion au traitement proposé ne soient pas systématiquement pris en compte amène les cliniciens à faire le constat que leurs prescriptions ne sont pas respectées.

Dans le milieu de la réadaptation au travail, la motivation est souvent définie comme un facteur de retour au travail. Il serait tentant pour un clinicien d'y voir l'effet d'un manque de motivation alors qu'une enquête plus approfondie sur le vécu des patients permettrait de comprendre que certains d'entre eux, qui n'adhèrent pas à un programme de réadaptation, le font en raison de

⁴ Il semble que le concept soit apparu pour la première fois avec le psychiatre américain George L. Engel en 1977 (Engel 1977).

contraintes et d'obligations sociales et familiales (Ockander, and Timpka 2003).

En plus d'avoir un impact sur l'organisation de la vie quotidienne, l'expérience d'une douleur chronique ou persistante provoque des réactions dans l'entourage de la personne souffrante. Le *modus operandi* de la médecine consiste à rechercher des lésions tissulaires ou des atteintes nerveuses ou discales chez les patients qui prétendent ressentir de la douleur. En l'absence de telles lésions, le médecin pourra conclure qu'il n'existe aucune pathologie médicale connue et pourra soit considérer le phénomène de « centralisation de la douleur »⁵, soit diriger son patient auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. Cela a pour effet de stigmatiser davantage les personnes souffrant de douleurs chroniques ou persistantes qui ne sont pas parvenues à obtenir un « vrai diagnostic » de douleur physique (Garro 1994; Henriksson *et al.* 2007; Ong *et al.* 2004; Osborn, and Smith 1998; Paulson *et al.* 2002; Werner, and Malterud 2003).

Dans le contexte de la santé au travail, la reconnaissance d'une douleur causée par une lésion professionnelle n'est pas acquise facilement; cela se fait souvent au terme de plusieurs mois, voire d'années de litiges médico-légaux. En effet, une telle douleur ne peut pas toujours être attribuée à un accident précis, plus facile à identifier, et renvoie davantage à un processus étiologique qui demeure vague et sujet à de multiples interprétations de la part des professionnels soignants – y compris ceux qui sont mandatés pour représenter un employeur. Cela signifie que de nombreuses personnes font l'expérience du doute et de la « délégitimation », qu'elles ne peuvent entrer pleinement dans le « rôle de malade » et obtenir les services appropriés tel que prévu par le système public de compensation pour assumer les coûts des traitements et une compensation salariale⁶. Cette situation rend ces personnes particulièrement vulnérables dans les rapports qu'elles entretiennent avec autrui puisqu'elles sont sujettes à des préjugés identifiant leur douleur à une source psychologique (Ewan *et al.* 1991; Glenton 2003; Paulson *et al.* 2002; Werner, and Malterud 2003). Comme je l'ai indiqué précédemment, la qualification d'une douleur de « psychologique » signifie pour plusieurs que la douleur est « dans la tête » et que le véritable problème relève dès lors de la psychiatrie. L'expérience du doute, la culpabilité et la peur de l'attribution d'une étiquette psychiatrique apparaissent dès lors comme des expériences communes pour ces personnes et peut entraîner comme effets possibles l'isolement social, la perte du soutien émotionnel des proches et du lien d'emploi – sans parler de la vulnérabilité financière qui en découle. Un sentiment de culpabilité peut en résulter, comme l'illustre l'exemple ci-après qui évoque la question des rôles sociaux :

Mais là, il n'y a rien qui me tente, là. J'ai toujours mal, fait que ça me tente pas d'aller

⁵ La « centralisation de la douleur » est associée au fonctionnement trouble des circuits neuronaux impliqués dans la transmission de la douleur (Bates 1996). Le cas le plus typique ou extrême demeure sans doute la douleur relative à un « membre fantôme », c'est-à-dire une douleur ressentie sur un membre qui, en fait, a été sectionné ou amputé (Free 2002b; Melzack 1985). Il serait question de « signatures neurologiques » qui opèrent non plus au niveau des terminaisons et des influx nerveux périphériques, mais bien au niveau du système nerveux central. Certaines zones du cortex associées au mouvement de certains membres « coloniseraient » d'autres secteurs laissés « vacants » par le membre absent, favorisant ainsi l'apparition d'une hypersensibilité à la douleur ressentie comme émanant du membre fantôme (Mercier 2009).

⁶ Au Québec, il s'agit de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). La CSST a été créée à la suite de l'adoption de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* par l'Assemblée nationale du Québec en décembre 1979.

nulle part [...]. Je suis pas capable de le faire, ça, ce que je faisais auparavant [...]. Fait que je prive tout le monde, que je me sens un peu coupable aussi, là. Je prive mon mari, je prive mes enfants, tu sais [...] » (Madame Audet, 55 ans, serveuse).

Une détresse psychologique tend alors à venir s'ajouter aux difficultés vécues par ces personnes (Soares, and Grossi 2000). Toutefois, l'attribution d'une étiquette de « dépression » ou de symptômes dépressifs aux personnes souffrantes ne rend pas compte de toute la charge émotionnelle que la douleur chronique renferme : de la colère, de la frustration, du sentiment de « ne pas être compris » de même que du sentiment d'être un « fardeau » pour ses proches et pour la société en général. Les étiquettes psychiatriques ne satisfont pas les personnes souffrantes qui y voient un sens imposé de l'extérieur et qu'elles ressentent comme étrangères à leur vécu⁷. Cette gamme complexe d'émotions contribue à tisser une relation particulière à autrui, en entraînant notamment la désintégration du sentiment d'identité personnelle et de l'estime de soi (Charmaz 1983; Osborn, and Smith 2006). L'exemple suivant illustre une situation où les collègues de travail d'une personne souffrante associent la période de rémission de cette dernière à du temps de vacances – sous-entendant ainsi que ces « vacances » ou cette période de rémission ne sont pas légitimes :

Bien, à toutes les fois, mettons j'allais porter mon papier de CSST, tu sais, comme quoi je revenais pas tout de suite, il sortait une petite craque, là [...] « Puis, tes vacances vont-tu durer toute l'année? » Des affaires de même. Regarde, t'es chez vous, puis tu déprimes, t'as mal au dos, puis tu te fais dire ça en plus, bien [...] c'est pas le fun (Monsieur Gosselin, 26 ans, tuyauteur).

Puis :

Tout le temps me faire dire par mes collègues de travail, à chaque fois que j'allais porter mon papier de la CSST pour me faire dire [...] « bien voyons donc [...] ça se peut pas, t'es pas supposée d'avoir mal encore? Voyons donc, c'est juste un poignet, ç'a pas d'allure, ça fait 7 mois que t'es arrêtée. C'est impossible [...] Voyons donc, tu dois *faker*, ç'a pas d'allure [...] ». Tu sais, tu te fais dire ça, là [...] Je suis une personne qui est un petit peu orgueilleuse, là, ça fait mal, ça fait très mal (Madame Poulin, 51 ans, commis d'entrepôt).

Certaines personnes ont une trajectoire médicale chargée qui les a amenées à consulter de nombreux spécialistes, dont le jugement clinique et l'évaluation diagnostique ne sont pas toujours au diapason. Des échecs thérapeutiques multiples finissent par ronger l'espoir d'une guérison tout en alimentant un sentiment de frustration. L'exemple suivant dresse une ligne de comparaison un peu ironique entre les insuccès de la médecine dans le traitement de la douleur et les avancées technologiques qui marquent la conquête spatiale :

Aujourd'hui, on opère pour le cerveau, on opère pour le cœur, puis on opère [...] On fait toute [...] On va sur la Lune, on va peut-être aller sur Mars, et moi, j'ai un maudit coude qu'y peuvent même pas opérer, y peuvent pas [...] y disent qu'y a pus rien à faire. Qu'ils le coupent. C'est tout. Qu'ils en mettent un en plastique! (Madame Ménard, 44 ans, employée de bureau).

Pour les personnes qui souffrent d'une douleur causée initialement par un accident ou par une lésion professionnelle, la vie prend un autre tournant et provoque un sentiment de « discontinuité » (Becker 1997). Les repères existentiels s'effondrent et obligent les personnes souffrantes à reconstruire

⁷ Lors du processus de validation de la douleur, les personnes souffrantes peuvent mobiliser des catégories diagnostiques issues du savoir médical pour articuler un discours personnel sur la douleur. Toutefois, les catégories diagnostiques de la psychiatrie sont beaucoup plus difficiles à intégrer du fait de leur caractère stigmatisant pouvant être perçu comme dévalorisant.

un lien entre la vie d'« avant » et celle d'« après » bien que cela demande parfois beaucoup de temps, un grand effort d'introspection et un soutien moral et institutionnel considérable (Charmaz 1994, 1999). C'est ainsi que plusieurs personnes souffrant de douleurs persistantes ou d'incapacité prolongée admettent volontiers l'existence d'un volet psychologique à leur douleur, un volet qui s'inscrit comme conséquence et non pas comme la cause première (Bendelow, and Williams 1996). En cela, le phénomène de somatisation⁸, étudié en ethnopsychiatrie⁹, ne semble pas dominer le tableau des représentations populaires de la douleur qui s'alimentent, en revanche, d'un environnement scientifique largement dominé par le modèle biomédical¹⁰. Malgré les récentes tentatives de la médecine d'intégrer des modèles plus inclusifs des différentes dimensions de la santé et de la maladie (Hassed 2004) – et ce, même si le système de santé publique ou de compensation tente d'adopter un modèle plus « holistique » de la santé et plus particulièrement de la douleur chronique –, il existe des frontières difficiles à abolir en raison, peut-être, des préjugés tenaces qui persistent en ce qui concerne la dimension psychologique de la douleur. La peur de « passer pour un fou », d'être étiqueté comme un « malade imaginaire » ou le besoin de valider son mal par une « vraie maladie » illustre ce propos; d'autant plus qu'il faut, d'une part, obtenir un diagnostic reconnu médicalement pour bénéficier d'une compensation salariale et que, d'autre part, la douleur est souvent représentée comme une sensation de nature essentiellement physique. En ce sens, l'idée qu'il puisse exister des techniques psychologiques de contrôle de la douleur suscite le doute et la suspicion (Bendelow, and Williams 1995). À ce sujet, ce travailleur indique :

Ils ont proposé à la CSST un cours de méditation [...]. Puis chaque semaine, c'était un thème différent, là, par la lecture, par la musique, après ça, t'étais couché, puis fallait que tu te l'imagines dans la tête, là. [...] Tu sais, imaginer une fleur rose dans le champ, puis des affaires de même, puis sentez comme qu'elle est bonne. Je m'excuse, là, je suis pas rendu encore là. Puis tu sais, elle me disait ça dans la période que j'avais des grosses douleurs, là. Fait que sa fleur, je voulais bien y mettre où est-ce que je pense! [...] Elle, elle disait, c'était gérer la douleur! Quand t'as des douleurs, bon, bien, pour elle, tu t'assis avec un livre, puis ton cerveau va être captivé par autre chose, puis tu vas avoir moins mal. Bien, je m'excuse, mon mal part pas de mon cerveau, là! Déjà en partant, tu me crées la douleur en me couchant à terre, puis là, tu veux que je me concentre à penser à une fleur, là, tu sais (Monsieur Raymond, 31 ans, métallurgiste).

Un autre :

Puis me faire dire que ma douleur est dans la tête, bien, là, c'est [...] faites gober ça à un autre que moi, là. C'est un peu ça, là. Puis que c'est mon stress qui fait en sorte que la douleur est intense, ces choses-là [...] regarde [...] dites pas ça à moi, là

⁸ La somatisation est généralement définie comme l'expression corporelle d'un conflit psychologique. En médecine, une douleur de ce type serait considérée comme « psychogène » puisqu'elle n'émane pas directement d'une lésion tissulaire. Burloux (2004) distingue deux pôles de somatisation en lien avec la douleur chronique : 1) des pathologies douloureuses, souvent post-traumatiques, qui entraînent des plaintes intenses, donnant lieu à un surinvestissement de la douleur; 2) des affections « psychosomatiques » qui ne font pas l'objet d'une plainte douloureuse ou d'une réaction émotionnelle, même si elles découlent d'une lésion considérée comme grave ou très douloureuse d'un point de vue médical.

⁹ L'ethnopsychiatrie occupe une place importante dans l'étude anthropologique de la douleur – abordant principalement le phénomène de la somatisation de malaises psychiques (Burloux 2004; Grandsard 2000). Sans se réclamer de l'ethnopsychiatrie, des anthropologues comme Thomas J. Csordas (1994) ont abordé certains aspects de la souffrance en suggérant que notre perception et notre rapport au monde se reflètent dans notre démarche corporelle. Csordas fait usage du concept d'incorporation (*embodiment*), considéré comme un moyen de dépassement du dualisme corps-esprit; le corps étant le terreau existentiel de notre affirmation personnelle et des empreintes culturelles qui orientent nos pensées et nos actions.

¹⁰ C'est-à-dire le substrat physiologique de la douleur.

(Monsieur Thériault, 26 ans, travailleur de la construction).

Ce type de réflexion illustre des situations où des travailleurs en traitement se montrent hostiles à une interprétation des causes ou des facteurs aggravants de la douleur qui iraient dans le sens des théories psychologiques et des traitements qui s'en inspirent¹¹. Il semble exister une tendance populaire à percevoir le phénomène de la douleur chronique comme s'il s'agissait d'une douleur aiguë, c'est-à-dire avec un regard qui porte sur la biomédecine et l'instrumentation dont elle dispose (par exemple : rayons-X, imagerie par résonance magnétique, etc.). La discipline de la réadaptation dispose d'un cadre conceptuel qui dépasse largement le réductionnisme biomédical; ses « outils de mesure » sondent à la fois l'univers des représentations cognitives et émotionnelles, la trajectoire professionnelle et médicale des patients, la perception qu'ils ont de leur qualité de vie ou leur estime de soi et leur capacité à réintégrer leur travail. Ces outils sondent également leur satisfaction au travail et le sens que le travail revêt pour eux, leurs antécédents en matière d'accident de travail et le contexte de travail proprement dit – exigences physiques, autonomie, rapports de travail, etc. (Loisel *et al.* 2001). Toutefois, ces facteurs apparaissent généralement dans le cadre de recherches quantitatives de type « régressions linéaires » qui isolent les facteurs les plus « signifiants » sur le plan statistique au lieu de chercher à les intégrer dans un modèle plus inclusif prenant en compte la totalité de l'expérience de la personne (Massé 1995). De même, la partie plus « socialisante » du modèle biopsychosocial appliquée à la douleur chronique semble isoler le contexte de travail de toute autre situation d'interaction (Loisel *et al.* 2001); comme si l'on pouvait fractionner la journée d'une personne souffrante pour ne conserver que la partie relative à l'emploi sans égard à la manière dont cette personne structure sa vie en dehors du travail (organisation familiale, réseau social, vie communautaire, associative ou religieuse, etc.).

La construction sociale de la douleur

La douleur a déjà fait l'objet de préoccupations dans plusieurs systèmes de médecines traditionnelles dans le monde; notamment en médecine chinoise et ayurvédique, pour ne citer que celles-là (Free 2002c; Pugh 2003). Il existe de nombreuses études de cas en anthropologie sociale et culturelle où il est question de l'expérience de la douleur et de l'apparente capacité des humains à contrôler leurs propres seuils de tolérance à cette dernière (Free 2002d; Le Breton 1996). Que ce soit au moyen d'activités rituelles ou initiatiques, d'activités relevant d'une ethnomédecine – par l'usage de plantes médicinales ou de neuroleptiques et par la pratique de certaines techniques de méditation, de transe ou d'extase –, la douleur peut être contrôlée et la sensibilité à cette dernière modifiée (Free 2002e). La douleur peut aussi être consentie ou même recherchée comme source de plaisir – consentie ou anticipée, la douleur fait partie de nombreux rites de passage (Sargent 1984). Elle peut ainsi constituer un passage obligé permettant d'exercer un certain dressage du corps et montrer des niveaux de performances hors du commun comme cela peut se produire dans le cadre de compétitions sportives de haut niveau (Baudry 1991; Le Breton 2005). Normale, attendue, la douleur peut être une source de gratification personnelle comme dans l'expérience de l'accouchement (Le Breton 2005). Recherchée, elle peut aussi faire l'objet de

¹¹ Par exemple la visualisation, la relaxation, le travail sur les émotions et la gestion du sommeil.

pratiques sexuelles tel le sadomasochisme. Disons seulement qu'il arrive aux humains, dans certains contextes ou conditions spécifiques, d'accepter la douleur, de la considérer comme normale et de la rechercher comme source de plaisir ou de gratification (Freud 1971; Szasz 1986).

Par exemple, selon certaines traditions indiennes, la douleur¹² peut se voir attribuer des propriétés « grave » ou « aiguë », « lourde » ou « légère », « chaudes » ou « froides », « sèches » ou « humides »; elle peut être perçue comme étant le résultat d'une diète déficiente, d'une activité physique incongrue ou encore le résultat d'une exposition excessive à un environnement physique hostile (Pugh 2003). Il peut en résulter un déséquilibre humoral nécessitant l'application d'un traitement approprié pour rééquilibrer les humeurs. Les causes de la douleur peuvent aussi être attribuées à un envoûtement ou à la possession par un mauvais esprit qui cherche vengeance (Côté 2007; Skultans 2007). La douleur peut donc être située au-delà d'une simple sensation désagréable, au-delà de la définition formelle de l'IASP. Subjective, elle s'inscrit également dans un ordre social et symbolique qui permet à chaque personne de lui accorder un sens particulier tout en l'inscrivant dans un courant collectif (Augé et Herzlich 1984). Cette double inscription dans le singulier et le collectif permet au « mal » de se communiquer et de se laisser voir et entendre plus aisément par autrui (Le Breton 1996). Si les causes et le décodage des symptômes s'inscrivent dans l'ordre collectif, il apparaît logique que les modèles de soins ou les modèles thérapeutiques privilégiés le soient également. Selon les types de réponses comportementales ou émotionnelles de la douleur qui prévalent au sein de certains groupes ethnoculturels¹³ ou auprès de certaines familles à l'intérieur d'une même culture, la douleur peut nécessiter l'intervention de plusieurs membres de la famille et favoriser ainsi les échanges et les dialogues, tout en renforçant et en réinvestissant des liens interpersonnels qui avaient été jusque-là négligés ou qui s'étaient détériorés.

Selon les horizons culturels ou selon l'appartenance religieuse, la douleur peut être perçue comme un châtement divin, un signe du destin ou comme le résultat de l'usage excessif de son corps, une marque de salut, une forme d'échange symbolique pour conforter son sentiment d'exister (Honkasalo 2000; Le Breton 1996). Dans une telle perspective d'affirmation de l'individualité, le corps apparaît comme le lieu par excellence de l'affirmation de son rapport au monde extérieur, la « matière première de la fabrique de soi » dans nos sociétés laïcisées, pour reprendre l'expression de David Le Breton (2005). On peut même se demander si, d'un point de vue anthropologique, le corps existe réellement en dehors de toute catégorisation sociale ou culturelle. En cela, penser la douleur aux confins du corps et de la culture comme le titre de cet article le suggère, introduit un biais, volontaire certes, mais qui illustre la complexité du phénomène. Car il ne s'agit pas, ni

¹² Pour certaines traditions indiennes, la douleur est polysémique et les mots qui la désignent sont multiples; les plus courants sont *daird* et *pîrà*, le premier désigne la sensation corporelle proprement dite tandis que le second s'applique autant à la sensation corporelle qu'à la souffrance morale qui peut en être issue ou à un état général d'affliction. Dans les deux cas, la douleur n'est jamais soustraite de son contexte d'induction.

¹³ Dans les années 1960, les travaux de Zborowski et de Zola, par exemple, ont souligné le caractère tantôt stoïque, tantôt largement expressif de certaines réactions à la douleur (Bates 1996). Ces réactions s'inscrivent dans un système de codage et de décodage de la détresse que le patient douloureux et ses proches comprennent comme « allant de soi » ou comme faisant partie d'un **habitus** au sens que Bourdieu donne à ce concept (Bourdieu 1980). Les cliniciens qui ne partagent pas le sens à donner à certains codes peuvent être tentés d'y voir un comportement déviant sans y voir l'expression d'une caractéristique culturelle du patient. À l'opposé, il y a aussi le danger de voir la culture comme un facteur de risque.

de tomber dans les ornières du positivisme biomédical à tout vent et de son substrat biologique réducteur, ni de sombrer dans un relativisme absolu qui ne verrait dans la maladie que le seul produit d'une construction historique et socioculturelle (Détrez 2002).

Peut-on isoler la douleur de son contexte d'émergence, des conditions d'interactions concrètes qui lient une personne à son environnement social et matériel? D'un point de vue anthropologique, se poser la question c'est y répondre, surtout lorsqu'une douleur est liée à un TMS et que ce dernier implique souvent, comme je l'ai mentionné plus haut, l'adoption de mauvaises postures ou l'exécution de mouvements répétitifs à l'intérieur de contextes de travail spécifiques. Plus encore, on pourrait même s'avancer en parlant des TMS comme d'une pathologie de la « modernité avancée »¹⁴, une sorte de *culture-bound syndrome* propre à un mode de production spécifique et du rapport étroit qui lie l'humain à la machine – et tout ce qui constitue son environnement matériel. La discipline contemporaine de la réadaptation au travail reconnaît ce principe en proposant d'intervenir à la fois sur les personnes (restauration des fonctions physiques, transformation du sens de la douleur) et sur leur environnement (adaptation du milieu de travail aux besoins, aux limites et aux caractéristiques propres au travailleur) (Loisel *et al.* 2001).

Comment l'anthropologie peut-elle contribuer à l'amélioration et à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques?

La pertinence de l'anthropologie dans le contexte de la recherche clinique est appuyée par la démographie, à savoir que les pays industrialisés connaissent depuis plusieurs décennies une nette augmentation de l'immigration qui permet en partie de combler un manque de main-d'œuvre spécialisée dans certains secteurs ou encore de répondre de leurs engagements humanitaires en accueillant un nombre important de réfugiés politiques et de demandeurs d'asile. De ce fait, le « paysage ethnique »¹⁵ des sociétés postindustrielles s'en trouve radicalement transformé. Il semble évident, dans ce contexte de sociétés cosmopolites ou multiethniques, que le clinicien gagne à développer une sensibilité accrue à la différence culturelle et, surtout, à l'influence de la culture sur la perception, sur l'attitude face au traitement proposé et sur le comportement relatif à la douleur ou à la maladie (Callister 2008; Free 2002a; Lasch 2000b).

À ce jour, plusieurs pays industrialisés ont amorcé des travaux en ce sens. La liste n'est pas exhaustive, mais citons le cas de deux pays anglo-saxons, les États-Unis et le Royaume-Uni, qui accordent une importance grandissante aux « variations culturelles » ou ethniques¹⁶. Aux États-Unis, plusieurs chercheurs s'intéressent aux écarts populationnels et à l'exposition aux

¹⁴ L'expression est du sociologue britannique Anthony Giddens.

¹⁵ Expression empruntée à l'anthropologue Arjun Appadurai (1996) : *global ethnoscape*.

¹⁶ Il est à noter qu'aux États-Unis, le concept de « race » se substitue souvent au concept d'ethnicité et que les auteurs les utilisent de manière interchangeable. Il faut préciser que ces études n'émanent pas d'anthropologues, mais de spécialistes des sciences médicales qui maintiennent envers et contre toutes les évidences bio-anthropologiques le système de Henri Vallois qui, en 1944, divise l'humanité en quatre groupes appelés : Caucasiens, Négroïdes, Mongoloïdes et Australoïdes.

risques d'incapacité en comparant des populations anglo-saxonnes avec des populations d'origine hispanique et afro-américaine ou afro-antillaise (Bates, and Rankin-Hill; Edwards *et al.* 2005; Lasch 2000a). Au Royaume-Uni, des chercheurs ont développé des programmes de recherche en vue de mieux comprendre les perceptions cognitives et les *pain behaviours* auprès de populations de travailleurs d'origine sud-asiatique et afro-antillaise (Rogers, and Allison 2004) ou kurde et turque (Yazar, and Littlewood 2001). Dans une analyse comparative entre patients d'origine anglo-saxonne et d'origine portoricaine, une étude réalisée par Maryann S. Bates et Lesley Rankin-Hill (1994) montre que les patients portoricains, qui adoptent majoritairement une vision holistique de la douleur et de la réadaptation, adhèrent aussi plus facilement à un traitement de type multidisciplinaire et affichent un meilleur taux de succès de réadaptation ou de retour à leurs occupations pré-lésionnelles que leurs homologues dits « anglo-saxons ». Afin de pallier au risque de la stéréotypie culturelle (*cultural characterization*) (Massé 1995; Winkelman 2009), il est également proposé de considérer les facteurs qui déterminent les différences intra-culturelles comme le genre, l'âge, l'état de santé général, le soutien social et le statut socio-économique (Baker, and Green 2005; Nayak *et al.* 2000).

En 2006, Kleinman publie, en collaboration avec Benson, un court texte sur le concept de « compétences culturelles » qui permet de penser les habiletés relationnelles des cliniciens (Kleinman, and Benson 2006). L'anthropologie peut, en effet, contribuer à une redéfinition des cadres qui régissent la relation thérapeute/patient en vue de favoriser l'émergence d'un espace thérapeutique fondé sur la compréhension réciproque et l'empathie. Cela demeure assez théorique et on peut penser que ce concept nous renvoie davantage à une disposition d'esprit qu'à l'acquisition de compétences au sens technique. Ce concept a déjà fait l'objet de certaines études dans le domaine de la douleur et de la réadaptation et ce ne sont pas nécessairement des anthropologues qui les ont réalisées même si des travaux en sciences sociales ont pu les inspirer (Davidhizar, and Giger 2004; Muñoz 2007).

Issus de la discipline des soins infirmiers, Davidhizar et Giger (2004) exposent une série de recommandations pour aiguïser le jugement clinique des cliniciens qui œuvrent dans le domaine de la douleur auprès de personnes provenant de divers horizons ethnoculturels. Ils préconisent d'évaluer les variations dans les réponses affectives à la douleur et de développer une plus grande sensibilité aux variations dans le style communicationnel des patients et, notamment, l'importance du non verbal. Davidhizar et Giger (2004) précisent que la communication de la souffrance n'est pas toujours encouragée dans certaines cultures alors que d'autres privilégient une démonstration extérieure de la douleur beaucoup plus « visible » aux yeux d'un clinicien nord-américain. Dans un même ordre d'idées, Jaime Phillip Muñoz (2007), un autre spécialiste américain des thérapies occupationnelles, préconise une meilleure formation générale des cliniciens, en développant leur « sensibilité culturelle » et en développant chez ces derniers une soif d'apprentissage culturel qui devrait leur permettre de mieux comprendre la diversité des visions du monde qu'ils peuvent rencontrer dans le cadre de leur pratique clinique. Muñoz (2007) va encore plus loin en parlant d'une prise de conscience, chez les cliniciens, de leurs propres déterminants culturels (présomptions, biais d'interprétation, préjugés, etc.) qui peuvent influencer leur jugement clinique et le traitement des patients qui proviennent d'un horizon ethnoculturel différent du leur. Il s'agit d'une démarche introspective et réflexive qui dépasse la seule acquisition de compétences techniques. Muñoz rejoint ainsi la position de Kleinman : la sensibilité culturelle ne saurait

s'instituer en savoir-faire; c'est un savoir-être inscrit au cœur même de la personne du clinicien. Quant aux « apprentissages culturels », ils doivent s'accompagner d'un esprit d'ouverture et ne pas fermer le clinicien ou l'intervenant à la spécificité de chaque personne en situation de vulnérabilité. Davidhizar et Giger (2004) rappellent à cet effet que des variations intra-culturelles existent et que chaque patient doit être évalué sur la base de ses caractéristiques personnelles afin d'éviter la stéréotypie¹⁷. Pour le clinicien, prendre conscience de ses propres déterminants culturels lui permettra par la suite d'effectuer un travail de « décentration », comme pour suspendre son jugement clinique afin de s'ouvrir pleinement à la trajectoire sociale, migratoire, professionnelle ou médicale de son « patient », c'est-à-dire de la « personne » qu'il a en face de lui. Il n'existe pas, pour l'instant, de « guides de pratiques » cliniques pour les intervenants en contexte de relations interculturelles. Il existe une panoplie de guides de pratiques de toutes sortes dans le domaine médical, notamment pour le traitement des lombalgies, auxquels les cliniciens se réfèrent habituellement pour orienter leurs pratiques. Des exercices pratiques ou des réflexions à partir de mises en situations concrètes seraient peut-être à prévoir dans le cursus académique des futurs cliniciens. À côtoyer cet « Autre » déroutant et mystérieux, on finit toujours par s'y attacher et par repousser encore plus loin les frontières de l'altérité.

Conclusion

L'objectif central de cet article était d'explorer divers aspects du phénomène de la douleur et de montrer comment une approche anthropologique de la douleur peut contribuer à l'étude de ce phénomène complexe et multidimensionnel. Une anthropologie médicale consacrée à l'étude de la douleur n'est pas une discipline qui œuvre en dehors de l'anthropologie, et ce, même si elle a été amenée à forger des outils d'analyse et des modèles conceptuels distincts. Depuis le développement de l'anthropologie médicale dans les années 1950, cette « sous-discipline » a souvent œuvré en multi ou en interdisciplinarité. Cela signifie qu'elle doit aussi se faire l'interprète ou le médiateur culturel pour faciliter le dialogue entre les différentes disciplines scientifiques – et non seulement entre individus d'origines ou d'appartenances culturelles diverses. En cela, l'anthropologie doit conserver sa vision holistique de la douleur et situer l'expérience subjective relative à cette dernière dans la sphère plus vaste de l'expérience globale des personnes souffrantes. À cet effet, des facteurs sociaux doivent être compris pour mieux situer l'expérience personnelle de la douleur des individus dans son contexte d'émergence comme l'environnement de travail¹⁸, le soutien des proches ou les représentations de la douleur qui ont cours dans certains milieux. De même, l'anthropologie, malgré le virage herméneutique qui a marqué toute une génération d'anthropologues, doit pouvoir retrouver sa position de

¹⁷ Le soi-disant « syndrome méditerranéen » est un exemple de stéréotypie. Loin d'être une mise en contexte culturel, l'emploi de cette étiquette désigne un patient que le clinicien juge trop émotif ou excessif dans sa démonstration des signes extérieurs de la douleur. Le clinicien ignore toutefois que ses propres critères d'évaluation d'un comportement « excessif » reposent en partie sur ses propres déterminants culturels.

¹⁸ Les aspects suivants : la structure, l'organisation et les rapports de travail; les exigences physiques et psychologiques d'une tâche ou son caractère répétitif; la communication dans une entreprise ou la position de cette dernière dans le contexte économique global (par exemple la précarité, l'incertitude, la compétitivité); sont généralement associés à l'environnement de travail.

discipline ambidextre¹⁹, à la confluence des courants qui ont porté à flot la compréhension des phénomènes culturels et l'étude des phénomènes biologiques. À la lumière des connaissances actuelles sur la douleur, aucune discipline scientifique n'a la légitimité de s'aliéner une dimension de la douleur au profit d'une autre; c'est vrai pour les neurosciences de même que pour les sciences humaines et sociales.

Considérant l'importance de la douleur et sa prévalence dans la population en général, le rapport entre les sciences médicales et les sciences sociales et humaines est à revoir. Dans les équipes de recherche multi ou interdisciplinaires, l'anthropologie a un rôle à jouer en situant les problèmes de santé dans leur contexte socio-économique, politique et historique pour aller au-delà de l'approche de l'« histoire naturelle » qui prévaut encore dans les études sur la douleur. L'entreprise est peut-être risquée pour l'anthropologie, car elle doit aussi faire des compromis et s'approprier un langage qui n'est pas le sien de prime abord; s'il s'agit d'une restriction de liberté pour les uns, il faut aussi y voir un prix à payer pour sa participation active à l'édification des futures sciences de la santé où l'anthropologie aurait une place enfin officiellement reconnue et recherchée (Baer 1993). Il faut aussi profiter du contexte actuel d'ouverture des sciences médicales aux questions liées aux phénomènes culturels et à leurs impacts sur la santé. Il est également important de considérer leur ouverture croissante à l'usage des méthodes de recherche qualitatives, et ce, même si la recherche médicale d'inspiration qualitative a tendance à ne retenir que les outils d'enquête – entretiens ouverts, récits, critères de validité, etc. (Malterud 2001; Öhman 2005) – sans toujours prendre en compte ce que le regard critique d'un anthropologue ou un sociologue qualitatif peut apporter au domaine médical.

¹⁹ Je fais référence au modèle boasien qui domine la structuration de l'anthropologie en Amérique du Nord et qui confère, en principe, aux étudiants de cette discipline une maîtrise des aspects biologiques, linguistiques et socioculturels de l'expérience humaine, dont celle de la santé et de la maladie.

Références

- Augé, Marc et Claudine Herzlich
1984 *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Baer, Hans. A.
1993 How Critical Can Clinical Anthropology Be? *Medical Anthropology* 15(3):299-317.
- Baker, Tamara A., and Carmen R. Green
2005 Intra-race Differences Among Black and White Americans Presenting for Chronic Pain Management: The Influence of Age, Physical Health, and Psychosocial Factors. *Pain Medicine* 6(1):29-38.
- Baril, Raymond, Marie-Josée Durand, Marie-France Coutu, Daniel Côté, Geneviève Cadieux, Annick Rouleau et Suzie Ngomo
2007 *L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail.
- Baszanger, Isabelle
1997 *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris: Seuil.
- Bates, Maryann S.
1996 *Biocultural Dimensions of Chronic Pain: Implications for Treatment of Multi-Ethnic Populations*. Albany: State University of New York Press.
- Bates, Maryann S., and Lesley Rankin-Hill
1994 Control, Culture and Chronic Pain. *Social Science and Medicine* 39(5):629-645.
- Baudry, Patrick
1991 *Le corps extrême. Approche sociologique des conduites à risque*. Paris: L'Harmattan.
- Becker, Gaylene
1997 *Disrupted Lives. How People Create Meaning in a Chaotic World*. Berkeley: University of California Press.
- Bendelow, Gillian A., and Simon J. Williams
1995 Transcending the Dualisms: Towards a Sociology of Pain. *Sociology of Health and Illness* 17(2):139-165.
1996 The End of the Road? Lay Views on a Pain-Relief Clinic. *Social Science and Medicine* 43(7):1127-1136.
- Bourdieu, Pierre
1980 *Le sens pratique*. Paris: Minuit.
- Boyle, Colleen A., Stephen P. Sayers, Barbara E. Jensen, Samuel A. Headley, and Tina M. Manos
2004 The Effects of Yoga Training and a Single Bout of Yoga on Delayed

Onset Muscle Soreness in the Lower Extremity. *Journal of Strength and Conditioning Research* 18(4):723-729.

Burloux, Guy

2004 *Le corps et sa douleur*. Paris: Dunod.

Bury, Michael

1982 Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness* 4:167-182.

Callister, Lynn C.

2008 Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management and Practice* 15(3):207-211.

Cassel, Eric J.

1982 The Nature of Suffering and the Goal of Medicine. *The New England Journal of Medicine* 306(11):639-645.

Charmaz, Kathy

1983 Loss of Self: a Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health and Illness* 5:168-195.

1994 Discoveries of Self in Illness. *In* *Doing Everyday Life. Ethnography as Human Lived Experience*. Mary Lorenz Dietz, Robert C. Prus, and William Shaffir, eds. Pp. 226-242. Mississauga: Copp Clark Longman.

1999 The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. *In* *Health, Illness, and Healing. Society, Social Context, and Self*. Kathy Charmaz, and Debora A. Paterniti, eds. Pp. 95-112. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Côté, Daniel

2007 *Les rites de possession chez les Gaddis du Dhauladhar (Himachal, Inde) : spiritualité, guérison, société*. Thèse de doctorat, Département d'anthropologie, Université de Montréal.

Côté, Daniel, and Marie-France Coutu

2009 A critical Review of Gender Issues in Understanding Prolonged Disability Related to Musculoskeletal Pain: How is it Relevant to Rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*. In press.

Csordas, Thomas J.

1994 *Experience and Embodiment: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

2002a *Statistiques sur les affections vertébrales, 1998-2001*. Montréal: Commission de la santé et de la sécurité du travail.

2002b *Statistiques sur les lésions en « ITE » du système musculo-squelettique*. Québec: Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Davidhizar, Ruth, and Joyce N. Giger

2004 A Review of the Literature on Care of Clients in Pain who are Culturally Diverse. *International Nursing Review* 51(1):47-55.

- Dean, Sarah. G., Jonathan A. Smith, Sheila Payne, and John Weinman
2005 Managing Time: An Interpretative Phenomenological Analysis of Patients' and Physiotherapists' Perception of Adherence to Therapeutic Exercise for Low Back Pain. *Disability and Rehabilitation* 27(11):625-636.
- Dekkers, Wim
1998 Hermeneutics and Experiences of the Body. The Case of Low Back Pain. *Theoretical Medicine and Bioethics* 19:277-293.
- Détrez, Christine
2002 *La construction sociale du corps*. Paris: Seuil.
- Edwards, Robert R., Robert R. Edwards, Mario Moric, Brenda Husfeldt, Asokumar Buvanendran, and Olga Ivankovich
2005 Ethnic Similarities and Differences in the Chronic Pain Experience: A Comparison of African American, Hispanic, and White Patients. *Pain Medicine* 6(1):88-98.
- Engel, George L.
1977 The Need for a New Medical Model. *Science* 19(6):129-136.
- Eriksson, Elsa M., I. E. Möller, R. H. Eriksson, and G. K. Kurlberg
2007 Body Awareness Therapy: A New Strategy for Relief of Symptoms in Irritable Bowel Syndrome Patients. *World Journal of Gastroenterology* 13(23):3206-3214.
- Ewan, Christine, Eva Lowy, and Janice Reid
1991 'Falling out of Culture': The Effects of Repetition Strain Injury on Sufferers' Roles and Identity. *Sociology of Health and Illness* 13(2):168-192.
- Fougeyrollas, Patrick, René Cloutier, Hélène Bergeron, Jacques Côté et Ginette Saint-Michel
1998 *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Québec: Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH).
- Free, Mary M.
2002 Cross-Cultural Conceptions of Pain and Pain Control. *Baylor University Medical Center Proceedings* 15(2):143-145.
- Freud, Sigmund
1971 Au-delà du principe du plaisir. *In* *Essais de psychanalyse*. Sigmund Freud. Pp.7-82. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Garfinkel, Marian S., Atul Singhal, Warren A. Katz, David A. Allan, Rosemary Reshetar, and Ralph Schumacher Jr.
1998 Yoga-Based Intervention for Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association* 280(18):1601-1603.
- Garro, Linda C.
1994 Narrative Representations of Chronic Illness Experience: Cultural Models of Illness, Mind, and Body in Stories Concerning the Temporomandibular Joint (TMJ). *Social Science and Medicine*

38(6):775-788.

Glenton, Claire

2003 Chronic Back Pain Sufferers – Striving for the Sick Role. *Social Science and Medicine* 57(11):2243-2252.

Grandsard, Catherine

2000 Approche ethnopsychiatrique de la douleur. *In Soins infirmiers et douleur*. Christiane Metzger, dir. Pp. 115-119. Paris: Masson.

Hagberg, Mats, Ilkka Kuorinka, Lina Forcier, Barbara Silverstein, Richard Wells, Michael J. Smith, Hal W. Hendrick, Pascale Carayon et Michel Pérusse
1995 Les lésions attribuables au travail répétitif. Sainte-Foy: Éditions Multimondes.

Hassed, Craig S.

2004 Bringing Holism into Mainstream Biomedical Education. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10(2):405-407.

Henriksson, Chris M., Gunilla M. Liedberg, Björn Gerdle

2005 Women with Fibromyalgia: Work and Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27(12):685-694.

Holloway, Immy, Beatrice Sofaer-Bennett, and Jan Walker

2007 The Stigmatisation of People with Chronic Back Pain. *Disability and Rehabilitation* 29(18):1456-1464.

Honkasalo, Marja-Lissa

2000 Chronic Pain as a Posture Towards the World. *Scandinavian Journal of Psychology* 41(3):197-208.

International Association for the Study of Pain

1994 Part III: Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage. *In Classification of Chronic Pain*. Harold Merskey, and Nikolai Bogduk, eds. Pp. 209-214. Seattle: International Association for the Study of Pain Press.

Kakigi, Ryusuke, Hiroki Nakata, Koji Inui, Nobuo Hiroe, Osamu Nagata, Manabu Honda, Satoshi Tanaka, Norihiro Sadato, and Mitsumasa Kawakami

2005 Intracerebral Pain Processing in a Yoga Master who Claims not to Feel Pain during Meditation. *European Journal of Pain* 9(5):581-589.

Kleinman, Arthur

1980 Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur, and P. Benson

2006 Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine / Public Library of Science* 3(10):1673-1676.

Lasch, Kathryn E.

2000 Culture, Pain, and Culturally Sensitive Pain Care. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses* 1(3):16-22.

Le Breton, David

1996 Anthropologie et douleur. *Douleur et analgésie* 9(3):67-71.

2005 Anthropologie du corps et modernité. Paris: Presses universitaires de France.

Leder, Drew

1990 Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine. *Theoretical Medicine* 11(1):9-24.

Loisel, Patrick, Marie-Josée Durand, Diane Berthelette, Nicole Vézina, Raymond Baril, Denis Gagnon, Christian Larivière et Claude Tremblay

2001 Disability Prevention: The New Paradigm of Management of Occupational Back Pain. *Disease Management and Health Outcomes* 9(7):351-360.

Malterud, Kirsti

2001 Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines. *Lancet* 358(9280):483-488.

Massé, Raymond

1995 Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Sainte-Foy: Gaëtan Morin Éditeur.

Melzack, Ronald

1971 On the Language of Pain. *Anesthesiology* 3450-59.

1985 La douleur. *In* Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie. Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, dir. Pp. 975-983. Sainte-Foy: Presses l'Université du Québec.

Mercier, Catherine

2009 Douleurs neuropathiques : des causes aux traitements. Communication présentée dans le cadre du colloque Douleur chronique : comprendre pour mieux intervenir, Institut de recherche en déficience physique de Québec (IRDQP), Québec, 25 mai.

Muñoz, Jaime P.

2007 Culturally Responsive Caring in Occupational Therapy. *Occupational Therapy International* 14(4):256-280.

Nayak, Nirmala N., and Kamala Shankar

2004 Yoga: A Therapeutic Approach. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 15(4):783-798.

Nayak, Sangeetha, Samuel C. Shiflett, Sussie Eshun, and Fredric M. Levine

2000 Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research* 34(2):135-151.

Nettleton, Sarah

2006 'I Just Want Permission to be Ill': Towards a Sociology of Medically Unexplained Symptoms. *Social Science and Medicine* 62(5):1167-1178.

Ockander, Marlene K., and Toomas Timpka

2003 Women's Experiences of Long Term Sickness Absence: Implications

for Rehabilitation Practice and Theory. *Scandinavian Journal of Public Health* 31(2):143-148.

Öhman, Ann

2005 Qualitative Methodology for Rehabilitation Research. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37(5):273-280.

Ong, Bie N., Helen Hooper, Kate Dunn, and Peter Croft

2004 Establishing Self and Meaning in Low Back Pain Narratives. *The Sociological Review* 52(4):532-549.

Osborn, Mike, and Jonathan A. Smith

1998 The Personal Experience of Chronic Lower Back Pain: An Interpretative Phenomenological Analysis. *British Journal of Health Psychology* 3(1):65-83.

Osborn, Mike, and Jonathan A. Smith

2006 Living with a Body Separate from the Self. The Experience of the Body in Chronic Benign Low Back Pain: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20(2):216-222.

Paulson, Margareta, Ella Danielson, and Siv Söderberg

2002 Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type. *Qualitative Health Research* 12(2):238-249.

Pugh, Judy F.

2003 Concepts of Arthritis in India's Medical Traditions: Ayurvedic and Unani Perspectives. *Social Science and Medicine* 56(2):415-424.

Rogers, Anne, and Tim Allison

2004 What if my Back Breaks? Making Sense of Musculoskeletal Pain among South Asian and African-Caribbean People in the North West of England. *Journal of Psychosomatic Research* 57(1):79-87.

Rollman, Gary B., Jennifer Abdel-Shaheed, Joanne M. Gillespie

2004 Does Past Influence Current Pain: Biological and Psychological Models of Sex Differences. *European Journal of Pain* 8:427-433.

Sargent, Carolyn F.

1984 Between Death and Shame. Dimensions of Pain in Bariba Culture. *Social Science and Medicine* 19(12):1299-1304.

Skultans, Vieda

2007 Women and Affliction in Maharashtra: A Hydraulic Model of Health and Illness. *In Empathy and Healing: Essays in Medical and Narrative Anthropology*. Vieda Skultans. Pp. 58-95. New York: Berghahn Books.

Soares, Joaquim J. F., and Giorgio Grossi

2000 The Relationship between Levels of Self-Esteem, Clinical Variables, Anxiety/Depression and Coping among Patients with Musculoskeletal Pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 7(2):87-95.

Szasz, Thomas

1986 *Douleur et plaisir*. Paris: Payot.

- Thunberg, Kerstin A., Sven G. Carlsson, and Lillemor R.-M. Hallberg
2001 Health Care Professionals' Understanding of Chronic Pain: A Grounded Theory Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(1):99-105.
- Truchon, Manon, and Lise Fillion
2000 Biopsychosocial Determinants of Chronic Disability and Low-Back Pain: A Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10(2):117-142.
- Turk, Denis C.
2004 Understanding Pain Sufferers: The Role of Cognitive Processes. *The Spine Journal* 4(1):1-7.
- Vlaeyen, Johan W. S., and Steven J. Linton
2000 Fear-Avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: A State of the Art. *Pain* 85(3):317-332.
- Waddell, Gordon, and Kim Burton
2001 Occupational Health Guidelines for the Management of Low Back Pain at Work: Evidence Review. *Occupational Medicine* 51:124:135.
2005 Concepts of Rehabilitation for the Management of Low Back Pain. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology* 19(4):655-670.
- Wainwright, David, Michael Calnan, Claire O'Neil, Anna Winterbottom, and Christopher Watkins
2006 When Pain in the Arm is "All in the Head": The Management of Medically Unexplained Suffering in Primary Care. *Health, Risk and Society* 8(1):71-88.
- Werner, Anne, and Kirsti Malterud
2003 It is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and their Doctors. *Social Science and Medicine* 57(8):1409-1419.
- Winkelman, Michael
2009 *Culture and Health. Applying Medical Anthropology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Yazar, Jale, and Roland Littlewood
2001 Against Over-Interpretation: The Understanding of Pain Amongst Turkish and Kurdish Speakers in London. *The International Journal of Social Psychiatry* 47(2):20-33.

Résumé/Abstract

La douleur constitue un phénomène complexe qui recoupe des aspects neurophysiologique, psychologique et socioculturel. Si la sensation de douleur est un phénomène universel qui concerne l'ensemble du monde animal, chez l'homme, l'expression des émotions et les attitudes et les comportements qui y sont relatifs varient selon les cultures et les milieux sociaux. Cet article présente quelques repères pour une contribution anthropologique à l'étude de la douleur en questionnant les conditions de son intégration dans le contexte de la recherche médicale ou paramédicale. Cet article questionne aussi la capacité et le devoir de l'anthropologie de participer à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques dans un contexte d'ouverture de la médecine aux méthodes qualitatives et aux thèmes de recherches qui ont caractérisé l'anthropologie médicale jusqu'à maintenant.

Mots clés : Douleur, culture, anthropologie médicale, troubles musculo-squelettiques

Pain is a complex phenomenon situated at the crossroads of neurophysiologic, psychological and sociocultural processes. While pain may be characterized as universal – embracing the entire world of animals or at least superior mammals – the emotional, attitudinal, behavioural or verbal expression of pain among humans varies according to culture and social environment. This article proposes some guidelines for developing an anthropological understanding of pain by questioning the conditions of its integration within the world of medical or paramedical research. This article also questions the capability and the duty that impinge on anthropology to participate and contribute to the development of new approaches in treating disability due to chronic or persistent pain in a context of medical openness toward qualitative methods and research themes that have characterized medical anthropological research until now.

Keywords: Pain, culture, medical anthropology, repetitive strain injury

*Daniel Côté
Professionnel scientifique
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité au travail (IRSST)
cote.daniel@irsst.qc.ca*



Connecting the Micro and Macro Approaches: Cultural Stakes in Health Communication

Isaac Nahon-Serfaty
University of Ottawa

Rukhsana Ahmed
University of Ottawa

Sylvie Grosjean
University of Ottawa

and

Luc Bonneville
University of Ottawa

Prior to the establishment of Health Communication as an independent field of study, the socio-cultural dimensions of health and illness (patient/health aide relationship, social representations in health, etc.) were largely covered by sociology and anthropology. (Adam, and Herzlich 1994) Jodelet: "These pioneering disciplines have not failed to integrate a perspective of the individual in their approach, while establishing him in his social and cultural enrolment horizon, or in the framework of his relationship with medical institutions and professionals." (2006:1; our translation) However, the recognition of culture in the medical field has already been formulated in 1986 during the Congress of the World Health Organization in Ottawa, Canada. A new health system trend was then defined: the promotion of health that would offer, in addition to clinical and curative services, the recognition and respect of cultural needs. Nonetheless, Jodelet (2006) puts forth the statement that psychology of health was blinded by the game of collective dimensions that intervenes in the individual and public managing of health and illness. Within these dimensions, Jodelet considers culture being almost nonexistent, despite it being a central part of several works in sociology, history, and anthropology, which were concerned with illness and health.

In reading Jodelet's (2006) arguments, it seemed necessary for us to expand upon the theme of culture in the emerging field of Health Communication, particularly by arguing for the development of a multidisciplinary perspective conciliating the micro and macro approaches. In fact, culture is both what makes individuals react and what is generated throughout interactions. (Latour 2005; Sahlin 2000) Consequently, you often see researchers pulling in opposite directions (micro/macro or local/global), directions that seem to be irreconcilable, but ones that we deem important to reconcile. We, therefore, set forth to answer the following question in this article: How can we manage the reconciliation between macro and micro approaches, and thus fully integrate the cultural dimension into a better understanding of the phenomena studied in Health Communication, both at the interpersonal level (patient-physician encounter) and in the larger context of social interaction? In order to do this, we rely on empirical and theoretical contributions, included in the micro and macro approaches. Hence, through the arguments developed in this text, we hope to draw attention to the issues raised by the cultural dimension within the approach of studied phenomena in Health communication.

Anthropology has already recognized the difficulty of conceiving cultures as "separate master systems of signifiers, when it is historically evident that cultures have always borrowed from each other, when our ethnographic evidence demonstrates constantly how boundary-making is continuously challenged and upset in the ongoing interaction between cultures." (Wolf 1996:37-38) An "anthropology of globalization finds its relevance insofar as it understands, from the inside, "this dialectic [between the local and the global] within delimited fields, where preoccupations of the immediate and the everyday are expressed with a perception of a global belonging." (Abélès 2008:8-9; our translation)

The field of medical anthropology has shed light on the significance of culture in a wide variety of clinical settings and health related situations. Bibeau (1997) has proposed to integrate concepts such as cultural complexity and creolization in psychiatry in order to deal with conditions tied to migration experiences. Alvarez, Fortin and Bibeau (2008) have described the process of integrating anthropological perspectives related to intercultural diversity in pediatric clinics in Argentina and Québec. Lock and Crowley-Makota (2008) have studied how culturally informed expectations are at work in Japan, Mexico and the USA when it comes to organ donation and transplantation. In a broader sense, Almeida Filho (2001) set the basis of an ambitious general theory of health connecting the socio-anthropological and the epistemological dimensions of health sciences.

Nevertheless, our interest lies neither in the micro nor in the macro (otherwise the local or the global) *per se*, but rather in their connectedness (Latour 2005). Following a multidisciplinary approach, we build upon a new set of theoretical works and empirical studies that contribute to describing and explaining the connections between the local and the global in different health care related situations and organizational settings. For example, McMurray and Smith (2001) took a macro approach to make a comprehensive account of the impact of globalization on the so-called socioeconomic and health transitions in developing countries. More recently, Callahan and Wasunna (2006) have developed a critical view concerning the tensions between the notions of choice and equity in the context of increasing market driven policies shaping the practice of medicine.

The emerging field of the anthropology of the globalization of health care explores the connection between the micro and the macro (or the local and the global), with particular focus on the role of the transnational pharmaceutical industry as a macro-actor embedded in much localized practices. For instance, Lakoff (2005) has brilliantly analyzed the emergence of what he calls the “pharmaceutical reason” as a determinant influencing the practice of global psychiatry. In the same line, Healy (2006) and Applbaum (2006) have contributed to a better understanding of diagnostic and prescription drug patterns that define mental illness under the pervasive influence of promotional actions pushed by bio-medical industries. On her part, Petryna (2006) has presented a detailed account of the “rising of the global subject” as a direct result of the worldwide expansion of pharmaceutical clinical research.

Against such a backdrop, this paper starts by exploring the role of culture in patient-doctor communication, the primary interaction unit in the context of the medical act. Then, we propose an analytical framework to explain the emergence of the global health sphere, a complex and disjunctive environment that is influencing discourses, perceptions and practices in the health care field. The case of diabetes will serve to illustrate the dynamics of the global health sphere. Finally, we advance the first elements of a theoretical framework that, while acknowledging the role of culture in the interactions between individuals in health care situations, takes into account the macro level shaped nowadays by the disruptive forces of globalization.

The Role of Culture in Patient-Doctor Communication

Patient-doctor interaction constitutes a central and critical component of medical care. Interpersonal communication processes are inherent in this interaction since “the accuracy of a diagnosis, the understanding of a health problem, the likelihood of compliance with treatment regimens, and the probability of recovery are all influenced by the personal interaction between the provider and the patient.” (Thompson 2003:93) Evidently, interactional engagement between the patient and the doctor is highly complex as this interaction is influenced by numerous multi-faceted variables. Culture has been recognized as one such key variable of the communicative process that is of direct relevance to provider-patient interaction. (Ahmed 2007; Ahmed, and Bates 2007; Cioffi 2003; Jotkowitz, Glick, and Gesundheit 2006; Kokanovic, and Manderson 2007; Meeuwesen *et al.* 2007; Okamoto 2007; Perloff *et al.* 2006; Surbone 2006; Towle, Godolphin, and Alexander 2006)

Why is Culture Important in Patient-Doctor Communication?

Culture is a pervasive and permeating attribute of human living. It refers to a pattern of values, beliefs, ideas, and symbols that are shared by a group of people. (Gudykunst, Ting-Toomey, and Chua 1988; Samovar, and Porter 1991) Such integrated patterns of human behavior provide people with frameworks within which to define their identities and make sense of their experiences. As Helman (2000:2) argues: “Culture is a set of guidelines (both explicit and implicit) that individuals inherit as members of a particular society, and that tell them how to view the world, how to experience it emotionally, and how to behave in it in relation to other people, to supernatural forces or gods, and to the natural environment.” The growing literature on health

communication and culture sheds light on how culture shapes people's experiences, perceptions, constructions, and understanding of health issues. (Betancourt 2003; Betancourt *et al.* 2005; Bigby 2003; Cioffi 2003; Geist-Martin, Ray, and Sharf 2003; Hayes-Bautista 2003; Helman 2000; Huff, and Kline 1999; Kreps, and Kunimoto 1994; Sharf, and Kahler 1996; Skelton, Kai, and Loudon 2001; Lupton 1994)

Although culture plays an important role in how people communicate about health, considering culture as homogeneous and static is problematic and can lead to misunderstandings resulting in cultural generalizations and stereotyping. Accordingly, anthropologists underline that "culture is not a single variable but rather comprises multiple variables, affecting all aspects of experiences." (Kleinman, and Benson 2006:1673-1674) Recognizing the fluid, overlapping, and interactive nature of culture, Helman (2000:4) cautioned that culture should not be considered in isolation from "its particular context" that "is made up of historical, economic, social, political, and geographical elements." Culture, in this paper, is regarded not just as a local process, but as a global process as well. More specifically, while we view culture as "inseparable from economic, political, religious, psychological, and biological conditions," we also recognize that "cultural processes frequently differ within the same ethnic or social group because of differences in age cohort, gender, political association, class religion, ethnicity, and even personality." (Kleinman, and Benson 2006:1674)¹ This comprehensive understanding of the concept of culture is particularly important to reconcile the local and the global. As Luckmann and Nobles note: "Culture has a powerful impact on individuals, groups, and entire societies, influencing all aspects of human life. Cultures and subcultures provide strategies and methods for coping with life's ever-changing challenges and demands." (2000:23) With these considerations in mind, the paper probes into intersections and/or disjunctions between local and global processes in the context of health communication.

Research indicates that the dyadic communicative process operates differently when the patient and the doctor are from different cultures. Such differences are especially evident in today's multicultural clinical contexts where a health care system has to deal with numerous regional, ethnic, racial, socioeconomic, occupational, generational, and health-status values. For instance, in a study of the communication process between a group of Xhosa-speaking patients and their western medical practitioners in South Africa, Hersleman (1996) identified barriers to effective communication. These barriers to effective patient-doctor communication were identified as sociocultural differences between patient and doctor (class, status, roles, perceptions of health and illness), language difficulty, defensiveness among patients (patients' discomfort in the clinical setting), psychosocial factors (politeness and submissiveness of Xhosa-speaking people), and patient-doctor relationship (discernible racial and associated political differences between patients and doctors). Hence, doctors need to act in the best interest of patients and research increasingly suggests that such care should be culturally appropriate. Galanti (2004) used case studies to illustrate many levels of cultural differences between patients and doctors on issues as varied as nutrition, religion, family support, and response to pain. To avoid conflict and misunderstanding between patients and doctors, Galanti argued for understanding and adjusting to patients' cultural needs by gaining knowledge of their cultural values, family structure, healthcare beliefs and practices, religious beliefs, diet, language and communication processes, and

¹ See also Jackson and Duffy (1998).

psychosocial interactions.

Various cultural issues facilitate or impede positive relationships between patients and doctors. As argued by Prideaux (2001:186), "an individual's cultural identity affects interactions with the health system and influences health status". In the case of patient-doctor relationships, "differences in education, specialized language use, social characteristics, and power make most doctor-patient interactions similar to intercultural exchanges." (Jackson, and Duffy 1998:xii) Patients may respond differently to illness and treatment issues depending on their background and associated cultural beliefs, values, and practices. For instance, in a study of physician interaction with Australian immigrants with type 2 diabetes (Kokanovic, and Manderson 2007:462), patients described their relationships with doctors as hierarchical which "involved seeking approval and avoiding reproach from their doctors for their successes and failures in diabetes management." Kokanovic and Manderson concluded that the relational and communicative aspects of patient-doctor relationships influence patient responses to diabetes management. Being aware of their own cultural values, doctors should be prepared to deliver health care services that respect and value the cultural identities of patients. Considerable research identified racial and ethnic differences between patients and doctors contributing to health disparities. (Cooper 2004; Cooper-Patrick *et al.* 1999; Cooper *et al.* 2003; IOM 2002; Kaplan *et al.* 1995; Lee *et al.* 1997; Saha *et al.* 1999; Whittle *et al.* 1993); and effective patient-doctor communication as central to quality health care. (Gazda, Childers, and Walters 1982; Meadows 1991; Ruben 1992; Thompson 1996; van Ryan, and Burke 2000)

What can we Learn from Studying Patient-Doctor Communication?

From the onset of research in health communication, patient-doctor communication was a key area of study and it still remains so. (Thompson 2003) In their study of publication trends in health communication, Beck, Benitez, Edwards, Olson, Pai, and Torres (2004:484) found that physician-patient interaction "emerged as the third ranked topic in the health communication articles." According to Thompson (2003), it is important to have a foundational understanding of patient-doctor communication to better understand health communication processes. Although studies have examined patient-doctor communication in relation to culture, it is also important to study various health-related interactions that occur within particular contexts. (Street 2003) Individual health practices are determined in large part by their cultural backgrounds and contexts. These cultural contexts both at the interpersonal level (patient-physician encounter) and in the larger context of social interaction also shape group and organizational dynamics. What happens, however, to health communication when people misconstrue and misconceive cultural likeness and difference and when the cultural dimension goes unexamined? Ann Fadiman's book, *The Spirit Catches You and You Fall Down* (1997), provides a tragic answer to this question. It provides "an in-depth account of the experience of Laotian immigrants seeking health care for their child within the American medical system." (Street 2003:78)

Differences in cultural values and beliefs between the health care provider and the receiver account for many misunderstandings in health interactions

(Cline, and McKenzie 1998). When such differences are not accommodated, poor health outcomes arise. For instance, Fadiman (1997) described the culture clash between the Merced Community Medical Center in California and a refugee family from Laos over the care of Lia Lee, a Hmong child diagnosed with epilepsy. Fadiman explained how the fundamentally different notions of disease that divided the Hmong sense of health and disease from the views of American scientific medicine eventually cost Lia Lee her life. Although Lia's health was in the best interest of both her parents and her doctors, miscommunication between the two cultures led to a tragedy and brings to attention the issues of medical ethics and cultural differences. Through this story, Fadiman exposed the problems, realities, and gaps of language, religion, and social customs in a medical setting. The author argued that health care providers can adapt to improve their ability to care for patients whose background is different from their own. The book underscored the value of time and commitment required to understand another culture's perspective on health and illness and to integrate that understanding into the day-to-day practice of medicine.

The inability to communicate across infinite difference resulted in enduring frustration by physicians and non-compliance by Lia's parents. Lia's case demonstrates the fundamental clash of Hmong cultural beliefs with medical science, which was compounded by confusion and conflict. The miscommunication and reciprocal frustration led to misdiagnosis, mistreatment, and, eventually, the brain-death of Lia. This tragedy occurred despite the well-intended efforts of Lia's doctors and the extraordinary love of her parents because of a rift between opposing cultures that arguably, could have been negotiated. Lia's ailing body became the stage for miscommunication: at the interpersonal level (between Lia's parents and her doctors and consequently between the Hmong culture and the traditions of American medicine) and in the larger context of social interaction (among the Hmong community, Lia's family and friends, and the medical community, Lia's physicians, other medical staff, and social workers, in Merced, California). Lack of understanding of the cultural dimension especially the global processes of cultural production resulted in poor patient-doctor interaction, health care delivery, and health outcomes.

How can we make sure that Lia Lee's story does not happen again? Although there is research (Chong 2002; Waxler-Morrison Anderson, and Richardson 1990) on dealing with patients from specific cultural groups, currently there is no systematic effort to provide a coherent understanding of the local and global processes of cultural production in the context of health communication. Culturally effective health communication demands that the optimal contexts be identified. For example, Ahmed (2007) investigated the function of cultural differences on patient-doctor interactions and the likely impact on evaluations of the quality of health care in Appalachian Ohio, a medically underserved region in the Southern part of Ohio, as a cultural context. Based on quantitative survey methods, a number of important findings emerged regarding patients' perceptions of doctors' accommodativeness in shaping culturally competent health care which is a dynamic and complex interrelated process of recognizing individual differences as well as differences across cultures.

Particularly relevant to our discussion is a research question posed by Ahmed to examine the extent to which cultural differences play a role in health care interactions in Appalachian Ohio and to assess patients' perception of doctors' cultural competence in health care interactions. To answer this research

question, Ahmed conducted a 3-phase sequential investigation to test a set of hypotheses that stemmed from the research question. In the first phase, scenarios were developed and tested displaying cultural difference or sameness between the patient and the doctor and the doctor's cultural competence or incompetence in health care interactions based on the evidence documented in the literature. These scenarios were pre-tested using a convenience sample of undergraduate students (n= 175) who found the scenarios to be readable and believable and recognized cultural similarities and/or differences with the patients and doctors in those scenarios.

In the second phase, Ahmed used the validated scenarios along with a survey questionnaire, which resulted in the development of a three-factor scale to measure public perception of doctors' cultural competence. In this phase, the role of cultural differences between patient and doctor in the scenarios was examined by measuring respondents' (n= 201) explicit and implicit assumptions regarding doctors' culturally competent or incompetent behaviors. Exploratory factor analysis results revealed that the public perceived doctors to be culturally competent when doctors were aware of patients' cultural differences (nationality, racial background) and when doctors understood the dynamics of cross-cultural differences (spiritual beliefs related to health issues, food and dietary habits, preference of personal title in being addressed). These findings of Ahmed's study add to a growing literature supporting the notion that lack of knowledge regarding culture specific beliefs and customs (e.g. traditional healing, food prohibition, religious beliefs) can impede effective patient-doctor communication. (Sheridan 2006; Spector 2004)

During the third phase, Ahmed examined the role of cultural differences in patient- doctor interactions in an Appalachian Ohio context by refining and further validating the public perception of physicians' cultural competence scale developed during the second phase along with previously validated measures of relevant constructs (i.e., ethnocentrism, fear of physicians, and health professionals' communication accommodation theory goals and strategies). The patient base in Holzer Clinic in Athens, Jackson, and Gallipolis were surveyed (n= 306). Exploratory factor analysis results revealed that participants perceived doctors to be culturally competent when doctors were conscious of macro-cultural issues (e.g., religious practices related to health issues, decision maker in family). This finding of Ahmed's study is consistent with Rao's (2002) study that found physicians in collectivist cultures of Argentina, Brazil, and India often choosing to share health care information with a family member who makes decisions for the patient. Results of the hypothesis in phase three of Ahmed's study – intercorrelations among perceptions of cultural competence, communicative accommodation strategies, ethnocentricity, fear of physicians, and patient satisfaction with the direct clinical encounter – revealed that participants perceived doctors to be culturally competent when the doctors were perceptive of the dynamics of cultural differences related to proxemics and chronemics (e.g., touch issues during the physical exam, time concerns with regard to medical treatment). This finding resonated with the guidelines for using time, touch, and space appropriately when providing health care to different cultural groups. (Lipson, and Dibble 2005) Results of this hypothesis also revealed that participants perceived doctors to be culturally competent when the physicians recognized patients' cultural differences related to language issues (e.g., language skills, translator availability). This finding is consistent with studies that described health care interventions as culturally competent when they included linguistic services, such as bilingual interpreters among other elements of cultural

competence. (Brown *et al.* 2002; Brant, Fallsdown, and Iverson 1999; Yancey *et al.* 1995)

At a general level, the findings of Ahmed's study suggest that cultural differences play an important role in patient-doctor interactions. The findings also provide important insights into the role that cultural differences play in patient-doctor interactions in a specific cultural context, Appalachian Ohio.

The last decade has witnessed a shift towards a relational approach to patient-doctor communication. (Duggan 2006) Considering patient-doctor interaction as relationship-centered (Brown, Stewart, and Ryan 2003; Roter 2000) underscores the importance of both patient and doctor communication behavior within the medical encounter. We argue that, within this highly complex patient-doctor interaction matrix, mutual engagement in communication during the medical encounter may lead to a more satisfactory outcome of the consultation and improve engagement with health services. We also argue that while it is important to be aware of cultural differences and develop cultural knowledge, reconciliation between macro and micro approaches, and thus fully integrating the cultural dimension into a better understanding of health communication is equally important.

Culture and Health Communication in the Global Context

The Emergence of New Mediation Instances

Health communication situations, including the interpersonal exchanges between patient and doctor, should be also studied in a larger context. Street (2003:64) proposes to approach communication in medical encounters from an **ecological perspective**. Street's ecological model is an attempt to explain how doctor-patient communication can be affected by "interpersonal, organizational, media, political-legal, and cultural environments." Another perspective assumes that these processes, both from a micro and macro level, are affected by multicultural contexts where "people from distinctly different cultures live, come into contact, and interact with one another to form a new way of life, both dynamic and different from each of its parts or cultures." (Kar, Alcalay, and Alex, 2001:ix) The multicultural approach of health communication acknowledges that "behavioral risk factors are deeply rooted in culture, and access to health care is strongly affected by the compatibility between the cultures of the provider and users of health care." (Kar, Alcalay, and Alex 2001:79) Following the paths of both the ecological model and the multicultural approach, we propose to develop a comprehensive framework to explain how people's perceptions, interactions and consumption related to health and illness are influenced by the flows of ideas and goods circulating in the world. Our aim is to describe the emergence of a global cultural space that is shaping public perceptions of health issues and affecting health communication processes. Social representations of health and illness, usually influenced by the cultural framework constituted by the family and immediate social networks, very well described by Moscovici (1989), Herzlich (1969) and Jodelet (1989), are now nourished also by the flows of global culture and affected by the multiplication of mediation instances. (Martín-Barbero 1993)

The connections between globalization and health have been mainly studied from an economic perspective. McMurray and Smith (2001) have documented the material consequences of global dynamics in the health of people. Theories of development have also contributed to understanding the close ties between economical and health policies (Copper Weil *et al.* 1990) and the negative effects of structural macro-economic adjustment measures on the poor. (Le Franc 2000; Thomas 2000) Kim, Shakow and Bayona (2000) analyzed the consequences of the privatization of healthcare services in developing countries, while multilateral agencies have tried to calculate the impact of financial crises on social spending and the overall costs of medicines. (PNUD 1999; WHO 1999)

All these initiatives have certainly contributed to a better understanding of the quantitative consequences of the global flows of people, products, services and money on the health of populations. However, there is a need to explain how globalization is shaping social representations and discourses on the body, notions of wellness, the definitions of disease and the field of therapeutics. The study of the symbolic dimension of health and illness in the global sphere is still a work-in-progress.

We propose analyzing the emerging health planetary sphere by adapting some of the key concepts advanced by anthropologist A. Appadurai (1996) in his attempt to define globalization as a disjunctive process between economical, political and cultural domains. This particular analytical framework contributes to overcoming the epistemological gap between the socio-economic and cultural approaches that try to explain the consequences of the so-called globalization of the health of societies. By integrating the material and symbolic dimensions of globalization, Appadurai's **global landscapes** illustrates how emerging mediation instances are touching the life and shaping the imagination of millions of people worldwide, including social representations of disease and notions of wellness.

According to Appadurai, the global is

[...] a complex, overlapping, disjunctive order that cannot any longer be understood in terms of existing center-periphery models...I propose that an elementary framework for exploring such disjuncture is to look at the relationship among five dimensions of global cultural flows that can be termed (a) *ethnoscapes*, (b) *mediascapes*, (c) *technoscapes*, (d) *finanscapes*, and (e) *ideoscapes*. (1996:32-33)

Appadurai calls these landscapes **imagined worlds** that have neither a purely emancipator nor a disciplinary effect. **Ethnoscapes** refer to the constant flux of people in the global world, including immigrants, refugees and tourists. **Mediascapes** are constituted by the symbolic and technical capacities of production and broadcast contents worldwide by creating world representations. **Technoscapes** are defined by the configuration of mechanical and informational techniques (including the biotech) not only affecting economics but also cultural representations and the flow of information. **Finanscapes** are represented by the circulation of global capital in the context of a system favoring financial speculation. Finally, there are the **ideoscapes** where the dialectic between institutional (national and supranational) and non-institutional players (NGOs and alter-globalization movements) reflects the power/counter power dynamics on the global scene.

Based on these categories, we have identified five landscapes or dimensions that are shaping the global cultural framework influencing public perceptions

and attitudes toward health and illness: i. **migrations**, ii. **therapeutic markets**, iii. **the media environment**, iv. **health politics** and v. **multilateral networks**.

Migrations flows are playing a growing role in the global imaginaries related to health and illness by their material and symbolic consequences, sometimes creating an apocalyptic representation of lack of control and crisis escalation. Common language has expressed eloquently the contingencies between population flows and the emergence of diseases. The so called “Spanish flu” and “Asian flu” are not only illustrations of the geographical origin of these ailments, but classifications containing social and cultural interpretations of the epidemics, including prejudices and phobias against foreigners. These population movements have an increasing influence on public perceptions, not only because “the foreigner” can bring disease home, but also because of the socio-economic consequences of migration. This increase and acceleration of migration are also linked to some epidemic trends such as HIV-Aids, Avian flu, SARS, among others. Alongside migration, there are other population flows related to public health issues. “Sex tourism” is a good example of this trend, certainly challenging the control of sexually transmitted diseases worldwide. The material consequences of the flow of populations in health care are also connected with the social imaginaries of diseases and the pathological in general, influencing policies and discourses of exclusion and inclusion.

Therapeutic markets are creating new niches for health consumption, which are simultaneously shaping public perceptions, attitudes, and expectations regarding the prevention and treatment of different conditions and diseases. The birth of so-called “life-style” medications is the best example of this trend. Companies identify a profitable market niche in order to find a therapeutic solution for conditions affecting the development of personality, self-esteem, and body image. This process calls for educating the public about the “new condition” in order to create demand for the medicine that will control it, but not necessarily cure it. By conveying global messages related to their innovative therapies, bio-medical and pharmaceutical industries are promoting similar consumption patterns in very different cultural and socio-economic contexts in a process that can be described as the **commoditization** of health and illness. (Nahon 1999) Nevertheless, the expansion of the demand has had in some cases a boomerang effect: side effects of drugs are booming in recent years in what seems to be the natural consequence of the rapid expansion of consumption. The hybridizing process of global landscapes is also influencing markets. The practices and products inspired by alternative healing and New Age trends are gaining official recognition, in an integration process between orthodox medicine and so-called “natural” options, sometimes in disruptive cohabitation. (Hunt, and Lightly 2001)

Media are offering fiction and non-fiction contents shaping social representations of and discourses on health and illness that are acting in a disjunctive way. The media is contributing both to the development of more critical views and the promotion of consensus around policies and modes of health consumption. Narratives, particularly those presented by television, have a strong persuasive effect. (Signorielli 1993) The media is a privileged source of information on health and medical issues for the public. The media and cultural industries are also sources of esthetical and social models having a close connection with health, wellness, and illness. The expansion of the media has several consequences. The multiplication of information sources and points of view can lead to more individual autonomy, since this can

contribute to developing a critical perspective on health care institutions, medical practice, and the healthcare system. But it is also clear that the expansion of media influence works also in favor of the development of new pharmaceutical and bio-medical markets since these industries can directly reach the consumer without the barriers of medical and institutional mediations.

Health politics shaped by the global agendas of international institutions are contributing to the legitimization of local policies favoring a growing role for the market in health care and the individualization of health issues. This **culture of individualization** of healthcare is closely linked to the proposition that the market is a good regulator of health systems and competition should be promoted in order to offer better services to the consumers. (Banque Mondiale 1993) As a result of this new dialectic between public and private sectors in health care, the definition of a “new universalism” proposed by the World Health Organization has emerged. (WHO 1999:38) The new paradigm says that healthcare services should be provided to everybody. However, it also states that governments cannot secure all the services because of the scarcity of financial resources. The institutional prescription is to increase the participation of the private sector and look for more macroeconomics efficiency.

Multilateral networks, integrating traditional international institutions and NGOs, have an increasing impact on global debates about access to medicines and healthcare, promoting worldwide awareness of conditions and challenges in the health field. (Moran, and Wood 1996) New networks are facilitating cooperation between organizations. For instance, HealthNet, an Internet based platform, allowed doctors from Central Africa to share information about the Ebola outbreak in 1995. (PNUD 1999) Power relations between institutional and non-institutional players are influencing political choices in cases such as HIV-Aids (Lee 2000), abortion (Crane 1994), and the control of population growth. (Lee, and Walt 1995; Dodgson 1998)

Applying the Model: The Case of Diabetes

The current perception of a growing diabetes “world epidemic” is an exemplary case for applying the proposed global health analytical framework. Being a disease related both to genetic predisposition and life-style risk factors, diabetes offers an interesting case to observe how some global trends, including the emergence of global medical discourses and consumption patterns are shaping perceptions, expectations and behaviors of various populations about the disease and its treatments.

First, **migration processes and population interaction** in multicultural environments are playing a critical role in the increase of diabetes prevalence in some regions and is affecting the way the disease is treated. It is known, for example, that populations of Hispanic origin in the United States have relatively higher diabetes prevalence than other groups. (Hunt, Valenzuela, and Pugh 1998) This is often explained by a combination of genetics and food habits, particularly new habits developed in the context of the USA, where this population has more access to junk food. An extensive review about research on culturally relevant issues for Hispanics with diabetes by Caban and Walter (2006) found that personal models of illness varied across groups of Hispanic/Latino origins and were influenced by levels of acculturation. A

recent study by Caban *et al.* (2008) identified the emergence of new themes among Hispanic/Latino populations with diabetes, showing how socio-cultural processes are influenced by a combination of mainstream medical/pharmaceutical discourses and more localized personal concerns. "New concerns" include, among other topics, the effect of diabetes on sexual health problems, perceptions about the link between depression and diabetes, intergenerational issues and their impact on participants' beliefs about diabetes, and perceptions of discrimination and discontinuity in healthcare.

Second, there is a very dynamic and competitive **therapeutic market** around diabetes. The recent introduction of inhaled insulin and the development of new oral drugs show the industry's interest in a growing global market. The expansion of the diabetes market is influencing prescription habits among doctors and creating demand for innovation in a context of increased consumption of services and products. (Alexander *et al.* 2008) Furthermore, the changing definition of the "diabetes category" towards "pre-diabetic" conditions such as so-called "insulin resistance" and "metabolic syndrome," has opened the door to comprehensive treatments including those for high blood pressure, high cholesterol and abdominal obesity. (Desprès, and Lemieux 2006; Balkau *et al.* 2007) Medical discourse on diabetes has evolved from a glucose-centered metabolic disorder toward a combination of risk factors and conditions needing more complex prevention, diagnostic and treatment approaches.

Third, **media** is consecrating more time and space to diabetes related stories, claiming that the world is facing a global epidemic and promoting different types of innovation, from new glucose monitoring devices to new pharmaceuticals. Recently the media has been interested in stories about the side effects of diabetes medication, contributing to the debate on the safety of prescription drugs and the marketing practices of pharmaceutical companies. The case of the ACCORD study (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) helps to understand the critical role that news media is playing in the day-to-day clinical setting. According to reports of the study conveyed by international wire services and highly influential newspapers such as the New York Times, lowering "too much" the level of glucose in patients with type 2 diabetes increases their risk of dying of cardiovascular complications. (Kolata 2008) The ACCORD story revealed the paradox of a media discourse that promotes therapeutic improvements that are creating, at the same time, uncertainty in medical practice. A quote by Dr. Richard Kahn from the American Diabetes Association exposes the disruptive effect of these kinds of media reports: "It's profoundly disappointing. This presents a real dilemma to patients and their physicians. How intensive should treatment be? We just don't know." (Stein 2008)

Fourth, **health politics** are affecting the way diabetes is diagnosed and treated. The so-called "rationalization" of health care is resulting in practices focused on treating "acute" episodes of the disease that neglect more holistic and preventive approaches. This double discourse – conveying tensions between administrative decisions and actual clinical conditions – is clearly present in a study based on interviews with Canadian doctors working in the diabetes field. (Nahon-Serfaty 2009) Physicians acknowledged the need to promote life-style changes that will eventually improve the quality of life of patients, while accepting the fatalistic view that the "only solution" in the "real world" is to prescribe a set of drugs to deal with the complications associated with the condition. The same research showed how medical discourses respond to a competitive rationality dominated by corporate, scientific and

political actors who are guiding policy choices and decision-making processes in the public sphere.

Fifth, **international institutions** are contributing to the definition of standards for diabetes diagnosis and helping to raise awareness about the disease. Besson *et al.* (2009) have studied the role of the World Health Organization (WHO) in what they call the “construction of the diabetes world epidemic,” by lowering some of the thresholds that define who is a “diabetic” and even “pre-diabetic” patient. In that sense, the International Diabetes Federation (IDF), a worldwide alliance of over 200 diabetes associations in more than 160 countries, has developed an extensive campaign to put diabetes on local public health agendas, helping in an indirect way to promote the interests of other players, such as pharmaceutical companies, who are always willing to expand global markets.

As the diabetes case shows, the global health sphere is a source of disjunctive forces influencing cultural trends frequently going in opposite directions. While it is certainly true that migration is exasperating the health situation of several population groups, it is not less valid to assert that the information circulating through the media and the intervention of multilateral stakeholders are raising global public awareness about illnesses and injustices affecting these populations. On the one hand, the logic of competition among therapeutic markets is pushing for more consumption while, on the other hand, it is also creating opportunities to open the dialogue between patient and doctors about the best options to prevent and treat diseases. This dialectic between the local and the global should be analyzed more deeply in order to better assess the emerging cultural environments affecting health communication both at the interpersonal (micro) and social (macro) levels.

Discussion / Conclusion

As we have seen, the areas of difficulty within the field of Health Communication cannot be examined without reference to the “social” as such. Health Communication, like other fields, rests on complex socio-cultural processes and it is important to take into account both micro and macro levels of analysis. We must, in fact, keep in mind that health interventions, whatever they may be, are first and foremost social relationships, which in turn rest on social constructs. (Gadrey 1996) This process works in such a way that medical practice, as we have seen previously, becomes an art that is deeply ingrained in the practitioner’s individual experience, which forms the basis of his/her decision-making. This individual experience teaches the practitioner that his/her efficiency, defined as his/her capacity to obtain “good” results, also depends on his/her capacity to “resolve problems” (Gadrey 1996:123) that have led a certain patient to seek his/her expertise. Although, the attainment of this result, the **health-output**, finds its inception in the odds that the practitioner will adapt his practice to different situations. Therefore, as we have mentioned earlier, the health field is strongly affected by individuals’, patients’ heterogeneity. Indeed, research lead by sociologists, psychologists and anthropologists has clearly demonstrated that the quality of an intervention depends completely on the way we communicate, the way we take care of the speaker. Individuals, namely patients, are not all homogeneously sensitive to certain health problems as Dodier (1993:122-123) has shown in his study of the perception of pain. This is note-worthy,

since it concurs with health sociology and anthropology findings that illness, healing, even the representation of pain², stem from socio-cultural factors related to age, sex, social class, level of education, etc. (Dorvil 1985)

Consequently, we can highlight an important point – that illness and the health service upon which a patient calls, derives from very complex social processes that prevent any thoughts of homogeneity and standardization of health care. Not only are patients' sensitivities divergent, but they also come into relation, interaction, differently with health professionals. As mentioned previously, every case is unique and should be considered as such. Therapeutic effectiveness, as well as clinical and therapeutic efficiency (Bonneville 2003, 2005, 2006), stem from the quality of the interaction within the healthcare service. In short, these considerations demonstrate the extent to which the socio-cultural dimension of health interventions, whether it be micro or macro, is vital to better understanding the complex dynamics at play in the Health Communication field.

While bringing together different works (Ahmed 2007; Nahon 1999; Nahon-Serfaty 2009) and research results in the Health Communication field, we sought to decompartmentalize micro and macro analyses, which is necessary, in our view, for understanding the cultural complexities and issues within the Health Communication framework. The idea is to develop an approach that, while monitoring the level of interactions between individuals, will not lose its original context (the global) as a whole (Knorr-Cetina and Cicourel 1981). Latour (2005) shows how a macro-sociological phenomenon can be present in micro-episodes where agents' structuring practices ensue. In other words, throughout their interactions, individuals construct collective representations that can be generalized and progressively become constitutive elements of macro-sociological phenomena. Furthermore, micro-interactions do not develop in a social void. In fact, analysis of micro-social phenomena must be related to greater contexts. As Giordano (2006:156) has stated, while citing Weick: "This does not signify that the social interactions are local, as it were, an independent auto-production of all frameworks [...]. The meanings that the actors co-construct are not auto-created. The micro-analysis does not go without macro-inputs." (1990:583) It is for this reason that we think that to grasp the entire complexity of cultural issues in the communication process (within the health context), we must focus our attention on the actors (and their interests) and on the system. And just as Latour (2006:259; our translation) points out: "The macro is neither 'above' nor 'below' the interactions: they add themselves on like another connection that feeds off of them, but also nourishes them."

Our objective in this text was to focus on the significance of exploring these two perspectives (local/global or micro/macro) and above all to show that this is not the result of their simple addition, but the result of a more integrative approach, where the value lies in bringing out the entire complexity of cultural issues in the Health Communication field.

² One of the first studies having addressed this issue is that of Mark Zborowski which demonstrated in 1952 that the representation – thus the signification – of pain varies from one ethnic group to another.

References

- Abélès, Marc
2008 *Anthropologie de la globalisation*. Paris: Payot.
- Adam, Philippe, and Claudine Herzlich
1994 *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.
- Ahmed, Rukhsana
2007 *Assessing the Role of Cultural Differences on Health Care Receivers' Perceptions of Health Care Providers' Cultural Competence in Health Care Interactions*. Ph.D. dissertation, Department of Communication, Ohio University.
- Ahmed, Rukhsana, and Benjamin R. Bates
2007 Patient gender Differences in Patients' Perceptions of Physicians' Cultural Competence in Health Care Interactions. *Women's Health and Urban Life: An International and Interdisciplinary Journal* VI(2):58-80.
- Alexander, G. Caleb, Niraj L. Sehgal, Rachael M. Moloney, and Randall S. Stafford
2008 National Trends in Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus, 1994–2007. *Archives of Internal Medicine* 168(19):2088–2094.
- Almeida Filho, Naomar
2001 For a General Theory of Health: Preliminary Epistemological and Anthropological Notes. *Cadernos de Saúde Pública* 17(4):753-770.
- Alvarez, Fernando, Sylvie Fortin, and Gilles Bibeau
2008 La práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso. *Archivos Argentinos de Pediatría* 106(3):236-241.
- Appadurai, Arjun
1996 *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Appelbaum, Kalman
2006 Educating for Global Mental Health. The Adoption of SSRIs in Japan. *In Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. Adriana Petryna, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds. Pp. 85-110. Durham and London: Duke University Press.
- Balint, Michael
1960 *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Balkau, Beverley, John E. Deanfield, Jean-Pierre Després, Jean-Pierre Bassand, Keith A.A. Fox, Sidney C. Smith Jr, Philip Barter, Chee-Eng Tan, Luc Van Gaal, Hans-Ulrich Wittchen, Christine Massien, and Steven M. Haffner
2007 International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): A Study of Waist Circumference, Cardiovascular Disease, and Diabetes Mellitus in 168 000 Primary Care Patients in 63 Countries. *Circulation* 116:1942–1951.

Banque Mondiale

1993 Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé.
Washington: Banque Mondiale.

Beck, Christina, Jose Luis Benitez, Autumn Edwards, Amanda Olson, Aarthi
Pai, and Maria Beatriz Torres

2004 Enacting 'Health Communication': The Field of Health
Communication as Constructed through Publication in Scholarly
Journals. *Health Communication* 16:475-492.

Besson, Rachel, Mireille Bernard, Annick Tijou-Traore, and Isabelle Gobatto

2009 Le diabète, une épidémie mondiale? Construction et qualification d'un
fait épidémiologique. Paper presented at the conference Santé et
Mondialisation, Lyon, March 12-13.

Betancourt, Joseph R.

2003 Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and
Frameworks for Evaluation. *Academic Medicine* 78(6):560-569.

Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green, Emilio J. Carrillo, and Elise R.
Park

2005 Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives
and Trends. *Health Affairs* 24:499-505.

Bibeau, Gilles

1997 Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New
Research Agenda. *Transcultural Psychiatry* 34(1):9-41.

Bigby, JudyAnn, ed.

2003 *Cross-cultural Medicine*. Philadelphia: American College of
Physicians.

Bloch, Claude, and Paul Sivadon.

1973 La rencontre du médecin et du malade. *In* *Traité de psychologie
médicale*, Tome 2. Paul Sivadon, ed. Paris: Presses universitaires de
France.

Bonneville, Luc

2005 A Paradigm Shift in the Evaluation of Information Technology in
Health Care. *Journal of Telemedicine and E-Health, American
Telemedicine Association* 11(4):477-480.

2006 About the Evaluation of Computerised Health Care Services: Some
Critical Points. *International Journal of Health Sociology* 15(2):169-178.

Brant, Jeannine M., Delores Fallsdown, and Mary Lou Iverson

1999 The Evolution of a Breast Health Program for Plains Indian Women.
Oncology Nursing Forum 26:731-739.

Brown, Sharon A., Alexandra A. Garcia, Kamiar Kouzekanani, and Craig L.
Hanis

2002 Culturally Competent Diabetes Self-management Education for
Mexican Americans: The Starr County Border Health Initiative. *Diabetes
Care* 25(2):259-268.

Brown, Judith Belle, Moira Stewart, and Bridget L. Ryan

- 2003 Outcomes of Patient-provider Interaction. *In Handbook of Health Communication*. Teresa L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller, and Roxanne Parrot, eds. Pp. 141-161. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Caban, Arlene, and Elizabeth A. Walker
2006 A Systematic Review of Research on Culturally Relevant Issues for Hispanics with Diabetes. *The Diabetes Educator* 32:584-595.
- Caban, Arlene, Elizabeth A. Walker, Severa Sánchez, and Maria S. Mera
2008 "It Feels Like Home When You Eat Rice and Beans": Perspectives of Urban Latinos Living With Diabetes. *Diabetes Spectrum* 21(2):120-127.
- Callahan, Daniel, and Angela A. Wasunna
2006 *Medicine and the Market. Equity v. Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Chong, Nilda
2002 *The Latino Patient: A Cultural Guide for Health Care Providers*. Yarmouth: Intercultural Press.
- Cioffi, Jane
2003 Communicating with Culturally and Linguistically Diverse Patients in an Acute Care Setting: Nurses' Experiences. *International Journal of Nursing Studies* 40:299-306.
- Cline, Rebecca J., and Nelya J. McKenzie
1998 The Many Cultures of Health Care: Difference, Dominance, and Distance in Physician-Patient Communication. *In Health Communication Research: A Guide to Development and Directions*. Lorraine D. Jackson, and Bernard K. Duffy, eds. Pp. 57-74. Westport: Greenwood Press.
- Cooper, Lisa A.
2004 Health Disparities: Towards a Better Understanding of Primary Care Patient-physician Relationships. *Journal of General Internal Medicine* 19(9):985.
- Copper Weil, Diana E., Adelaide P. Alicibusan, John F. Wilson, Michael R. Reich, and David J. Bradley
1990 *The Impact of Development Policies on Health. A Review of the Literature*. Geneva: World Health Organization.
- Cooper-Patrick, Lisa, Joseph J. Gallo, Junius J. Gonzales, Hong Thi Vu, Neil R. Powe, Christine Nelson, and Daniel E. Ford
1999 Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *The Journal of the American Medical Association* 282(6):583-589.
- Crane, Barbara B.
1994 The Transnational Politics of Abortion. *In The New Politics of Population: Conflict and Consensus in Family Planning*. Fankle, Jason, and Alison McIntosh, eds. Pp. 241-264. New York: Population Council.
- Després, Jean-Pierre, and Isabelle Lemieux
2006 Abdominal Obesity and Metabolic Syndrome. *Nature* 444:881-887.

Dodier, Nicolas

1993 *L'expertise médicale : essai de sociologie du jugement*. Paris: Éditions Métailié.

Dorvil, Henri

1985 Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique : la maladie physique, la maladie mentale. *In* *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Jacques Dufresne, Fernard Dumont, and Yves Martin, eds. Pp. 305-332. Sainte-Foy/Québec/Lyon: Presses universitaires du Québec/Institut québécois de recherche sur la culture/Presses universitaires de Lyon.

Duggan, Ashley

2006 Understanding Interpersonal Communication Processes Across Health Contexts: Advances in the Last Decade and Challenges for the Next decade. *Journal of Health Communication* 11:93-108.

Fadiman, Anne

1997 *The Spirit Catches You and You Fall down: A Hmong Child, her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*. New York: Farrar, Straus, and Giroux.

Friedman, Meyer, and Ray H. Rosenman

1974 *Type A Behavior and Your Heart*. New York: Knopf.

Gadrey, Jean

1996 *Services : la productivité en question*. Paris: Desclée de Brouwer.

Galanti, Geri-Ann

2004 *Caring for Patients from Different Cultures: Case Studies from American Hospitals*. 3rd edition. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Gazda, George M., William C. Childers, and Richard P. Walters

1982 *Interpersonal Communication: A Handbook for Health Professionals*. Rockville: Aspen.

Geist-Martin, Patricia, Eileen Berlin Ray, and Barbara F. Sharf

2003 *Communicating Health: Personal, Cultural, and Political Complexities*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.

Giordano, Yvonne

2006 *S'organiser c'est communiquer : le rôle fondateur de la communication dans l'organizing chez Karl E. Weick*. *In* *Les Défis du Sensemaking en entreprise*. David Autissier, and Faouzi Bensebaa, eds. Pp. 153-168. Paris: Économica.

Gudykunst, William B., Stella Ting-Toomey, and Elizabeth Chua

1988 *Culture and Interpersonal Communication*. Newbury Park: Sage Publications.

Hayes-Bautista, David E.

2003 Research on Culturally Competent Healthcare Systems: Less Sensitivity, More Statistics. *American Journal of Preventive Medicine* 24(3):8-9.

Healy, David

2006 The New Medical Oikumene. *In* Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices. Adriana Petryna, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds. Pp. 61-84. Durham and London: Duke University Press.

Helman, Cecil G.

2000 Culture, Health, and Illness. 4th edition. Oxford and Boston: Butterworth-Heinemann.

Herselman, Stephné

1996 Some Problems in Health Communication in a Multicultural Clinical Setting: A South African Experience. *Health Communication* 8(2):153-170.

Herzlich, Claudine

1969 Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale. Paris: Mouton and Co.

Huff, Robert M., and Michael V. Kline, eds.

1999 Promoting Health in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners. Thousand Oaks: Sage Publications.

Hunt, Linda M., Miguel A. Valenzuela, and Jacqueline A. Pugh

1998 Porqué me tocó a mi? Mexican American Diabetes Patients' Causal Stories and Their Relationship to Treatment Behaviors. *Social Science & Medicine* 6(8):959-969.

Institute of Medicine

2002 Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington: National Academy Press.

Jackson, Lorraine D., and Bernard K. Duffy, eds.

1998 Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions. Westport: Greenwood.

Jodelet, Denise, ed.

1989 Les représentations sociales. Paris: Presses universitaires de France.

Jodelet, Denise

2006 Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie* 1(1):219-239.

Jotkowitz, Alan, Shimon Glick, and Benjamin Gesundheit

2006 Truth-Telling in a Culturally Diverse World. *Cancer Investigation* 24(8):786-789.

Kaplan, Sherrie H., Barbara Gandek, Sheldon Greenfield, William Rogers, and John E. Ware

1995 Patient and Visit Characteristics Related to Physicians' Participatory Decision-Making Style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care* 33:1176-1187.

Kar, Snehendu B., Rina Alcalay, and Shana Alex, eds.

2001 Health Communication: A Multicultural Perspective. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Kim, Jim, Aaron Shakow, and Jaime Bayona
2000 Market Failures and Moral Failures: The Privatization of Health in Peru. *In Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas.* Alexandra Bambas, Juan Antonio Casas, Harold A. Drayton, and America Valdés, eds. Pp. 129-145. Washington: Pan American Health Organization.
- Kleinman, Arthur, and Peter Benson
2006 Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine* 3(10):1673-1676.
- Kokanoivc, Renata, and Lenore Manderson
2007 Exploring Doctor-Patient Communication in Immigrant Australians with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine* 22(4):459-463.
- Kolata, Gina
2008 Study Undercuts Diabetes Theory. *New York Times*, February 7, A1.
- Knorr-Cetina, Karin, and Aaron Cicourel
1981 *Advances in Social Theory and Methodologies: Toward an Integration of Micro and Macro-Sociologies.* London: Routledge and Kegan Paul.
- Kreps, Gary L., and Elizabeth N. Kunimoto
1994 *Effective Communication in Multicultural Health Care Settings.* Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lakoff, Andrew
2005 *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Latour, Bruno
2006 *Changer de société – Refaire de la sociologie.* Paris: La Découverte.
- Le Breton, David
1998 Réflexions sur la médicalisation de la douleur. *In L'ère de la médicalisation.* Pierre Aiach, and Daniel Delanoë, eds. Pp. 159-174. Paris: Anthropos.
- Le Disert, Dominique
1985 *La Maladie : la part du social.* Paris: Éditions du Centre de Documentation Sciences humaines (CDSH).
- Le Franc, Elsie
2000 The Impact of Structural Adjustment Policies on Health and Health Services in the Caribbean. *In Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas.* Alexandra Bambas, Juan Antonio Casas, Harold A. Drayton, and America Valdés, eds. Pp. 146-160. Washington: Pan American Health Organization.
- Lee, James A., Stephen Gehlbach, David Hosmer, Monica Reti, and Colin S. Baker

- 1997 Medicare Treatment Differences for Blacks and Whites. *Medical Care* 35:1173-1189.
- Lee, Kelley
2000 Globalisation and Health Policy. A Conceptual Framework and Research and Policy Agenda. *In Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Pp.15-41. Washington: Pan American Health Organization – World Health Organization.
- Lee, Kelley, and Gill Walt
1995 Linking National and Global Population Agendas: Case Studies from Eight Developing Countries. *Third World Quarterly* 16(2):257-272.
- Lipson, Juliene G., and Suzanne L. Dibble, eds.
2005 *Culture and Clinical Care*. School of Nursing. San Francisco: University of California at San Francisco Nursing Press.
- Lock, Margaret, and Megan Crowley-Makota
2008 Situating the Practice of Organ Donation in Familial, Cultural, and Political Context. *Transplantation Reviews* 3(22):154-157.
- Luckmann, Joan, and Sylvia T. Nobles
2000 *Transcultural Communication in Health Care*. 2nd edition. Clifton Park: Delmar Thomson Learning.
- Lupton, Deborah
1994 *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London/Thousands Oak: Sage Publications.
- Martín-Barbero, Jesus
1993 *Communication, Culture and Hegemony: From the Media to the Mediations*. London: Sage Publications.
- McMurray, Christine, and Roy Smith
2001 *Diseases of Globalization. Socioeconomic Transitions and Health*. London/Sterling: Earthscan Publications Ltd.
- Meadows, Johnette L.
1991 Multicultural Communication. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 11:31-42.
- Meeuwesen, Ludwien, Fred Tromp, Barbara C. Schouten, and Johannes A.M. Harmsen
2007 Cultural Differences in Managing Information During Medical Interaction: How Does the Physician Get a Clue? *Patient Education and Counseling* 67(1-2):183-190.
- Moscovici, Serge
1989 Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. *In Les représentations sociales*. Denise Jodelet, ed. Pp. 6-86. Paris: Presses universitaires de France.
- Nahon-Serfaty, Isaac
1999 Del Sida como metáfora al Sida como «commodity». *Comunicación* 106:60-63.

- 2009 Les experts parlent de diabète : la fragmentation des discours et gestion de la maladie. Paper presented at the 77^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), session Organisation et communication au sein des systèmes de santé, Ottawa, May 11.
- Okamoto, Sawako
2007 Transformations in Doctor-Patient Communication in Japan: The Role of Cultural Factors. *Patient Education and Counseling* 65(2):153-155.
- Perloff, Richard M., Bette Bonder, Eileen Berlin Ray, and Laura A. Siminoff
2006 Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health: Theoretical and Empirical Perspectives. *American Behavioral Scientist* 49(6):835-852.
- Petryna, Adriana
2006 Globalizing Human Subjects Research. *In* *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. Adriana Petryna, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds. Pp. 33-60. Durham and London: Duke University Press.
- Prideaux, David
2001 Cultural Identity and Representing Culture in Medical Education. *Who Does It?* *Medical Education* 35:186-187.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
1999 Informe sobre desarrollo humano. Madrid: Mundi-Prensa Libros.
- Rao, Nagesh
2002 "Half-Truths" in Argentina, Brazil and India: An Intercultural Analysis of Physician Patient Communication. *In* *Intercultural communication: A reader*. 10th edition. Larry A. Samovar, and Richard E. Porter, eds. Pp. 309-319. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Roter, Debra
2000 The Enduring and Evolving Nature of the Patient-Physician Relationship. *Patient Education and Counseling* 5(15):39.
- Ruben, Brent David
1992 *Communicating with Patients*. Dubuque: Kendall/Hunt.
- Saha, Somnath, Miriam Komaromy, Thomas D. Koepsell, and Andrew B. Bindman
1999 Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care. *Archives of Internal Medicine* 159:997-1004.
- Sahlins, Marshall
2000 *Culture in Practice. Selected Papers*. New York: Zone Books.
- Samovar, Larry A., and Richard E. Porter
1991 *Communication Between Cultures*. Boston: Wadsworth.
- Sharf, Barbara F., and John Kahler
1996 Victims of the Franchise: A Culturally Sensitive Model for Teaching Patient-Physician Communication in the Inner City. *In* *Communication and the Disenfranchised: Social Health Issues and Implications*. Eileen Berlin Ray, ed. Pp. 95-115. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Sheridan, Indrani

2006 Treating the World Without Leaving Your ED: Opportunities to Deliver Culturally Competent Care. *Academic Emergency Medicine* 13:896-903.

Signorielli, Nancy

1993 *Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook*. Westport: Greenwood Press.

Skelton, John, Joe Kai, and Rhian F. Loudon

2001 Cross-Cultural Communication in Medicine: Questions for Educators. *Medical Education* 35:257-261.

Spector, Rachel E.

2004 *Cultural Diversity in Health and Illness*. 6th edition. Upper Saddle River: Pearson Education Inc.

Stein, Rob

2008 Deaths Halt Part of Diabetes Study Scientists Fear Heart Attacks, Strokes Were Tied to Treatment. *Washington Post*, February 7: A03.

Street, Richard L. Jr.

2003 Communicating in Medical Encounters: An Ecological Perspective. *In Handbook of Health Communication*. Teresa L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller, and Roxanne Parrot, eds. Pp. 63-89. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Surbone, Anthonella

2006 Cultural Aspects of Communication in Cancer Care. *Cancer Research* 168:91-104.

Thomas, Clive

2000 The International Dimensions of Economic Development. *In Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Alexandra Bambas, Juan Antonio Casas, Harold A. Drayton, and America Valdés, eds. Pp. 43-60. Washington: Pan American Health Organization

Thompson, Teresa L.

1996 *Communication for Health Professionals: A Relational Perspective*. Lanham: Harper and Row.

2003 Provider-Patient Interaction Issues. *In Handbook of Health Communication*. Teresa L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller, and Roxanne Parrott, eds. Pp. 91-93. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Towle, Angela, William Godolphin, and Ted Alexander

2006 Doctor-Patient Communications in the Aboriginal Community: Towards the Development of Educational Programs. *Patient Education and Counseling* 62(3):340-346.

Van Ryn, Michelle, and Jane Burke

2000 The Effect of Patient Race and Socioeconomic Status on Physician's

Perceptions of Patients. *Social Science and Medicine* 50:813-828.

Whittle, Jeff, Joseph Conigliaro, C. B. Good, and Richard P. Lofgren
1993 Racial Differences in the Use of Invasive Cardiovascular Procedures
in the Department of Veterans Affairs Medical System. *New England
Journal of Medicine* 329: 621-627.

Yancey, Antronette K., Sora Park Tanjasiri, Mary Klein, and Janice Tunder
1995 Increased Cancer Screening Behavior in Women of Color by
Culturally Sensitive Video Exposure. *Preventive Medicine* 24(2):142-
148.

Waxler-Morrison, Nancy, Joan M. Anderson, and Elizabeth Richardson
1990 *Cross-cultural Caring: A Handbook for Health Professionals*.
Vancouver: University of British Columbia Press.

Weick, Karl E.
1990 The Vulnerable System: An Analysis of Tenerife Air Disaster. *Journal
of Management* 16:571-593.

World Health Organization (WHO)
1999 *The World Health Report. Making a Difference*. Geneva: World
Health Organization.

Wolf, Eric R.
1996 *Global Perspectives in Anthropology: Problems and Prospects*. *In
The Cultural Dimensions of Global Change. An Anthropological
Approach*. Lourdes Arizpe, ed. Pp. 31-44. Paris: United Nations
Education Science and Culture Organization.

Zborowski, Mark
1952 Cultural Components in Responses to Pain. *Journal of Social Issues*
8:16-30.

Zola, Irving Kenneth
1966 Culture and Symptoms. An Analysis of Patient's Presenting
Complaints. *American Sociological Review* 31:615-630.

Résumé/Abstract

Depuis le congrès de l'Organisation mondiale de la Santé à Ottawa (Canada) en 1986, on a reconnu le rôle structurant des différences culturelles dans les orientations des systèmes de santé. Cela a constitué un pas important dans la compréhension de la place du patient dans la promotion de la santé et des soins médicaux. Les chercheurs tiennent compte de l'importance des facteurs socioculturels dans ce champ complexe d'activités humaines et sociales qu'est le domaine sanitaire. Cependant, la culture est encore un élément marginal dans les institutions médicales malgré les constats faits de son importance tant en psychologie, en sociologie et en anthropologie. Cet article traite du rôle de la culture dans le champ de la « communication et de la santé », à partir d'une perspective multidisciplinaire, en essayant une réconciliation des approches micro et macro. Nous proposons de répondre à la question suivante : comment peut-on concilier le micro et le macro et ainsi intégrer la dimension culturelle dans les phénomènes étudiés dans le champ de la « communication et de la santé », tant sur le plan interpersonnel que dans le contexte plus large de l'interaction sociale? La réponse à cette question demandera d'explorer les contributions empiriques et théoriques de différents domaines.

Mots clés : Communication et santé, culture, soins de santé, mondialisation

During the Congress of the World Health Organization in Ottawa, Canada (1986), the structuring role of cultural differences was highlighted in the context of health system orientations. This event constituted an important step towards the way in which patients are being taken care of and participate in the promotion of health. Accordingly, researchers consider the socio-cultural factors as being crucial when taken into account within the complex field of human and social activity that comprises the health care field. But culture has long been considered, and still is today, as being marginal in prominent health establishments, despite numerous reports being conducted on the subject in psychology, sociology or anthropology. This paper addresses the role of culture in the field of "Health Communication" notably in claiming the development of a multidisciplinary perspective, reconciling the macro and micro approaches, between the local and the global. In this article, we propose to answer the following question: How can we manage the reconciliation between the macro and micro approaches, and thus fully integrate the cultural dimension into better understanding the phenomena studied in Health Communication, both at the interpersonal level (patient-physician encounter) and in the larger context of social interaction? Answering this question will require exploring the empirical and theoretical contributions of different fields.

Keywords: Health communication, culture, healthcare, globalization

*Isaac Nahon-Serfaty
Assistant Professor
Department of Communication
University of Ottawa
inahonse@uOttawa.ca*

*Rukhsana Ahmed
Assistant Professor
Department of Communication
University of Ottawa
rahmed@uOttawa.ca*

*Sylvie Grosjean
Associate Professor
Department of Communication
University of Ottawa
sylvie.grosjean@uOttawa.ca*

*Luc Bonneville
Associate Professor
Department of Communication
University of Ottawa
luc.bonneville@uOttawa.ca*



L'anthropologie face aux demandes du terrain : deux exemples d'implication dans le milieu médical

Michela Canevascini
Université de Lausanne
et
Rose-Anna Foley
Université de Lausanne

Il est ainsi difficile, lorsque la demande d'implication sociale est un paramètre essentiel de la relation ethnographique, d'en faire une simple option morale annexe à la pratique scientifique ou de prétendre que cette dernière a le choix de s'en dispenser. Albert 1995:113

La problématique du sens, de l'apport et de l'utilité de sa propre recherche vis-à-vis de la société ne cesse d'interroger les chercheurs en anthropologie et, peut-être davantage, les jeunes anthropologues (Bensa 2008). La question n'est pas nouvelle et, bien au contraire, le problème de l'action de l'anthropologue sur la réalité qu'il étudie a accompagné la discipline depuis ses débuts. Les liens entre les anthropologues et l'entreprise coloniale, ainsi que les retournements réflexifs que cette connivence avec les structures de pouvoir a suscités, posent d'emblée la question problématique du lien entre savoir et action (Albert 1995). Au sein de l'anthropologie française, contrairement au monde anglo-saxon, cette interrogation a conduit à un désenchantement et à une certaine méfiance vis-à-vis de ses possibles apports pratiques (Lenclud 1995).

En anthropologie de la santé, cette question s'est posée de manière très prononcée en raison de la nature de son objet d'étude qui rend la distanciation ou la neutralité « académique » difficilement défendable (Fainzang 2005). En ce sens, l'épidémie du sida a constitué une étape fondamentale dans cette réflexion en provoquant un virage moral dans le rapport du chercheur aux malades, où l'implication s'est révélée pour le moins nécessaire (Benoist et Desclaux 1996). Toutefois, la question de l'implication du chercheur continue à se heurter au projet de construire un savoir critique et objectif, tout en se renouvelant autour de la posture ambivalente du

chercheur, entre engagement et distanciation (Elias 1983). La bonne distance face à l'objet s'articule ainsi autour de deux niveaux interdépendants, épistémologique et politique (Fassin 1998). D'une part, en ce qui concerne la production d'un savoir objectif sur une réalité à laquelle on appartient et de l'autre, vis-à-vis d'une posture axiologique influencée par les jugements implicites, voire les positionnements politiques (Armbruster, and Laerke 2008; Pirinoli 2004) que le chercheur a par rapport au milieu étudié.

Nos recherches portent respectivement sur la prévention du suicide et sur les soins palliatifs et la fin de vie. Au cours du travail de terrain, nous nous sommes heurtées à des demandes de la part de nos interlocuteurs qui nous ont obligées à questionner et à définir notre posture d'anthropologues par rapport au terrain. Interpellées par ces questions sur l'avis du chercheur et sur l'utilité de sa recherche à propos du sujet étudié, notre souci a été de nous positionner face à la dichotomie – que plusieurs considèrent comme dépassée (Albert 1995; Fainzang 2005) – entre une posture fondamentale visant un savoir objectif, ou du moins indépendant, et une posture appliquée soumettant le savoir au principe de l'action. D'un côté, la posture fondamentale ne peut prétendre à un complet détachement de la société et de ses valeurs, ni en amont, ni en aval de sa recherche (Corcuff 2004). De l'autre, la posture appliquée peut difficilement revendiquer le statut de science en raison de son assujettissement théorique et pratique au terrain « demandeur ». Entre ces deux pôles, la posture impliquée définie entre autres par Albert correspond à une « recherche anthropologique fondamentale intellectuellement et socialement investie dans la situation historique des sociétés qu'elle étudie » (Albert 1995:118). L'implication est ici considérée comme s'inscrivant dans une perspective d'anthropologie critique attentive aux dimensions politiques de la santé et de la médecine (Fainzang 2005). L'espace et les modalités de cette implication, de plus en plus revendiquée par les anthropologues, se déclinent de manières très diverses (Benoist et Desclaux 1996; Bouillon, Frésia et Tallio 2005; Fassin 1998). La force de cette démarche réside probablement dans le flou de sa délimitation qui nécessite une constante redéfinition. Ce sont ainsi les rencontres spécifiques du terrain qui, au travers d'un regard réflexif et critique, déterminent ce que s'impliquer veut dire.

Par le biais d'une réflexion ancrée dans la pratique, nous souhaitons présenter des implications particulières résultant de deux expériences de terrain dans le domaine de la santé. Il s'agit d'explicitier des éléments inhérents au travail ethnographique souvent tus; comme les attentes des interlocuteurs face au travail anthropologique et la manière dont l'anthropologue y répond. Ces attentes ont pris la forme de demandes d'expertise anthropologique concernant, dans le premier cas, le domaine de la prévention du suicide et, dans le deuxième, celui de la recherche en soins palliatifs. Les réponses apportées cherchent à s'inscrire tout autant dans une démarche impliquée que critique, permettant ainsi de réfléchir à la question des apports de l'anthropologie au terrain, notamment au travers d'échanges discursifs entre enquêteurs et enquêtés.

Différentes recherches se sont intéressées aux implications possibles des chercheurs auprès de personnes malades (Benoist et Desclaux 1996; Vidal 1997), en souffrance ou en situation d'exclusion (D'Halluin 2005; Makaremi 2008). Celles-ci découlent d'une certaine posture de l'anthropologie – attentive à la dimension **émique** de la santé – s'intéressant aux représentations et au vécu des personnes malades ou des demandeurs de services. Derrière cette posture se trouve, souvent implicitement, la volonté

de redonner légitimité et pouvoir aux populations « dominées »; dans ce cas les patients, par opposition aux soignants. C'est dans ce cadre que se situent bon nombre de réflexions portant sur les implications des chercheurs sur des terrains dits sensibles (Bouillon, Frésia et Tallio 2005) ou dangereux (Agier 1997). Ici, nous proposons au contraire une réflexion qui porte sur l'insertion de l'anthropologue auprès des soignants; ceux qui, dans ce contexte, représentent les experts ou encore les « dominants ». Vis-à-vis des professionnels de la santé, les recherches anthropologiques se situent très souvent soit dans une volonté d'application du savoir anthropologique remettant peu en cause les pratiques et les logiques biomédicales (voir par exemple Whiteford 2005), soit dans une approche critique envers les soignants et le système médical qui correspond souvent en parallèle à un engagement auprès des malades (Fassin 2008; Pouchelle 2002).

La posture que nous proposons ci-après ne se situe ni en complète adhésion, ni en totale opposition envers les professionnels de la santé. La prise en compte des attentes des soignants et l'ouverture d'un dialogue nous ont permis de définir une certaine manière de nous impliquer auprès des soignants, qui consiste à apporter un éclairage anthropologique critique dans le but de stimuler un enrichissement et un renouvellement des pratiques et des savoirs médicaux. Dans cette posture hybride, il paraît indispensable de prendre en compte les risques d'instrumentalisation par le domaine médical et de considérer la réflexivité du chercheur comme un gage nécessaire pour préserver une distance critique.

Quel est l'avis de l'anthropologue?

Dans l'exemple de la prévention du suicide¹, nous nous sommes intéressées à la manière dont l'émergence de la prévention du suicide en Suisse – devenue récemment une problématique de santé publique – transforme les pratiques et les savoirs autour du suicide. Le terrain de recherche s'est construit de manière inductive à partir des lieux et des individus concernés par la problématique du suicide et de sa prévention. Une première partie du terrain s'est centrée sur la mise en place d'un programme de santé mentale dans le canton de Vaud (Suisse), incluant un volet autour de la prévention des conduites suicidaires². Des entretiens semi-directifs ont été effectués avec les initiateurs de ce programme (représentants de la santé publique et psychiatres), ainsi qu'avec des personnes appartenant au milieu associatif s'intéressant à la santé mentale et à la prévention du suicide³. Nous avons

¹ Recherche effectuée par Michela Canevascini.

² Le programme de santé mentale, présenté de manière officielle en novembre 2008, résulte d'une collaboration entre des représentants de la santé publique et une équipe de psychiatres. Les 4 axes du volet concernant la prévention des conduites suicidaires sont : 1) suivi du traitement de l'information sur le suicide dans les médias; 2) formation de professionnels de première ligne; 3) prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider; et 4) orientation téléphonique des urgences psychiatriques (Service de santé publique et al. 2008).

³ Le milieu associatif a en effet joué un rôle précurseur dans le domaine de la prévention du suicide en Suisse. La mobilisation de quelques associations à partir de la fin des années 1990 a conduit à une sensibilisation progressive à cette problématique et a contribué à l'élaboration d'une réflexion au niveau national et cantonal autour de cette question. Les associations présentes dans la région, souvent créées par des personnes touchées personnellement par le suicide d'un proche, sont actives dans différents domaines liés à la prévention primaire – se situant en amont du suicide ou de la tentative de suicide –, tels que : gestion ou promotion des lignes téléphoniques d'écoute, surveillance des médias quant à la diffusion d'information sur le suicide, prévention dans les écoles, gestion de groupes de parole s'adressant à des personnes

également réalisé des observations lors de conférences, de colloques et de réunions portant sur ces thématiques, ainsi que lors d'une formation à la crise suicidaire⁴. De plus, des entretiens ont été menés avec des participants à la formation provenant des domaines socio-éducatif et sanitaire et ayant des horizons professionnels divers.

Une deuxième partie du terrain porte sur la prise en charge des personnes suicidaires dans le cadre d'une unité d'urgences psychiatriques d'un hôpital universitaire. Le suivi psychiatrique des tentatives de suicide constitue en effet une dimension prioritaire du programme de prévention. Ainsi, nous avons, d'une part, effectué des entretiens avec les soignants (médecins, infirmiers, assistants sociaux, psychologues) et les patients et, d'autre part, des observations ont été réalisées lors des colloques du service pendant lesquels l'équipe discute de manière approfondie des patients confrontés à des problématiques suicidaires⁵.

L'intérêt d'un tel terrain portant sur la prévention du suicide est né lors de l'évaluation d'une association active dans le domaine de la prévention du suicide des jeunes (Canevascini, Martarelli et Lettieri 2008). L'objectif était alors d'évaluer la place et le rôle de l'association dans le réseau de prévention du suicide de la région. L'association mandataire était en effet soucieuse d'avoir un regard extérieur sur ses activités et sur les liens tissés avec les partenaires de ce réseau. Nous sommes ici dans une situation où le travail de recherche répond aux intérêts du terrain, s'inscrivant par conséquent dans une posture engagée dans la prévention du suicide. Le choix d'aborder cette thématique dans un travail de thèse a reflété ce même engagement, percevant l'approche anthropologique comme un moyen pour enrichir et renforcer la prévention du suicide. Toutefois, par le biais d'une contextualisation socio-historique du suicide et de sa prévention, la définition d'une problématique de recherche a conduit notre réflexion à un détachement graduel vis-à-vis d'un possible engagement. Derrière le caractère intolérable du suicide et la nécessité morale de le prévenir, nous avons approfondi la dimension normative de la prévention (Aujard 2007; Gori et Del Volgo 2008), ainsi que la médicalisation qu'elle induit en raison de l'étroite association faite entre suicides et troubles psychiatriques (Volant 2006).

Le terrain de recherche fut d'abord investi d'une posture « neutre » vis-à-vis de l'engagement, sans toutefois exprimer, de manière ouverte, les réflexions critiques qui émergeaient au sujet de la problématique étudiée. Néanmoins, et au fil des rencontres, nos interlocuteurs⁶ ont exprimé à plusieurs reprises leur désir de connaître notre point de vue, celui de l'anthropologue. Par exemple, à la fin d'un entretien avec un représentant de la santé publique, celui-ci demande : « Quelle est votre hypothèse, alors? Pourquoi les gens se suicident? ». Aussi, au cours d'une discussion avec une personne travaillant dans une association de prévention du suicide, celle-ci dit se réjouir « d'avoir les résultats de la recherche pour avoir de nouvelles pistes pour prévenir le suicide ». Ou encore, au cours d'une discussion avec l'équipe de l'unité psychiatrique portant sur les causes de la dépression, un médecin nous

endeuillées par le suicide.

⁴ La formation à la crise suicidaire constitue l'un des 4 axes du programme de prévention des conduites suicidaires.

⁵ Cette partie du terrain a commencé en novembre 2008 et est toujours en cours.

⁶ Ces réflexions se réfèrent uniquement aux entretiens et aux observations effectués avec le personnel soignant, les responsables de la santé publique et les membres des associations actives dans la prévention du suicide.

interpelle directement : « on peut peut-être profiter de votre présence pour connaître votre avis sur la question? ». Ces demandes reflètent un intérêt et une curiosité vis-à-vis de la recherche et, de manière plus générale, des sciences sociales. Ces interrogations se situent également dans une demande d'échange de savoirs et de contre-don.

Puisque donner un avis d'expert sur la question contribue à créer des liens avec le terrain et semble être une condition importante pour pouvoir s'y intégrer au mieux, nous nous sommes interrogées sur la manière la plus adéquate de donner suite à ces demandes qui nous interpelaient. Ces questions portaient en effet sur des aspects – explication du suicide, de la dépression, comment mieux prévenir le suicide – qui ne constituent pas les buts de la recherche, mais plutôt ses objets. Comment gérer des attentes en termes d'expertise, alors qu'elles divergent des interrogations de la recherche? Bien souvent, il nous a semblé que les interlocuteurs percevaient l'anthropologue comme quelqu'un d'engagé qui souhaite, au travers de son étude, contribuer à mieux prévenir le suicide⁷. L'élaboration d'une posture critique remet pourtant momentanément en cause cet engagement : comment alors négocier les tensions existantes entre savoir critique et demande d'implication, lorsque l'on se trouve toujours dans la phase de terrain?

Sur le moment, nous avons opté pour répondre aux questions posées, en précisant les buts de la recherche, les interrogations, voire en citant la littérature socio-anthropologique sur ces questions. Néanmoins, nous avons décidé de porter une attention particulière à ces attentes et de les intégrer dans le processus de recherche lui-même, en construisant les grilles d'entretien sur un modèle d'« entretien-débat »⁸ afin de répondre en quelque sorte à l'invitation qui nous était faite de se positionner sur ces questions. Face aux professionnels, nous avons donc décidé de nous exprimer sur le sujet étudié, en clarifiant d'emblée la perspective critique de la recherche. Le but étant à la fois de répondre aux sollicitations des interlocuteurs, tout en évitant que ceux-ci cristallisent leurs attentes sur des éléments que l'étude ne pouvait pas satisfaire, par exemple une possible promotion des activités de prévention du suicide. Cette démarche s'insère dans une logique de contre-don, voire d'échanges réciproques au moment de l'entretien, tout en facilitant l'intégration dans le terrain de recherche.

Ultérieurement, l'incorporation des attentes du terrain par le biais des « entretiens-débats » a fini par opérer un deuxième virage au niveau de la posture théorique adoptée face au terrain de recherche. En effet, la confrontation des interlocuteurs aux réflexions critiques sur la prévention du suicide et la psychiatrie a complexifié l'analyse, permettant ainsi de comprendre la dimension critique comme faisant partie des discours et des pratiques des acteurs eux-mêmes.

⁷ Ceci est justifié en raison de l'engagement préalable de la chercheuse (souvent connu des interlocuteurs), ainsi que des intentions initiales de la recherche. À cela s'ajoute le constat que la nécessité de prévenir le suicide semble être un principe qui n'est pas remis en cause. En effet, lors des entretiens, la question « Pourquoi faut-il prévenir le suicide? » provoque souvent une réaction de surprise chez les interlocuteurs. Le fait d'effectuer une recherche n'ayant pas comme objectif premier celui de prévenir le suicide est parfois perçu de manière suspecte.

⁸ Des questions ont, par exemple, porté sur la prédominance des intervenants psychiatriques dans l'élaboration des programmes de prévention du suicide, sur la tendance comportementaliste des approches de prévention du suicide ou encore sur la tendance à privilégier les aspects liés à la psychopathologie (tout en négligeant les dimensions socioculturelles). Il s'agit ici d'explicitier et d'approfondir ce type d'entretien qui est probablement pratiqué couramment par les anthropologues.

À titre d'exemple, certains soignants confrontés aux critiques de psychiatrisation ou de médicalisation du suicide⁹ ont réagi en confirmant qu'il y a effectivement psychiatrisation de certaines problématiques sociales (chômage, question des personnes sans statut légal) ou d'événements « normaux » de la vie (deuil, ruptures amoureuses). À ce sujet, une infirmière nous dit :

Je pense que ça devient de plus en plus accepté [de consulter en psychiatrie], peut-être avec les mœurs, peut-être un peu trop. Maintenant, tout devient du ressort de la psychiatrie, tout est un problème à traiter en psychiatrie. [...] C'est vrai que parfois des gens expriment, souvent par téléphone, combien c'est difficile de consulter la psychiatrie, mais malheureusement il y a une masse, de l'ordre d'un phénomène de massification de la consultation en psychiatrie et on reçoit en consultation psychiatrique pour tout et pour rien.

En revanche, une grande partie des personnes ayant des problèmes psychiatriques lourds, très souvent à risque suicidaire, ne consulteraient pas suffisamment les services psychiatriques d'après nos interlocuteurs. On peut ainsi voir comment une certaine critique des professionnels par rapport à une surutilisation de la psychiatrie se couple à une perception des problématiques suicidaires comme relevant du champ psychiatrique.

Toujours en lien avec la question de la psychiatrisation du suicide, nous avons exprimé aux soignants interrogés notre perplexité concernant les hospitalisations en cas de risque suicidaire, considérées comme emblématiques de la psychiatrisation du suicide. La personne suicidaire est perçue comme quelqu'un de malade qui agit de manière irrationnelle et nécessitant un cadre psychiatrique pour être maîtrisé et soigné. Face à cette vision critique sur leur activité, les soignants interrogés ont apporté des nuances quant au recours aux hospitalisations d'office qui interviennent, selon eux, seulement dans des situations extrêmes. Ils ont pu également préciser qu'une grande importance est accordée au point de vue du patient et à sa responsabilisation face à sa détresse. Si une hospitalisation s'avère nécessaire, l'accord du patient est souhaité. Comme le dit un médecin :

C'est qu'en général, on aime bien responsabiliser le patient, on essaie de dire, bon, moi je vois ça. Est-ce que vous êtes d'accord? Oui, non? Pour moi, une solution serait l'hospitalisation, est-ce que vous êtes d'accord? ». Les soignants sont également attentifs à l'aspect « traumatisant » d'une hospitalisation en psychiatrie et aux réticences exprimées par les patients. Il y a des situations où les patients disent : « écoutez, d'accord. Je préfère venir ici [en ambulatoire] parce que si vous m'hospitalisez c'est clair que je vais me tuer à l'hôpital, ce sera la dernière des choses que vous pouvez me faire. Vous m'aidez pas du tout. Par contre, si je peux venir ici et voir quelqu'un, ça va peut-être m'aider. Sinon, c'est sûr, si vous m'hospitalisez, je vais le faire quand même à l'hôpital ». Pour beaucoup, c'est comme si le dernier stade qui peut leur arriver est d'être hospitalisé en psychiatrie.

On retrouve ici une attitude non autoritaire envers les patients, où la négociation et la persuasion ont pris la place de l'imposition.

Ces exemples montrent que la question de la psychiatrisation du suicide ne peut pas être considérée seulement comme une analyse « sur » le phénomène étudié – qui serait propre à l'analyse critique. Elle doit être davantage perçue comme partie intégrante du langage et de la pratique psychiatrique actuelle¹⁰. La compréhension de celle-ci ne peut en effet se

⁹ Par psychiatrisation du suicide, on entend la tendance actuelle à appréhender le suicide par le biais exclusif des paradigmes psychiatrique et médical.

¹⁰ Un autre élément intéressant est l'obligation morale de prévenir le suicide. Loin d'être une évidence, voire un devoir professionnel absolu, la prévention du suicide dans des situations de troubles mentaux graves est parfois largement questionnée (par les professionnels interrogés) quant à sa pertinence. Ceci remet en cause une vision simpliste de la psychiatrie dont le but

faire sans considérer l'impact qu'ont eu les réflexions critiques de type foucauldien sur la psychiatrie (Foucault 1961). En réaction à une psychiatrie fondée sur l'enfermement et la contrainte, la nouvelle réalité psychiatrique se caractérise par une mise en avant des notions d'autonomie et de responsabilité, ainsi que par une attention accrue aux besoins et au point de vue du patient (Velpry 2008)¹¹. Saisir cette proximité, c'est finalement dépasser une opposition entre savoir critique et réflexif (qui serait propre à l'anthropologue) et action impliquée (propre aux acteurs du terrain); opposition qui reste très présente, du moins implicitement, dans les analyses portées sur la psychiatrie (Ogien 1989).

Reconnaître la dimension critique inhérente à la psychiatrie permet ainsi d'instaurer une relation différente entre chercheurs et interlocuteurs, où le savoir critique développé peut être perçu comme pouvant enrichir et contribuer à la transformation du milieu étudié¹². En acceptant de donner notre avis sur la prévention du suicide et sur la prise en charge des personnes suicidaires, l'implication s'est jouée autour du type de regard posé par le chercheur sur les pratiques. On peut en définitive se demander si la curiosité des partenaires de terrain en début d'enquête peut réellement mener à un dialogue constructif et fertile entre l'anthropologie et le milieu psychiatrique¹³. En attendant les effets sur le long terme, cette démarche a pour l'instant amené les interlocuteurs à porter un regard plus réflexif sur leur propre pratique.

À quoi (nous) sert la recherche anthropologique?

Concernant les soins palliatifs¹⁴, nous avons intégré une équipe mobile spécialisée dans la prise en charge de patients atteints de maladies incurables dont la fin de vie est proche. Cette enquête ethnographique¹⁵ consistait à suivre les professionnels dans leurs activités quotidiennes (consultations des patients, discussions avec les professionnels des autres services de l'hôpital, colloques de transmission, réunions internes et externes, formations). Dans un milieu où la souffrance, le deuil et la mort sont omniprésents, l'immersion a impliqué un vécu émotionnel particulier :

serait de « sauver » à tout prix tout suicidaire, particulièrement dans des situations de maladies mentales.

¹¹ Ceci ne signifie pas que la psychiatrie, en intégrant dans sa pratique des réflexions critiques, n'a plus une fonction normative ou de domination, bien au contraire. Le changement provient plutôt de la manière dont le travail psychiatrique s'exerce et se justifie, permettant de passer d'un modèle de la relation patient-soignant de type paternaliste à un modèle de type délibératif (Emanuel, and Emanuel 1992). À l'imposition et à la contrainte (modèle paternaliste), on privilégie aujourd'hui l'autonomie du patient et son adhésion au dispositif psychiatrique (modèle délibératif).

¹² En ce sens, reconnaître cette proximité n'implique pas un désengagement du chercheur, comme c'est plutôt le cas de la sociologie pragmatique. Par ce biais, nous voulons plutôt réfléchir aux contributions que la dimension critique peut amener à la pratique des acteurs de terrain.

¹³ Pour une discussion sur les apports réciproques possibles entre psychiatrie et anthropologie, voir Kleinman (2001).

¹⁴ Recherche effectuée par Rose-Anna Foley.

¹⁵ L'activité de terrain a été réalisée dans le cadre d'un projet financé par le Fond National Suisse pour la Recherche n°100013-112411/1: « Médicalisation de la vie et gestion de la mort : l'émergence des soins palliatifs comme problématique socio-culturelle », sous la direction d'Ilario Rossi, avec François Kaech et Yannis Papadaniél. Ce projet a représenté le point de départ d'une thèse de doctorat sur la thématique des médicaments dans le contexte de la fin de vie.

l'expérience de pénétrer dans les coulisses de différents services de l'hôpital (de la chirurgie à la médecine interne, en passant par l'orthopédie et les soins intensifs) et d'entrer en contact avec des personnes fortement atteintes dans leur état de santé a suscité des émotions intenses et des tiraillements entre l'envie de sonder le vécu de l'autre et sa propre difficulté face à des situations de souffrance extrême, appelant parfois à des stratégies de préservation et d'évitement. Dans ce service, habitué à gérer ce genre d'émotions, un dispositif de verbalisation particulier a été mis en place consistant à inviter tout nouveau venu à raconter son vécu émotionnel. Cette pratique a fait partie des premières règles du jeu auxquelles nous avons dû nous soumettre¹⁶. Par ailleurs, considérant le chercheur davantage comme un professionnel pratiquant l'anthropologie de la santé que comme un observateur externe, les médecins, les infirmières et les autres intervenants du domaine (assistants sociaux, aumôniers, psychologues) ont d'emblée soulevé la question de l'utilité de la recherche anthropologique face à leur activité. Dans l'univers hospitalier où le travail est tourné vers des résultats et une certaine efficacité, ce genre d'attitude n'est pas étonnant. Il s'explique également par le fait que ces professionnels, appartenant eux-mêmes à un segment médical dénonçant les limites d'une médecine techniciste et déshumanisante, montrent un certain intérêt par rapport à ce que le travail de l'anthropologue pourrait amener en termes de réflexion. En tant que professionnels consultants avec une mission pédagogique, ces soignants sont pour la plupart ouverts à une certaine remise en question de la pratique et cherchent à l'intégrer dans leurs activités¹⁷. Faisant eux-mêmes de la recherche au sein de l'hôpital universitaire, plusieurs d'entre eux se sont intéressés à des travaux ethnographiques et considèrent la pertinence des démarches dites qualitatives. De plus, le principe d'interdisciplinarité étant d'une grande importance dans le milieu palliatif, notre statut d'anthropologue a souvent été accueilli comme « un point de vue en plus » venant s'ajouter aux compétences variées déjà existantes, telles que celles d'aumônier, de psychologue ou d'assistante sociale.

Face à une telle ouverture, nous avons éprouvé une certaine estime vis-à-vis de nos interlocuteurs tout en accordant une attention particulière à la question du savoir anthropologique comme moyen pour repenser les pratiques professionnelles. Or, si le projet ethnographique entre en résonance avec celui de ces praticiens réflexifs, l'anthropologue se doit d'interroger les enjeux à la base de leurs motivations : en se rendant auprès des services « curatifs », ces professionnels ont pour objectif de faire prendre conscience des possibles dérives de la médecine en proposant une démarche et un savoir palliatifs. Leur action, pouvant être qualifiée de militante (Castra 2007), propose une humanisation de la médecine grâce aux soins palliatifs, épousant de fait totalement le projet de promotion de ce nouveau domaine médical. Quant à la recherche qualitative face à laquelle ils montrent une certaine ouverture, elle leur permet de documenter et de légitimer la part relationnelle largement développée par cette médecine holiste encore faiblement institutionnalisée¹⁸. S'il est nécessaire que le chercheur introduise

¹⁶ Dans cet article, nous ne développerons pas davantage les aspects liés aux émotions du terrain (Ghasarian 2002; Kleinman, and Copp 1993) afin de privilégier la discussion sur la posture face aux activités des professionnels. Au sujet des implications éthiques de la recherche dans le domaine des soins palliatifs, voir Rossi et al. (2007; 2008).

¹⁷ Au sein de leur service, ils disposent de nombreux espaces de réflexion permettant de discuter de leur activité professionnelle ainsi que de l'expérience humaine liée aux soins de patients mourants (supervisions psychiatriques, groupes de travail réflexifs, discussions informelles entre collègues, notamment avec la psychologue et l'aumônier du service).

¹⁸ Par exemple, l'intérêt pour le vécu émotionnel des soignants a justifié le lancement d'une

ces éléments dans sa réflexion anthropologique tout en étant conscient de la potentielle utilisation de ses propos à des fins de promotion et de développement d'une discipline médicale, doit-il pour autant abandonner l'idée de susciter, grâce à sa démarche, une autocritique de la part des professionnels?

Au fur et à mesure de l'avancée du terrain, le dialogue sur l'apport de la démarche ethnographique s'est cristallisé autour des projets de recherche initiés par ce service. À maintes reprises, les membres du service nous ont interpellés comme expertes des questions qualitatives telles que discutées dans le domaine des sciences sociales¹⁹. Par exemple, une infirmière du service réalisant des entretiens avec des patients nous dit : « j'aimerais bien que tu regardes ces entretiens avec tes yeux d'anthropologue. Ça m'aidera à sortir de mes critères d'analyse plus infirmiers ».

Face à des demandes explicites venant des interlocuteurs de terrain, nous avons adopté une posture consistant à ne pas les considérer comme de simples informateurs et, d'une certaine manière, à intégrer leurs questionnements et leurs projets de recherche dans notre travail. Derrière ce que l'on peut considérer comme un écueil et le début d'une instrumentalisation de la démarche anthropologique, il semble que les préoccupations et les questions soulevées par ces professionnels ont davantage servi à identifier certains enjeux sous-jacents au milieu étudié. Ainsi, notre questionnement s'est construit autour des traitements médicamenteux dans le contexte de la fin de vie, qui représentent le fer de lance de la discipline palliative et le principal gage de sa scientificité biomédicale. La morphine et ses dérivés ou encore la sédation palliative sont toutefois sujets à controverses et une partie non négligeable de patients, leurs proches, ainsi que certains soignants expriment de fortes réticences face à leurs usages. Ce constat, contre lequel les professionnels se butent souvent, a représenté, dans une démarche inductive, le point de départ d'une réflexion critique portant sur l'objet médicament²⁰, tout en ayant pour second objectif d'apporter de nouveaux éclairages anthropologiques aux soignants.

Ne disposant pas d'unité avec des lits, la temporalité de cette équipe mobile est particulière : hormis les consultations cliniques, les colloques et les formations (reçues ou dispensées par ses membres), son activité est rythmée par des périodes plus ou moins longues réservées aux projets de recherche des professionnels. Le travail consacré à la recherche est alors apparu comme un moyen de se rendre utile et, après plus d'une année d'observation participante, nous avons entrepris une activité professionnelle sur des projets qualitatifs et quantitatifs initiés par ce service. L'une des recherches a

recherche qualitative et quantitative sur l'expérience et le vécu des médecins suisses face à la sédation palliative – recherche à laquelle nous participons à l'heure actuelle.

¹⁹ Ces échanges ont mis en évidence les différents critères de scientificité existants. Dans le domaine médical, les recherches de type hypothético-déductives basées sur la preuve prédominent. Les recherches qualitatives, quant à elles, sont souvent secondaires, encore peu pratiquées et plutôt réservées à la recherche infirmière.

²⁰ Dans la lignée des études anthropologiques portant sur le médicament, celui-ci est considéré, d'une part comme un analyseur des interactions d'intermédicalité (Greene 1998) entre différents segments de la médecine questionnant ainsi l'institutionnalisation des soins palliatifs. D'autre part, il donne accès au vécu des personnes atteintes de maladies incurables hospitalisées et à ce que leurs plaintes peuvent exprimer dans le contexte si particulier de la fin de vie. Pour sonder ce vécu, nous avons assisté à 50 consultations de patients et avons à ce jour mené 10 entretiens avec les proches de patients suivis par l'équipe mobile de soins palliatifs et décédés au moins une année avant la réalisation de l'entretien (afin de laisser s'écouler un laps de temps suffisant entre le décès et le récit de la maladie grave).

consisté à chiffrer la proportion de patients palliatifs pris en charge par cette équipe mobile qui sont décédés à l'hôpital. L'étude (qui est toujours en cours) a permis d'observer un recours limité aux services des spécialistes de la fin de vie dans cet hôpital, ainsi qu'un flou existant autour de la définition du patient palliatif. Si la réalisation de ce projet a d'abord permis de combler le manque d'activité dans le service, les éléments étudiés ont pu être intégrés dans un questionnement anthropologique plus large sur l'institutionnalisation des soins palliatifs (Foley *et al.* 2009) avant de restituer cette réflexion aux professionnels²¹. Ainsi, la question de l'utilité posée par les professionnels a graduellement évolué vers un projet professionnel faisant de plus en plus sens pour nous²².

Dans une certaine mesure, participer à ce genre de recherches va à l'encontre de la déontologie anthropologique prônant l'indépendance du chercheur et mettant en garde contre le risque d'instrumentalisation lorsqu'une enquête se fait au service d'un demandeur (Lahire 2004). Pour nous prémunir, nous avons opté pour rappeler régulièrement et de manière explicite que notre travail portait également sur leurs activités – et non pas seulement sur celles des services clients de l'hôpital. Nous avons veillé à ne pas perdre de vue le regard critique lié au statut de chercheur, ainsi que les éléments pertinents dans une perspective anthropologique n'intéressant pas forcément les professionnels de la santé.

Si la double casquette d'anthropologue-chercheur fait poindre le risque d'une trop grande assimilation au statut de professionnel de la santé, elle peut avoir des répercussions positives sur la collaboration au moment de l'enquête. Dans ce cas particulier, la prise en compte des préoccupations des soignants, le projet d'y apporter des réponses grâce à la réflexion anthropologique et la participation à des recherches communes, ont permis de tisser des liens d'une plus grande proximité et de gagner la confiance des interlocuteurs de terrain en tant que personnes ne travaillant plus uniquement « sur » eux, mais également « avec » eux. Alors que les implications et les intérêts varient, l'anthropologue et les professionnels de la santé se retrouvent autour d'une sorte de projet commun visant à donner davantage de place aux aspects humains dans la recherche effectuée à l'hôpital où la priorité est majoritairement donnée aux recherches de type *Evidence Based Medicine* (EBM).

Cette méthodologie particulière s'est développée au moment précis où l'activité de recherche qualitative se développait dans les murs du service²³. Si elle est motivée par un certain sentiment de dette vis-à-vis des interlocuteurs de terrain, cette démarche résulte d'une rencontre entre un contexte particulier et une sensibilité professionnelle voulant créer des échanges et des synergies entre professionnels de la santé et anthropologues. En ce sens, le savoir des soignants nous permet d'avoir une vision approfondie « de l'intérieur » du milieu étudié, alors que la réflexion

²¹ En ce qui concerne la question de l'institutionnalisation des soins palliatifs, nous nous sommes appuyées sur nos observations et sur une recherche menée dans le service portant sur le travail de consultance (Cantin, Stoesser et Lüthi 2008) et sur les stratégies relationnelles interprofessionnelles au sein de l'hôpital. 12 entretiens semi-directifs ont également été réalisés avec les professionnels de services « clients » de cette équipe mobile intra-hospitalière.

²² Comme c'est souvent le cas chez les jeunes chercheurs, l'expérience de terrain se mêle à des exigences professionnelles externes qui l'influencent.

²³ Au moment où nous l'avons intégré, le service était chapeauté par un chef de service très ouvert aux démarches qualitatives et soucieux de les développer. C'est d'ailleurs cette personne qui, en premier lieu, a ouvert les portes du service à notre équipe d'anthropologues.

anthropologique tâche d'aller plus loin ou, du moins, d'offrir un autre regard aux questionnements soulevés par les professionnels.

Discussion

Les deux expériences présentées soulèvent des problématiques similaires permettant de discuter la posture de l'anthropologue critique et son apport au terrain étudié. Dans les deux situations, la rencontre entre des chercheuses sensibles à la dimension impliquée de leur travail, d'une part, et des interlocuteurs de terrain présentant un certain intérêt et une ouverture quant au travail anthropologique, d'autre part, nous ont amenées à mettre en place des stratégies de dialogue avec nos partenaires de terrain. Dans le premier cas, ceci a pris la forme d'entretiens-débats alors que dans le second le dialogue s'est construit autour de questions de recherche communes. Dans quelle mesure ces démarches sont-elles révélatrices de notre posture et des liens que notre discipline entretient avec la question de ses apports au terrain?

En choisissant de prendre en compte les attentes de nos interlocuteurs de terrain, non seulement en tant que révélatrices de notre objet d'étude, mais également en tant que questions pertinentes auxquelles nous voulions répondre d'une manière cohérente, nous nous sommes laissées en partie « détourner » dans nos recherches de terrain. Notre démarche s'écarte-t-elle alors du projet anthropologique visant la connaissance objective et doit-elle être remise en cause quant à son indépendance scientifique et intellectuelle²⁴? Puisque c'est au travers de la démarche réflexive que l'anthropologie négocie son lien problématique avec l'objectivité (Geertz 1973; Ghasarian 2002; Lézé 2006), les échanges d'idées et la collaboration professionnelle avec nos informateurs trouvent leur pertinence du moment que l'on ne renonce pas à questionner (comme nous avons essayé de le faire ici), d'une manière réflexive et critique, les conditions et les enjeux de cette redéfinition. Néanmoins, afin de se prémunir contre l'utilisation de la démarche de réflexivité pour simplement dédouaner le chercheur de sa manière d'agir, celle-ci doit faire l'objet d'une réflexion continuellement rediscutée se situant tout au long du processus de recherche.

En discutant des difficultés liées à son intégration dans un hôpital lors d'une recherche sociologique sur l'anorexie, Darmon (2005) évoque une situation pouvant être mise en rapport avec les nôtres. La chercheuse, dont la présence avait été dans un premier temps acceptée au sein d'un service hospitalier, s'est vue proposer de participer à l'écriture d'un article (en collaboration avec le service) où elle aurait dû rédiger une partie sur le contexte socioculturel de l'anorexie. Celle-ci a finalement renoncé à la collaboration proposée, ce qui a poussé ses interlocuteurs à refuser la poursuite de son terrain au sein du service. Elle explique ainsi les raisons qui l'ont poussée à renoncer à l'écriture de l'article :

Je redoutais les conséquences de cette publication tant sur le maintien de mon autonomie sociologique (il me semblait que publier « avec » et non pas « sur » mon terrain pouvait avoir des effets sur la construction de mon point de vue, et ce d'autant

²⁴ On peut en effet se demander si, dans le contexte anglo-saxon au sein duquel les associations d'anthropologie appliquée sont bien instituées, cette question se poserait de la même manière. Autrement dit, est-ce la particularité de la discipline anthropologique française privilégiant le régime de la connaissance fondamentale (Lenclud 1995) qui nous pousse à poser ce genre de questions?

plus qu'on me demandait en l'occurrence de me couler dans une problématique d'origine médicale), que sur la poursuite du travail de terrain sur d'autres sites (Darmon 2005:106).

Bien que cette situation s'inscrive dans un contexte et une rencontre ethnographique particuliers, cet épisode permet d'illustrer, premièrement, l'importance de ce type de demandes dans l'intégration sur le terrain, mais aussi l'intérêt que le monde médical porte – bien que souvent de manière utilitariste – à nos approches disciplinaires. Deuxièmement, les tiraillements qu'évoque la chercheuse montrent comment, dans notre discipline, la collaboration avec les interlocuteurs de terrain est souvent vécue comme une menace pour l'autonomie du chercheur et non comme une démarche complémentaire, voire mutuellement enrichissante.

Ceci nous ramène à la question des risques encourus par le chercheur travaillant de trop près « avec » ses interlocuteurs. Le danger est qu'il ne parvienne plus à retrouver une distance critique pendant ou après l'expérience de terrain. Le fait de construire un discours commun avec les interlocuteurs représenterait alors une illusion, en raison des différences d'intérêts, de priorités et de logiques entre interlocuteurs de terrain et anthropologues.

Habituellement réservée au moment de la restitution en fin d'enquête, la diffusion du savoir anthropologique provoque souvent des réactions assez hostiles de la part des acteurs étudiés (Scheper-Hughes 1982). Ces conflits, considérés par Becker comme « irréconciliables » (Fassin 2008), renvoient aux intérêts divergents entre l'anthropologue et les informateurs de terrain, ainsi qu'aux rapports de pouvoir sous-tendant l'enquête. Le chercheur se trouve en effet dans une situation dominante, en produisant un savoir « sur » les autres (Augé 2006), d'autant plus que ce savoir est critique, remettant souvent en cause le dire et l'agir des acteurs. Sur le terrain, le chercheur vise à produire un savoir de type théorique, alors que l'ouverture des interlocuteurs à la recherche anthropologique se motive souvent (comme le démontrent les exemples illustrés ici) par l'idée que celle-ci peut contribuer de manière concrète à l'activité professionnelle exercée. Lorsque, au moment de la restitution, l'intention des chercheurs est dévoilée, la réaction hostile des interlocuteurs est souvent liée à un sentiment de trahison. Celui-ci se limite souvent à intégrer ces conflits à la réflexion anthropologique, ce qui peut refléter une sorte de désengagement et de désenchantement des chercheurs quant à la diffusion du savoir dans le milieu étudié, au profit du milieu universitaire. De fait, cette attitude renverrait à une difficulté de la discipline anthropologique à penser différemment les rapports de pouvoir entre enquêteurs et enquêtés.

Selon Walzer (1996), celui qui se livre à la critique sociale peut être entendu et donc agir sur la société du moment qu'il fait partie et qu'il partage les valeurs, les intentions et les préoccupations du milieu, tout en gardant une certaine distance à l'objet critiqué : ni au centre, ni en dehors, mais plutôt dans une position marginale. En ce sens, les échanges discursifs dans les terrains présentés ont la vocation de permettre à l'anthropologue d'occuper cette position marginale en lui offrant un rôle clé dans la diffusion du savoir critique au sein du milieu étudié. En définitive, tout savoir critique présuppose des valeurs éthiques et politiques, ainsi qu'une vision idéale implicite de la société (Corcuff 2004). S'intéresser à la réception et à ce que nos regards critiques peuvent amener à la situation étudiée peut être perçu comme une tentative de s'approcher de cet idéal, tout en étant conscients du caractère partiel de notre compréhension de la réalité humaine (Makaremi et Kalaora

2008).

L'échange d'idées que nous essayons de construire avec les interlocuteurs de terrain participe ainsi à une tentative de rapprochement entre la culture anthropologique et les cultures « psychiatrique » ou « palliative ». Le savoir des acteurs du terrain n'est plus seulement un objet d'étude, une « donnée », mais devient ainsi un savoir avec lequel dialoguer sur un plan plus égalitaire.

Conclusion

Les situations proposées dans cet article jouissent de terrains de recherche particuliers, très éloignés des conditions vécues par une grande partie de nos collègues : il y a des lieux où la critique est plus facilement écartée, supprimée, niée. Parfois, celle-ci prend la forme d'une dénonciation de la part du chercheur, où une certaine incompatibilité entre le savoir anthropologique et le savoir des sujets étudiés rend le dialogue impossible. Sur nos terrains d'étude, les approches réflexive et critique font déjà partie de la démarche des acteurs étudiés, rapprochant ainsi davantage les deux postures et facilitant le dialogue. Néanmoins, puisque la rencontre ethnographique demeure une sorte de pari, l'évolution de ces échanges sera à évaluer sur le long terme. Enfin, notre réflexion s'ancre dans une conception des espaces sociaux (ici le domaine de la recherche et celui de la médecine) comme étant interconnectés et en constante transformation. Les attentes et les questionnements des interlocuteurs de terrains sur la recherche anthropologique constituent en soi une richesse dans la mesure où ils obligent le chercheur à replacer son savoir et sa pratique au cœur de la réalité sociale à laquelle, bon gré mal gré, il participe.

Références

- Agier, Michel, dir.
1997 *Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain*. Paris: Jean-Michel Place.
- Albert, Bruce
1995 *Anthropologie appliquée ou « anthropologie impliquée »*. In *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*. Jean-François Baré, dir. Pp. 87-118. Paris: Karthala.
- Armbruster, Heidi, and Anna Laerke
2008 *Taking Sides. Ethics, Politics and Fieldwork in Anthropology*. New York: Berghahn Books.
- Augé, Marc
2006 *Le métier d'anthropologue : sens et liberté*. Paris: Galilée.
- Aujard, Marie-France
2007 *La suicidologie, outil de gestion du comportement*. *Recherches sociographiques* 48(3):161-174.
- Benoist, Jean et Alice Desclaux
1996 *Pour une anthropologie impliquée*. In *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*. Jean Benoist et Alice Desclaux, dir. Pp. 363-373. Paris: Karthala.
- Bensa, Alban
2008 *Remarques sur les politiques de l'intersubjectivité*. In *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*. Didier Fassin et Alban Bensa, dir. Pp. 323-328. Paris: La Découverte.
- Bouillon, Florence, Marion Frésia et Virginie Tallio, dir.
2005 *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris: Centre d'études africaines / École des hautes études en sciences sociales.
- Canevascini, Michela, Corinna Martarelli et Katia Lettieri
2008 *Évaluation d'une association régionale de prévention du suicide en Suisse*. *Santé Publique* 20(3):275-284.
- Cantin, Boris, Katrin Stoesser et Fabienne Teike Lüthi
2008 *La consultance ou les coulisses d'une pratique de soins*. *Revue Médicale Suisse* 4(180):2542-2544.
- Castra, Michel
2007 *Les équipes mobiles de soins palliatifs, entre expertise et « entreprise morale »*. *Revue Sociologie Santé* 27:52-66.
- Corcuff, Philippe
2004 *Sociologie et engagement : nouvelles pistes épistémologiques dans l'après-1995*. In *À quoi sert la sociologie?* Bernard Lahire, dir. Pp. 175-194. Paris: La Découverte.
- Darmon, Muriel
2005 *Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain*. *Genèses* 58:98-112.
- D'Halluin, Estelle

- 2005 Vaincre la suspicion, entrer dans une intimité douloureuse : une intenable extériorité. *In* Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie. Florence Bouillon, Marion Frésia et Virginie Tallio, dir. Pp. 55-74. Paris: Centre d'études africaines / École des hautes études en sciences sociales.
- Elias, Norbert
1983 Engagement et distanciation : contributions à la sociologie de la connaissance. Michèle Hulin, trad. Paris: Fayard.
- Emanuel, Ezekiel J., and Linda L. Emanuel
1992 Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 267(16):2221-2226.
- Fainzang, Sylvie
2005 L'anthropologie médicale en France. *In* Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux. Francine Saillant et Serge Genest, dir. Pp. 155-173. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Fassin, Didier
1998 L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales en Afrique. *In* Vivre et penser le sida en Afrique. Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo et Moriba Touré, dir. Pp. 41-66. Paris: Codesria, Karthala & IRD.
2008 Répondre de sa recherche. L'anthropologie face à ses « autres ». *In* Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques. Didier Fassin et Alban Bensa, dir. Pp. 299-320. Paris: La Découverte.
- Foley, Rose-Anna, Yannis Papadaniel, François Kaech et Ilario Rossi
2009 From Curative to Palliative Care: Daily Hospital Interactions around Incurability and End of Life Care as Enlighteners of Confronting and Renewed Medical Realities. *In* Medical Anthropology, Health Care Systems and the Client Society – Investigating Interactions of Practice, Power and Science. Sandbjerg (à paraître).
- Foucault, Michel
1961 Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon.
- Geertz, Clifford
1973 The Interpretation of Cultures: Selected Essays. New York: Basic Books.
- Ghasarian, Christian, dir.
2002 De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux. Paris: Armand Colin.
- Gori, Roland et Marie-José Del Volgo
2008 Exilés de l'intime : la médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique. Paris: Denoël.
- Greene, Shane
1998 The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in the Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* 25(44):634-658.
- Kleinman, Arthur
2001 Why Psychiatry and Cultural Anthropology Still Need Each Other. *Psychiatry* 64(1):14-16.

- Kleinman, Sherryl, and Martha A. Copp
1993 *Emotions and Fieldwork*. Newbury Park / London: Sage Publications.
- Lahire, Bernard, dir.
2004 *À quoi sert la sociologie?* Paris: La Découverte.
- Lenclud, Gérard
1995 La question de l'application dans la tradition anthropologique française. *In Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*. Jean-François Baré, dir. Pp. 65-84. Paris: Karthala.
- Lézé, Samuel
2006 *Réflexivité*. *In Abécédaire de Pierre Bourdieu*. Jean-Philippe Cazier, dir. Pp. 159-161. Paris: Sils Maria.
- Makaremi, Chowra
2008 Participer en observant. Étudier et assister les étrangers aux frontières. *In Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*. Didier Fassin et Alban Bensa, dir. Pp. 165-183. Paris: La Découverte.
- Makaremi, Chowra et Léa Kalaora
2008 Introduction : Penser l'engagement. *Altérités* 5(2):5-12.
- Ogien, Albert
1989 *Le raisonnement psychiatrique : essai de sociologie analytique*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Pirinoli, Christine
2004 L'anthropologie palestinienne entre science et politique : L'impossible neutralité du chercheur. *Anthropologie et Sociétés* 28(3): 165-185.
- Pouchelle, Marie-Christine
2002 Pour une histoire et une anthropologie des effets iatrogènes du « combat » contre la maladie. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 34(1):35-50.
- Rossi, Ilario, Yannis Papadaniel, François Kaech et Rose-Anna Foley
2007 Les figures multiples de l'éthique : La mort entre médecine et société. *Tsantsa* 12:136-141.
- Rossi, Ilario, François Kaech, Rose-Anna Foley et Yannis Papadaniel
2008 L'éthique à l'épreuve d'une enquête anthropologique en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution. *Ethnographiques.org* 17. Document électronique, <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al.html>, consulté le 16 septembre 2009.
- Service de santé publique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Fondation de Nant
2008 Politique de santé mentale. Plan d'actions 2007-2012. Document électronique, http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT-081110.pdf, consulté le 16 septembre 2009.
- Scheper-Hughes, Nancy
1982 *Saints, Scholars, and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*. Berkeley: University of California Press.
- Velpry, Livia
2008 *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand

Colin.

Vidal, Laurent

1997 Méthode et éthique : l'anthropologie et la recherche confrontées au sida. *In* Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain. Michel Agier, dir. Pp. 31-38. Paris: Jean-Michel Place.

Volant, Eric

2006 Culture et mort volontaire : le suicide à travers les pays et les âges. Montréal: Liber.

Walzer, Michael

1996 La critique sociale au XX^e siècle : solitude et solidarité. Paris: Métailié.

Whiteford, Linda M., and Linda A. Bennett

2005 Applied Anthropology and Health and Medicine. *In* Applied Anthropology. Domains of Application. Satish Kedia and John Van Willigen, eds. Westport: Greenwood Press.

Résumé/Abstract

Cet article présente les implications particulières de deux expériences de terrain faisant émerger la problématique des apports et de l'utilité de l'anthropologie dans le domaine de la santé. Face aux attentes fortes des interlocuteurs de terrain (demandes d'expertise anthropologique dans le domaine de la prévention du suicide et dans celui de la recherche en soins palliatifs), les chercheuses se sont laissées en partie « détourner » en ne travaillant plus seulement « sur », mais « avec » leurs interlocuteurs. Tout en prenant en compte les risques d'instrumentalisation par le domaine médical, la réflexivité du chercheur face à son implication sur le terrain est considérée comme un outil indispensable pour préserver sa distance critique. Par ailleurs, ces expériences de terrain sont l'occasion de réfléchir à la possibilité de créer des échanges discursifs avec les interlocuteurs du terrain et de favoriser ainsi le changement social depuis l'intérieur.

Mots clés : Anthropologie impliquée, réflexivité, apports de l'anthropologie, prévention du suicide, soins palliatifs

The aim of this paper is to describe the particular implications of two different fieldwork experiences that bring to the foreground the contribution and usefulness of anthropology in the health domain. Because of strong expectations from field interlocutors (anthropological expertises related to suicide prevention and palliative care), the authors adjusted their approach by no longer working only "on" but also "with" actors. With the risk of being exploited by the medical sphere, the researchers' reflexivity concerning their implication in the field becomes an essential tool for preserving their critical distance. Furthermore, these field experiences offer an opportunity to consider the possibility of creating discursive exchanges with fieldwork interlocutors and promoting social change from the inside.

Keywords: Anthropological advocacy, reflexivity, anthropological usefulness, suicide prevention, palliative care

*Michela Canevascini
Doctorante*

*Faculté des sciences sociales et politiques
Université de Lausanne
Michela.Canevascini@unil.ch*

et

*Rose-Anna Foley
Doctorante*

*Faculté des sciences sociales et politiques
Université de Lausanne
Rose-Anna.Foley@unil.ch*



Des procès en chair et en songe. Sainteté et exorcisme à Bouya Omar et Sidi Chamharouch (Maroc)¹

Céline Aufauvre²
Centre Jacques Berque /
Laboratoire d'ethnologie et
de sociologie comparative,
Université Paris X - Nanterre

Au Maroc, il existe des terres saintes qui forment de véritables espaces marginaux sur les plans à la fois spatiaux, sociaux et cosmiques. Le saint Bouya Omar et le *jinn* (génie/esprit) Sidi Chamharouch sont les figures éponymes de deux territoires de la *baraka*³ dans lesquels vivent des communautés plus ou moins isolées, au sein desquelles se retrouvent des individus socialement exclus – notamment des alcooliques, des toxicomanes et des possédés. La possession, c'est-à-dire l'emprise d'un ou de plusieurs *jnoun* (génies/esprits) sur une personne, est considérée par les personnes concernées comme une situation à l'origine de l'infortune et de différents états pathologiques – des troubles physiques et psychiques – souvent accompagnés de situations de ruptures et de conflits familiaux. Bouya Omar et Sidi Chamharouch sont géographiquement distants, mais certains possédés les fréquentent tour à tour. Ces territoires, liés par la parenté des

¹ Cet article est le développement et la continuité d'une communication présentée à l'occasion du colloque « Figures et substituts de la sainteté : manipulation d'objets et pratiques rituelles » organisé par Raymond Jamous et Antoinette Molinié en septembre 2006 au Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie comparative (LESC/CNRS) de Paris-X-Nanterre. Nous les remercions d'avoir initié cette réflexion dont le présent article porte les fruits.

² L'auteure est doctorante anthropologie au Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative de Paris X-Nanterre (UMR 7186 du CNRS) et au Centre Jacques Berque de Rabat (UMS 3136). Cette recherche, portant plus largement sur « Les systèmes de soin, le traitement et la perception des souffrances psychiques au Maroc », a été financée par une bourse Lavoisier et par le Centre Jacques Berque.

³ La notion de *baraka* est un fait social complexe et ambivalent. Elle désigne le pouvoir d'accomplir des miracles – la force thaumaturgique dans les cas présentés –, mais également un pouvoir négatif, nocif – voire destructeur. La *baraka* des saints est susceptible d'apporter à la fois bénédiction et châtement. À ce sujet voir notamment Jamous (1995), Simenel (2007) et Rhani (2008, 2009)

charismes attribués aux figures au centre des cultes réputées de façon similaire pour leurs pouvoirs d'exorcisme font partie d'un même circuit thérapeutique et sotériologique. Celui de Bouya Omar, exclusivement réservé à l'exorcisme et à la rétention des déviances, rappelle les lieux d'enfermement de la folie décrits par Foucault (1972). Sidi Chamharouch fait à la fois l'objet de pratiques d'exorcisme et d'un important culte adoriste. Ces deux espaces se rapprochent du mâristân et de l'asile à ciel ouvert, tant au niveau de leur structure que par les caractéristiques de la population déshéritée qui y réside. Les personnes regroupées là échappent aux normes et aux convenances sociales. Leurs transgressions, voulues ou non, sont ici destinées à être traitées, ou plus exactement redressées, gommées, supprimées au moyen d'un processus rituel particulier, celui de l'exorcisme. Ce dernier passe par une relation étroite et particulière avec les saints patrons des lieux qui implique, outre la foi en leurs charismes, la manipulation d'objets qui les représentent ou plus exactement s'y substituent⁴.

Du point de vue des dévots⁵ du saint décédé Bouya Omar et du *jinn* Sidi Chamharouch, le rétablissement des désordres physiques, psychiques et sociaux dépend d'un long processus d'exorcisme qui sous-tend une action par, sur et dans l'univers cosmique des saints et des *jnoun*. Plus précisément, la guérison et le salut sont compris comme le résultat d'un « procès judiciaire » instruit par des saints qui arbitrent les litiges entre des malades et des *jnoun* accusés de leur nuire. Les étapes des « procès » se manifestent au cours des rites et dans les rêves, soit à deux moments spécifiques du travail et de la mise en forme du symbole qui se complètent, se répondent et se nourrissent l'un l'autre. La rhétorique de la justice et de l'univers carcéral et autoritaire s'exprime et se vit au cours des pratiques rituelles d'exorcisme. Cette sémantique transparaît également dans les récits et les descriptions des images oniriques faites par les possédés lorsqu'ils se remémorent leurs rêves, des récits que nous avons recueillis à l'occasion de plusieurs recherches de « terrain » depuis 2005. Les pratiques et le rapport réflexif aux images des rêves conduisent à une appropriation des figures symboliques d'une autorité contraignante face à laquelle s'expriment alternativement la rébellion et la soumission. Les pratiques rituelles et les rêves, réitérés et mis en écho sur une longue période, contribuent à définir puis à remodeler les relations entre les différentes figures évoquées et au-delà, entre des communautés exclues et stigmatisées et le reste de la société.

⁴ Nous retenons la définition de la notion de substitut proposée par Galinier et Jamous : « Les substituts permettent d'établir un pont, un passage, une continuité entre le corps et le monde et rend possible soit des stratégies de contrôle de la nature, soit des relations des hommes avec des autorités ancestrales ou surnaturelles » (1996: 6).

⁵ Tous les habitants du village asilaire ne sont pas des dévots du saint. En effet, près de ce sanctuaire, une partie de la communauté est soumise à un « traitement » par la force et la violence. Depuis les années 1980, des toxicomanes sont conduits de force près du sanctuaire de Bouya Omar en « cures de désintoxication ». Maintenus contre leur gré par des chaînes dans des bâtiments réservés, ils ne fréquentent pas le sanctuaire et n'adhèrent pas au système local de croyances. Ils vivent une séquestration d'une rare violence. La pratique de l'enchaînement des malades à Bouya Omar a été dénoncée à plusieurs reprises par l'Association marocaine des droits de l'homme (AMDH). Depuis une dizaine d'années, la presse progressiste marocaine (*Telquel* et *Le Journal Hebdomadaire* notamment) traite régulièrement du sujet. En octobre 2008, il a fait l'objet d'une importante médiatisation suite à un reportage diffusé sur la chaîne nationale *Al Oula* et a également eu des retentissements politiques puisqu'il a abouti à un débat parlementaire entre la ministre de la Santé Yasmina Baddou et un député du PJD (Parti Justice et Développement) (Alif 2009). Le présent article portant sur la singularité des relations nouées avec les personnages au centre des lieux de culte et au-delà sur l'« efficacité symbolique » du processus, le cas des toxicomanes enchaînés et d'une façon générale des personnes maintenues de force dans les lieux et qui n'adhèrent pas au système de croyance local ne sera pas abordé ici mais fera ultérieurement l'objet d'articles spécifiques.

L'imaginaire de la sainteté, des *jnoun*, de la maladie est un imaginaire vécu intensément dans les espaces liminaux évoqués. Or, les expressions de cet imaginaire sont saturées par des éléments empruntés à la fois au réel et à la contemporanéité et leur lecture apporte un éclairage autant sur les problématiques individuelles des possédés que sur celles de la société marocaine.



La *qubba* du sanctuaire de Bouya Omar⁶.



Au premier plan : la grotte de Sidi Chamharouch.
Au second plan : habitations réservées aux pèlerins⁷.

Bouya Omar et Sidi Chamharouch. Deux figures saintes / un circuit

L'analyse conjointe et concourante du culte d'un saint (Bouya Omar) et d'un

⁶ Cliché : Céline Aufauvre 2007.

⁷ Cliché : Céline Aufauvre 2007.

jinn (Sidi Chamharouch) peut susciter l'étonnement, tant les études sur la sainteté et le maraboutisme au Maroc se sont attachées à définir, à circonscrire et à subdiviser ces deux catégories. Westermarck (1935) consacre un chapitre aux *djinn*⁸, un autre à la « sainteté », établissant d'emblée une distinction entre les deux catégories. En réalité, il s'attache à nuancer cette opposition en étayant le titre de son ouvrage *Survivances païennes dans la civilisation mahométane*. En analysant parallèlement les relations des possédés au saint Bouya Omar et au *jinn* Sidi Chamharouch, nous ne prétendons pas mettre en évidence des phénomènes syncrétiques et encore moins dégager des « survivances ». Du point de vue de la théorie de la guérison partagée par les possédés, le recours aux figures thaumaturgiques évoquées est complémentaire. Les deux lieux de culte sont emboîtés et font partie d'un même circuit. Les acteurs rencontrés sont loin de confondre les *jnoun*, « génies » tantôt bons, tantôt mauvais, des saints, hommes ayant accompli des actions extraordinaires de leur vivant et dont la *baraka* est encore active après leur mort. Mais puisque l'organisation sociale des *jnoun* est décrite comme semblable à celle des humains, il n'y a rien de contradictoire à ce que certains de ces « génies » puissent accéder au statut de saint. Les dévots de Sidi Chamharouch le considèrent comme un *jinn*-saint comme en témoignent les vocables *sayyed* (maître), *wali* (saint), *saleh* (vertueux et pieux) utilisés pour le désigner.⁹ Certes, la morphologie de leurs lieux de culte est différente. Le tombeau de Bouya Omar se situe dans un mausolée, au milieu d'un cimetière. Le *maqam* (lieu/emplacement) de Sidi Chamharouch, dans une grotte. Pourtant, les relations des possédés à ces éléments (le tombeau et le *maqam*) ainsi que l'importance des rêves sont semblables dans les deux endroits. Plus encore, comme nous le verrons, la symbolique des images oniriques signifiant leur présence est similaire. Pour ces raisons, nous nous autorisons à faire une description et une analyse simultanée du culte de ces deux personnages.

Plusieurs études – Dermenghem (1954), Dakhli (1993), Kerrou (1998) Rachik (1998) notamment – recensent différents itinéraires vers l'accession à la sainteté et distinguent, définissent et hiérarchisent plusieurs catégories de saints. Les *Chioukh*, chefs spirituels et politiques à la tête de confréries, voire fondateurs de dynasties, présentent des particularités biographiques bien différentes des *mejdoub*, mystiques errants tel Sidī Abd-er-Rahman El-Mejdūb dont De Premare (1985) a retracé le parcours. Ils sont pourtant tous deux marqués du label de la sainteté. Comme l'écrit Kerrou, « l'anthropologie des saints hommes témoigne [...] de la plasticité des figures et des formes pieuses. [...] [Et.] Le dynamisme de la sainteté tire son origine de sa capacité à épouser les formes les plus diverses, voire apparemment contradictoires » (1998:32). Lorsque l'on porte son regard sur les pratiques rituelles et sur les relations entre les adeptes et le sujet de leur dévotion dans les lieux de culte, l'ancrage historique et les particularités biographiques des figures saintes, illustres ou non, restent en arrière-plan. Dans cette perspective, les existences de Bouya Omar et de Sidi Chamharouch prennent forme par leur inscription dans des espaces marginaux ainsi que par la « relation » que les dévots instaurent avec eux lors des rites et des rêves. Les rites et la symbolique des rêves sont en correspondance avec les récits hagiographiques transmis par les officiants religieux (des *chorfas*, c'est-à-dire des « héritiers du pouvoir de

⁸ La *darja*, dialecte marocain, n'ayant pas de codification officielle, sa transcription présente des variations. Nous transcrivons par *jinn* (sing.)/ *jnoun* (plur.) le terme que Westermarck transcrit par « *djinn* ».

⁹ Pour une analyse détaillée des vocables associés à la notion de sainteté, voir notamment Dermenghem (1954), Jamous (1994) et plus récemment Rhani (2009)

leur ancêtre Bouya Omar » / des *mejdoub*, « mystiques errants » à Sidi Chamharouch) présents dans les lieux. Leurs narrations de la geste et des miracles des saints, par ailleurs reprises et commentées dans maintes situations par les pensionnaires des lieux, contribuent à l'élaboration du sens des souffrances, véhiculent les conceptions singulières du salut et de la guérison à partir desquelles les pratiques prennent chair. Elles donnent aussi indirectement la clé des songes.

Topographie des territoires / sanctuaires

Bien que Bouya Omar soit situé dans une temporalité historique (celle d'un saint ayant vécu au XVII^e siècle) et généalogique (une affiliation au prophète Mohammed par sa fille Fatima et son gendre Ali), son nom fait avant tout référence à un lieu. Le langage opère un glissement du nom propre vers l'espace qui souligne combien l'existence des figures saintes s'inscrit dans le territoire¹⁰. On entend dire « je vais à Bouya Omar », « je suis à Sidi Chamharouch », énoncés qui font référence à des lieux isolés en marge de la société, des espaces de liminalité par excellence.

Se rendre à Bouya Omar signifie se déplacer à 80 kilomètres au nord-est de Marrakech dans la province de Kalaa des Sraghna¹¹ en passant par la ville de l'Attaouia à quelques kilomètres de laquelle le terme du trajet coïncide à la fois avec la fin d'un tronçon de route goudronné dans les années 1980 et un passage surplombant un canal d'irrigation (*saguia*). « Être à Sidi Chamharouch », c'est se rendre vers le Haut-Atlas en faisant escale à Imlil; être parti de ce village, à pied ou à dos de mule, sur un sentier raide et escarpé qui mène au mont Toubkal, avoir aperçu après deux heures de trajet environ et à 2 700 mètres d'altitude, un rocher volumineux peint en blanc et traversé un petit pont enjambant un ruisseau pour s'en approcher.

Pour une personne de Casablanca ou de Tanger par exemple, un trajet vers Bouya Omar ou Sidi Chamharouch équivaut à un déplacement géographique important qui, en général, implique l'emprunt successif de différents moyens de transport ainsi qu'une dépense financière conséquente. C'est aussi le début d'un long voyage qui s'accompagne de la peur de ne pas savoir quand aura lieu le moment du retour. Car il ne faut pas se leurrer : il ne s'agit pas d'un pèlerinage classique, mais d'un départ en retraite/réclusion dont la durée n'est pas définie par avance et dépend de ce que « diront » les rêves. Il n'est pas rare que les pèlerins, percevant en rêve une injonction du saint à rester sur son territoire, se sédentarisent sur les lieux et finissent par devenir des *khuddâm*¹² (serviteurs) des saints.

Difficiles d'accès, les destinations présentées sont des espaces isolés situés à l'écart des villes, dans une zone rurale retirée en périphérie de Marrakech pour Bouya Omar, dans la montagne en altitude sur l'un des versants du *jebel Toubkal*, le plus haut sommet du pays, pour Sidi Chamharouch.

Ces espaces liminaux sont réputés pour leur *baraka*, leur caractère « béni ».

¹⁰ Voir Dermenghem (1954), Gellner (1969, 2003) et Simenel (2007).

¹¹ Voir figure 1 : Localisation des sanctuaires.

¹² Le terme *Khidma* dont dérive le terme *khuddâm* renvoie à l'idée de « service ». Les pensionnaires résidant depuis une longue période dans les lieux participent notamment aux pratiques sacrificielles, au nettoyage des lieux de culte, à l'accueil et à la prise en charge des nouveaux arrivants, de même qu'à la transmission de la geste des personnages saints.

La *baraka* des figures présentées se matérialise dans le paysage. Le tombeau de Bouya Omar et la grotte de Sidi Chamharouch se situent au centre des surfaces bénies et tout se passe comme si la *baraka* émanant de ces édifices s'était répandue sur les terres environnantes, comme l'encre d'une plume s'étale sur un buvard. Ces périmètres « bénis », dont les édifices centraux sont aussi les centres d'une effervescence rituelle, sont circonscrits par des limites matérialisées par des marques naturelles. Le territoire de Bouya Omar est délimité à l'ouest par l'*oued Tassaout* (rivière Tassaout) et à l'est par une *saguia* (canal d'irrigation) qui en dérive. Sidi Chamharouch est encastré entre des ruisseaux et des cascades qui dévalent de part et d'autre d'une vallée encaissée. Tout ce qui se situe dans le périmètre circonscrit par le tracé circulaire des cours d'eau et par des bornes marquées par des arbres et des rochers, est considéré comme un domaine investi par la *baraka*¹³. Entre les rives des cours d'eau, les terres abritent des lieux de culte : un sanctuaire surplombé d'une coupole blanchie à la chaux sous laquelle trône le tombeau du saint Bouya Omar et un rocher peint en blanc dédié au roi des *jnoun*¹⁴, Sidi Chamharouch. Autour de ces deux édifices, de petites chambres louées par les gestionnaires des lieux sont proposées.

À Bouya Omar, les infrastructures d'accueil des pensionnaires (possédés, malades, toxicomanes) et des visiteurs (familles des malades, pèlerins) prennent aujourd'hui la forme d'un *douar* (communauté territoriale et résidentielle) tant les maisons d'hébergement et les commerces se sont multipliés à mesure que la renommée du saint a pris de l'ampleur, depuis les années 1960. Le *douar* vit presque exclusivement du commerce de la sainteté et du tourisme thérapeutique. En cela, son organisation diffère de celle des *douars* de *fellaha* (agriculteurs) environnants. Tandis que ces derniers sont composés de fractions tribales dont l'activité principale est la culture des oliviers, le village de Bouya Omar est dirigé par des *chorfas*, des descendants du saint qui vivent de l'économie de la structure et officient certains cultes près du sanctuaire. Ce dernier est administré selon un système de location à un gérant unique. Le bail est renouvelé annuellement lors d'une vente aux enchères dont les bénéfices sont partagés entre les différents *douars* des tribus de *chorfas* qui descendent du saint. Les bénéfices du culte (les offrandes de bougies, de sucre, d'animaux, d'argent/ la viande des sacrifices/le montant de la location des lieux d'hébergement) reviennent ensuite au gérant (Naamouni 1995). Cette économie profite également à un ensemble d'acteurs qui se partage les miettes des bénéfices.

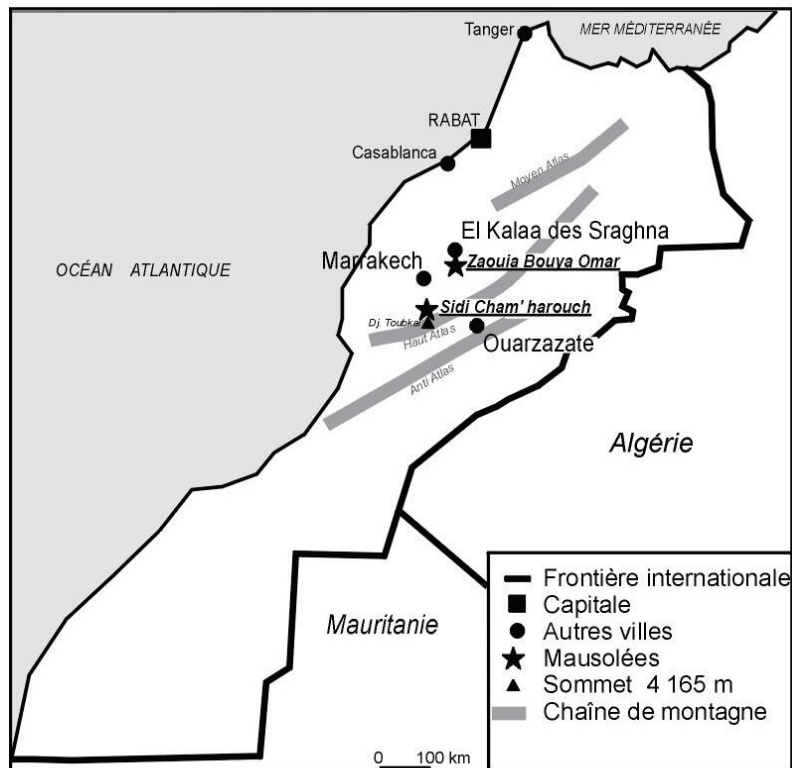
Différemment, l'organisation de Sidi Chamharouch fonctionne selon une gestion alternée entre trois fractions de tribus qui, à tour de rôle (système de la *nouba*), tirent profit des bénéfices économiques (argent, offrandes) (Rachik 1992).

Partir à Bouya Omar ou à Sidi Chamharouch implique donc de quitter son espace familial habituel pour parcourir un long itinéraire géographique et se retirer dans un endroit isolé aux confins des espaces régis par les normes sociales usuelles. En effet, si ces étendues de terre placées entre deux rives représentent des marges spatiales imprégnées de *baraka*, les cours d'eau

¹³ Pour une plus ample définition des notions de sainteté et de *baraka* voir Chelhod (1964), Dermenghem (1954) et Jamous (1995). Pour une discussion récente de ces notions voir Rhani (2008, 2009).

¹⁴ L'univers des *jnoun* est gouverné par sept rois symbolisés par différentes couleurs, notamment par la confrérie des *gnawa* (Chlyeh 1998). Sidi Chamharouch, symbolisé par la couleur blanche, est situé au sommet hiérarchique puisqu'il est présenté comme le roi des sept rois des *jnoun*.

marquent également les frontières d'une marge sociale et circonscrivent un espace liminal qui contient et retient des transgressions ailleurs gênantes et mal tolérées.



Réalisation : K.Bennafia ; C. Aufauvre.

Figure 1 : Localisation des sanctuaires.



Bouya Omar : Les frontières du village asilaire¹⁵.

¹⁵ Cliché : Céline Aufauvre 2009.

Les communautés isolées de possédés transgressifs

Dans ces lieux, le sens de la notion de transgression est vaste et pluriel. Elle englobe un ensemble d'états, de situations, de comportements qui s'écartent des normes et s'échappent de la normalité. En effet, les raisons de la venue (volontaire ou contrainte) vers les lieux de culte sont diverses : situations conjugales non désirées (célibat, divorce), perturbations physiques ou psychiques (paralysies, hémiplegies, épilepsies, dépressions), toxicomanie, alcoolisme. Ceux qui quittent leur environnement familial avec l'espoir de rétablir un équilibre perdu dans les espaces retranchés évoqués viennent de toutes les régions du Maroc, voire d'au-delà des frontières nationales. Mais la diversité des origines géographiques et socio-économiques¹⁶ s'efface derrière les similitudes du déracinement familial et des souffrances vécues. Dans ces communautés recomposées au gré des arrivées et des départs réguliers, les marques ailleurs marginalisantes des pathologies deviennent normalité. En ces lieux, les souffrances s'expriment librement et de diverses façons. Elles transparaissent de manière évidente à travers les regards, les visages et les corps meurtris de certains. Elles se lisent entre les rides précoces et les traits tirés, dans les regards absents et anxieux, se devinent à la vue de figures blêmes et crispées. À l'entrée des lieux de culte où des mendiants demandent la *sadaqa* (aumône), il n'est pas rare de croiser des boiteux dont le déplacement malaisé s'accompagne de traînées de poussière sombres, des bègues qui s'expriment au moyen de gestes rapides et saccadés ainsi que des personnes enchaînées¹⁷ aux pieds et aux poings. L'expression de la souffrance se manifeste également par des plaintes et des hurlements rauques ou stridents qui s'échappent régulièrement des fenêtres entrouvertes de quelques chambres.

La nature des transgressions des pensionnaires est multiple. En revanche, leur étiologie fait référence de façon homogène à une attaque par des *jnoun* avant tout définis par leur appartenance religieuse. Les personnes, qui vivent en huis clos entre les rives des cours d'eau, partagent une même conception de leurs maux qu'ils attribuent aux conséquences de la possession par des *jnoun* musulmans ou non-musulmans, que ces derniers soient païens, chrétiens, juifs, athées. Comme le montre El Bachari (1997), les symptômes font également l'objet d'une catégorisation en fonction des degrés d'agression par les *jnoun*. Selon la pathologie ou le type de transgression, l'individu est dit *melmus* (touché), *metruch* (giflé), *meskun* (habité), *memluk* (possédé) par un *jinn*. Au regard de ces représentations étiologiques, la maladie et les déviations sont le reflet de présences exogènes dans le corps d'individus contraints de les subir au point d'en perdre parfois la raison ('*aql*). Les marques des pathologies et des souffrances les plus réprouvées socialement deviennent les stigmates de la présence de *jnoun* infidèles. En entrant dans les territoires de Bouya Omar et de Sidi Chamharouch, les *jnoun* qui portent préjudice à la santé des humains sont retenus par la *baraka* des saints. Et puisque les *jnoun* logent dans le corps des possédés, ces derniers ont en conséquence l'interdiction de quitter l'enceinte des zones sur lesquelles la *baraka* des saints exerce son action. Tout comme les *jnoun* qui les habitent,

¹⁶ La population qui réside autour des sanctuaires est hétéroclite sur les plans socio-économiques et culturels. Elle se compose d'hommes et de femmes, d'enfants, d'adolescents, d'adultes, d'arabophones, de berbérophones, lettrés et analphabètes, riches, pauvres. Le traitement des « patients » par les *chorfas* dépend en partie de la situation économique des familles de ces derniers.

¹⁷ L'enchaînement des malades n'est pas pratiqué à Sidi Chamharouch. En revanche, il est très fréquent à Bouya Omar.

les malades sont retenus entre les frontières symboliquement clôturées des territoires des saints.

Ainsi, selon un principe d'équivalence, le sort des malades s'assimile à celui de *jnoun* dont l'effrayante altérité est contenue dans un espace clos et retranché. Les *jnoun* non musulmans paraissent représenter les doubles des malades, les images d'un autre soi à anéantir, comme si l'apparence de soi dans un miroir prenait celle d'un autre, un inconnu, un étranger, et qu'à la vue de ces différences naissait la volonté de le faire disparaître en l'exorcisant.

Al a'lâm rohâniya

L'univers caché des saints et des *jnoun*

L'assimilation du sort des malades à celui de *jnoun* souvent infidèles tenus à l'écart de la Communauté des Croyants (*Umma*) s'opère dans des territoires appartenant à un univers ontologiquement autre, celui de *al a'lâm rohâniya* (le monde des esprits). *Al a'lâm rohâniya* est présenté comme un monde du *ghayb* (invisible/caché/mystère) dans lequel vivent les « esprits » des saints décédés et différents peuples de *jnoun*, des êtres dont l'organisation sociale est dite calquée sur celle des humains par les *chorfas* et les possédés. Mais *Elghayb* renvoie aussi à l'idée « d'absence ». Peut-on comprendre « l'absence » des possédés au monde social et leur présence dans un imaginaire qu'ils incarnent au cours des rites et qui prend forme dans les rêves?

Le saint Bouya Omar et le *jinn* Sidi Chamharouch représentent les figures centrales d'une cosmogonie dans laquelle les possédés projettent l'espoir de trouver un soulagement et de gagner leur salut. Dans cet univers, ces deux figures détiennent une grande autorité, comme le suggèrent les titres associés à leurs noms. Tandis que Sidi Chamharouch est nommé *sultan al jnoun* (le sultan des *jnoun*) ou *malik al mlouk al jnoun* (le roi des rois des *jnoun*), Bouya Omar est appelé *cheikh* (le maître). Tous les deux sont également qualifiés de *wali* (ami de Dieu), un terme qui les hisse au rang d'intercesseurs entre la divinité et ses créatures. Ainsi, les notions d'autorité royale et mystique se rejoignent pour donner à ces figures l'envergure de maîtres de *Al a'lâm rohâniya*, « l'univers caché des esprits ». Mais c'est avant tout pour leur fonction de *qâdhi* (juge) qu'ils sont sollicités. Les déplacements des malades sont en effet motivés par la réputation des *mahkama* (tribunaux) qui siègent dans les lieux, des « structures judiciaires » ayant pour vocation d'arbitrer les litiges entre les humains et les *jnoun*.

Pour les possédés, l'entrée dans les territoires des saints correspond au début d'une longue procédure judiciaire qui va les opposer à des *jnoun* musulmans ou infidèles accusés de leur porter préjudice. En attendant que le verdict départage les plaignants et les accusés, les *jnoun* non-musulmans et les personnes qu'ils habitent restent emprisonnés (*mechdoudine*) dans des espaces gardés par des *jnoun* musulmans qui secondent les saints dans leur tâche. Dans les structures judiciaires du *ghayb* (invisible/caché/mystère/absence), des armées de *jnoun rbaniyyine* (divins, sous-entendu musulmans) subordonnées aux saints-juges remplissent des fonctions aussi diverses que celles d'avocats, gardiens de prison, policiers, etc. (Naamouni 1995). Bouya Omar et Sidi Chamharouch sont vécus comme de véritables lieux de réclusion. Les malades y vivent un enfermement selon

la logique judiciaire et carcérale qui structure le système permettant de penser la conjuration des maux.

Dans un espace liminal régi par des normes inverses à celles du reste de la société, les *jnoun* infidèles, ces « autres en soi » ou ces « soi devenus autres », accusés d'être à l'origine d'injustes souffrances, sont assignés en justice et condamnés à rester emprisonnés pour un temps indéterminé dans l'espace clos et isolé de *Al a'lâm rouhâniya* dans l'attente des décisions d'une impalpable cosmogonie judiciaire et policière. Or, ce procès de l'altérité se vit d'abord charnellement.

Violence et dévotion rituelles autour du tombeau des saints

Dans ces espaces « bénis », les lieux de culte des saints ne sont jamais situés à plus de 200 mètres des habitations occupées par les malades. Pour de nombreuses personnes, leur visite est une habitude quotidienne. Elle représente le moment d'une rencontre entre des saints (saint homme décédé ou saint-*jinn*), leur cohorte de *jnoun* islamisés et des malades investis par des *jnoun* souvent infidèles. Que ce soit dans le sanctuaire de Bouya Omar ou dans la grotte de Sidi Chamharouch, on considère que les différentes figures du *ghayb* (invisible/caché/mystère) sont présentes et qu'elles entrent en contact à cet endroit.

En partant pour une visite des lieux de culte, il est fréquent de se munir d'une couverture ou d'une peau de mouton (*Haydoura*) utilisée pour s'asseoir sur le sol. Avant de pénétrer à l'intérieur des mausolées, il est de rigueur de quitter ses chaussures, accessoires profanes par excellence marqués par la souillure de l'extérieur. L'odeur du *jaoui* (encens) embaume une pièce dont l'éclairage, vacillant au rythme des flammes des bougies, passe de la semi-obscurité à une luminosité tamisée. Les ornements des murs de la *qubba* (coupole du mausolée) de Bouya Omar et celles des parois de la grotte du sultan des *jnoun* présentent les mêmes particularités : un assemblage surchargé composé d'horloges aux aiguilles arrêtées, de bougies décoratives, de calligraphies de versets coraniques et de représentations des lieux saints de La Mecque et de Médine. Quelques responsables (des *chorfas* à Bouya Omar et des *mejdoub* à Sidi Chamharouch) sont présents dans les lieux de culte. Ils prononcent et donnent la bénédiction, reçoivent les offrandes faites au saint et content parfois leurs miracles et leur hagiographie. Leur intervention se manifeste également par la transmission de la *baraka* (bénédiction) lors de *fatha* (invocations d'ouverture / prières) prononcées en direction des dévots/possédés. Dans les *fatha*, la geste des saints et leur pouvoir thaumaturgique sont rappelés et leur intervention est sollicitée. Le tombeau de Bouya Omar, un monument rectangulaire élevé à hauteur d'épaule et recouvert d'un tissu soyeux, siège au centre du sanctuaire. Le *maqam* (emplacement/présence) de Sidi Chamharouch, sultan des *jnoun*, un dôme orné d'une étoffe, haut de 50 centimètres environ, trône dans un angle de la grotte blanche aménagée du Haut-Atlas, sous une paroi inclinée de la cavité rocheuse. Ces deux objets, en tant que substituts palpables des saints, cristallisent toute la force active de leur *baraka*, cette « bénédiction » perçue comme capable de mettre en branle les figures de *Al a'lâm rouhâniya*.

Le processus rituel qui met en interaction les saints, par le biais de la tombe ou du *maqam*, et les *jnoun*, par le biais du corps du possédé, débute par un

mouvement circulaire des visiteurs autour du monument-substitut. Les circumambulations se réalisent, de façon similaire aux déplacements autour de la Kaaba, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre; en marchant ou en courant autour du tombeau de Bouya Omar, en s'accroupissant ou en rampant autour du *maqam* du sultan des *jnoun*. De temps à autre, cessant de tourner, les possédés appliquent leurs mains sur les monuments centraux, enfouissent leur visage dans l'étoffe qui les couvre, jusqu'à y étendre parfois tout leur corps. Ce contact tactile au cours duquel les figures du *ghayb* se trouvent implicitement en coprésence et en interaction prend parfois la forme d'une expression verbale et corporelle violente. Abolissant les règles de piété, certains insultent les saints tout en leur exposant leurs griefs et se jettent brutalement contre la tombe ou le *maqam* pour les ruer de coups de pieds et de poings. Quelques-uns se propulsent contre les murs et se cognent violemment le dos pendant de longues minutes durant lesquelles de bruyants sons rauques s'échappent de leur gorge. D'autres se roulent sur le sol, agités de spasmes saccadés, une écume blanche au bord des lèvres. Au milieu d'un vacarme oppressant où s'entremêlent des cris et des hurlements déchaînés, des sanglots bruyants et de longues plaintes lancinantes, il est possible de discerner les sonorités mélodieuses de récitaions coraniques. À côté de corps et de faciès déformés par l'expression d'une souffrance exacerbée se distinguent des visages marqués par la dévotion, des lèvres psalmodiant des versets coraniques.

La tombe et le *maqam* des saints font donc l'objet de traitements contrastés, voire antagonistes, pendant lesquels s'expriment des émotions contradictoires. Cependant, violence et dévotion rituelles ne sont pas des manifestations opposant deux types de pratiques qui varieraient d'un acteur à un autre. Au contraire, elles constituent différentes étapes d'un même processus au cours duquel les expressions, de l'amour du saint, de la colère voire de la haine à son encontre, s'alternent et se succèdent. Comment le passage de la violence à la dévotion est-il expliqué? Pour ceux qui se trouvent dans la pièce, les variations des états correspondent aux deux facettes d'une même réalité; celle du déroulement de l'exorcisme (*sri'*) au cours duquel les *jnoun* musulmans et les *jnoun* infidèles se répondent à travers le corps et la voix des possédés. À l'interface du monde caché de *Al a'lâm rouhâniya*, les possédés incarnent tantôt la figure des *jnoun* infidèles et rebelles, tantôt celle des *jnoun* musulmans subordonnés aux saints.

Ainsi, dans les lieux de culte des saints, des malades, parfois enchaînés, déchaînent leurs souffrances au moyen d'expressions corporelles, vocales et émotionnelles protéiformes. Autour et au contact d'un objet qui matérialise la *baraka* des saints, se met implicitement en place une relation triangulaire entre différents êtres, un échange qui prend une forme perceptible à travers les mouvements d'un corps conçu comme perméable. Et, durant ce long processus rituel, les substituts représentant l'autorité d'un *cheikh* et d'un sultan sont, tour à tour, outragés puis vénérés¹⁸ par les doubles multiples de personnes qui semblent alors exprimer un douloureux déchirement.

¹⁸ L'outrage et la vénération rituelles des saints à travers la tombe et le *maqam*, n'est pas sans rappeler la relation ambivalente du disciple (*murid*) envers son maître (*cheikh*) lors de l'initiation mystique, telle qu'elle est décrite par A. Hammoudi (2001:115-135).

Le rituel d'exorcisme ou le « procès » des *jnoun*

Au moment de l'exorcisme, les souffrances s'affichent avec l'ampleur de la démesure. Elles prennent une forme paroxystique inégalée à l'extérieur des lieux de culte. L'exclamation de sentiments exaltés d'amour et de haine du saint et les expressions contradictoires de vénération et de violence envers la tombe et le *maqam* donnent à voir un intense déchirement. C'est que l'exorcisme, tel qu'il est vécu par les possédés, correspond à un affrontement. Ce processus sous-entend, en effet, l'opposition des malades, des saints, des *jnoun* islamisés et des *jnoun* païens, chrétiens, juifs, athées, etc., au cours d'une lutte. À la vue de l'hétérogénéité des figures des *jnoun* ainsi que de leur relation d'équivalence avec les possédés, le déroulement du combat a lieu à l'intérieur des malades, dans les arènes du sanctuaire et de la grotte.

Notons qu'au Maroc, la pratique de l'exorcisme est souvent réservée aux *foqha*, (dignitaires religieux, imams ou maîtres d'écoles coraniques), à certains *chorfa* (héritiers du pouvoir de saints) ou *sahhara* (sorciers)¹⁹. Elle consiste à réciter des versets coraniques particuliers devant celui qui en fait la demande, dans le but d'expulser les *jnoun* qui le possèdent. Dans ce cas de figure, on se trouve devant une logique d'extraction du mal par une tierce personne investie de l'autorité requise, un face à face entre un exorciste et un exorcisé. Mais, dans le cas qui nous intéresse, c'est l'objet (tombe ou *maqam*) qui joue un rôle d'intermédiaire entre des humains et des non-humains en se substituant à l'autorité des saints. La communication conflictuelle entre les possédés et les *jnoun* s'amorce au contact des monuments et en se déplaçant tout autour de façon circulaire. S'il arrive que des descendants des saints (*chorfa*) soient présents à ce moment-là, ils ont avant tout un rôle de gestion et de gardiennage des lieux et ils n'interviennent pas directement dans le déroulement du processus d'exorcisme. Les malades incarnent donc tour à tour les figures d'exorciseurs et d'exorcisés.

Mais, au-delà d'un simple combat, les rapports de force qui prennent forme dans les lieux de culte décrits sont perçus comme de véritables affrontements en justice. Puisque les saints sont assimilés à des *qâdhi* (des juges), la tombe et le *maqam* représentent une autorité de nature judiciaire et le sanctuaire et la grotte les enceintes de leur *mahkama* (tribunal). Si le champ sémantique de la justice se déploie dans les discours, il transparaît également à travers l'ensemble du processus rituel. L'exorcisme (*sri'*) prend l'allure d'un procès (*hokm*) pendant lequel s'affrontent des parties adverses. Dans leur chair, les possédés vivent le déroulement d'un jugement (*chra'*) au cours duquel des coupables présumés, des victimes et des défenseurs se répondent. Les expressions exacerbées des souffrances font implicitement partie d'une rhétorique de l'exposé des preuves : en mettant en exergue le drame de la maladie, les possédés énumèrent leurs griefs devant la cour du tribunal. Les hurlements déchirants représentent implicitement des « dépôts de plainte » en justice contre des *jnoun* accusés d'avoir commis des actes hautement répréhensibles. Durant le « procès », les possédés sont défendus par des *jnoun* musulmans, avocats membres de la structure judiciaire qui peuvent se manifester en eux de temps à autre pour leur porter assistance²⁰. La victime incarnant son défenseur ne manque pas de rappeler, au travers d'expressions

¹⁹ Voir Radi Saadia (1994) et plus récemment Maarouf (2007).

²⁰ Khadija Naamouni apporte une description minutieuse du rituel qu'elle nomme « transe judiciaire » à partir d'observations menées à Bouya Omar dans les années 1980 (Naamouni 1994:131-151).

d'amour et de vénération, son respect envers le saint-juge en qui elle place l'espoir de trouver une issue favorable au conflit. Et, puisque le drame de la maladie est celui de la possession, cette dernière s'affiche au grand jour par l'intervention des *jnoun* assignés en justice qui empruntent la voix et l'enveloppe corporelle des possédés pour répondre aux accusations dont ils font l'objet. Par des propos outrageants à l'égard des saints ainsi que lors de manifestations de violence dans leurs lieux de culte, les *jnoun* infidèles signifient leur désapprobation, clament leur innocence et affichent leur rancœur contre le traitement carcéral qui leur est infligé. La révolte contre l'autorité coercitive s'accompagne du refus d'accepter le seul compromis qui leur permettrait d'accéder à une libération, ne serait-ce que conditionnelle : la conversion à la religion musulmane qui impliquerait leur soumission aux saints.

Le sanctuaire de Bouya Omar et la grotte de Sidi Chamharouch, en étant perçus par les malades et les descendants des saints comme les enceintes des tribunaux de saints-juges, font vivre aux possédés un affrontement entre des parties adverses au cours de séances judiciaires où ils se présentent à tour de rôle comme la victime offensée, le présumé coupable et l'avocat de la partie civile. En tant qu'espaces de jonction entre l'univers du *ghayb* et celui des humains, les lieux de culte s'apparentent à des salles d'audience dans lesquelles se mettent en chair les figures d'une cosmogonie judiciaire. Et, c'est au travers d'un substitut unique, le corps du possédé, dont le statut se métamorphose tout au long du processus rituel, que différentes figures de *Al a'lâm rouhâniya* sont représentées.

Les clés des songes de possédés enfermés

Le procès vécu dans les lieux de culte n'est que l'une des étapes du déroulement d'un long processus judiciaire dont les malades attendent l'issue dans l'espérance d'un soulagement. Quelles sont les autres étapes de la procédure? Quand et comment le verdict sera-t-il rendu? Qui prononcera les résultats du jugement? Quelles seront les réactions face aux décisions du tribunal? Une partie des réponses à ces questions est apportée par les rêves. En effet, les procès dans les lieux de culte ne sont qu'une partie émergée de la procédure, l'une des facettes apparentes des arcanes de la justice. Le moment du rêve représente une seconde phase du procès, une étape indissociable de la première. Dans cette procédure judiciaire, le verdict et la sentence sont différés en rêve.

Si, selon les possédés, les saints et les *jnoun* vivent constamment parmi eux dans l'enceinte des territoires de la *baraka*, leur présence ne se manifeste pas de la même manière durant la vie diurne et la vie nocturne. Pendant la journée, leur présence est perçue à travers les souffrances et vécue sous la forme d'un combat, un *jihad* intérieur. Au cours du sommeil, les figures de *Al a'lâm rouhâniya* se présentent face à la personne et sont alors visualisées sous la forme d'images.

Pour les possédés, le rêve correspond à l'expérience d'une plongée dans un univers « caché » à l'état d'éveil. Le temps des songes est celui pendant lequel le *rouh* (âme/esprit/principe vital) se détache du corps charnel pour partir à la rencontre d'autres *arwâh*²¹, ceux des saints et des *jnoun*. Le *rouh*

²¹ *Rouh* (singulier) / *Arwâh* (pluriel).

accède ainsi au monde occulte du *ghayb* et peut pénétrer dans l'envers du décor de la vie quotidienne, à l'intérieur de l'univers de *Al a'lâm rouhâniya*. Dans cet espace-temps, ontologiquement distinct de celui de la vie diurne, les saints et les *jnoun* dévoilent leurs apparences. Dès lors, des relations se nouent avec le personnel de la structure judiciaire ainsi qu'avec les êtres contre lesquels les plaintes ont été déposées.

La remémoration des rêves et leur compréhension déterminent également les actions à accomplir par la suite. Ces actions seront réalisées en réponse et en réaction à celles qui sont vécues en rêve. Elles sont conçues et perçues comme la marque d'une obéissance aux volontés des saints (ou des esprits) rencontrés dans le *ghayb*. Si le souvenir des séquences oniriques permet la compréhension des événements passés, ils programment également les rituels ou les déplacements géographiques à venir. Ainsi, au-delà de sa fonction analytique, le rêve prend une valeur prescriptive puisqu'il entraîne une mise en acte d'images et de paroles oniriques comprises comme de véritables injonctions juridiques et thérapeutiques.

Les images oniriques des *jnoun* accusés

Vécue pendant l'existence diurne, la présence des *jnoun* est figurée au cours des rêves, sous la forme de séquences visuelles sonores et animées. Plus exactement, lors d'associations spontanées réalisées au réveil, différentes images oniriques sont identifiées comme étant celles des apparences revêtues par les *jnoun*. Si les images associées aux *jnoun* empruntent une multiplicité de formes, quelques-unes sont néanmoins évoquées de façon récurrente. Les visions d'animaux sauvages et de reptiles sont comprises, sans équivoque comme l'expérience d'une rencontre avec les *jnoun* infidèles. Les récits des rêves de Samia et Aziz en donnent l'exemple :

Récit 1 : Le rêve de Samia²² (extrait d'un entretien réalisé en 2005 à Bouya Omar)

« Ils [les saints] m'ont montré des chiens. La nuit, je voyais des chiens qui me mordaient... c'était des chiens féroces qui montraient leurs dents et qui venaient me mordre, pendant mes rêves.

J'ai fait ces rêves au début de ma maladie, alors que je vivais encore à Paris. C'est à ce moment-là que j'ai compris ce qui se passait et ce qui m'arrivait. Je suis partie peu de temps après à Bouya Omar ».

Récit 2 : Le rêve d'Aziz²³ (extrait d'un entretien réalisé en 2006 à

²² Femme de 34 ans, divorcée, deux enfants, scolarisée jusqu'au collège. Après une expérience migratoire en France (Paris) pendant laquelle elle travaille comme nourrice, elle rentre au Maroc suite aux premiers « symptômes » de ses souffrances (hémiparésie faciale/dépression/insomnies). Après avoir transité de Sidi Chamharouch à Moulay Brahim (Haut-Atlas), elle réside durant deux années à Bouya Omar.

²³ Homme de 40 ans, célibataire, sans enfant, scolarisé jusqu'au lycée. Aziz tombe « malade » après une expérience migratoire en Europe. Aziz vit près des sanctuaires des saints depuis la fin des années 1980. Il a résidé successivement à Bouya Omar, Bouya Ahmed, Sidi Rahhal (région de Kalaa des Sraghna), Sidi Ahmed Ben Nacer (Tamgrout). Aziz est installé à Sidi Chamharouch depuis 2003.

Sidi Chamharouch)

« J'ai vu un immense serpent mort, coupé en trois morceaux. J'ai alors récupéré les trois parties et je les ai mises dans une boîte, puis dans un grand sac.

L'un des *jnoun* qui me faisait souffrir depuis des années a été condamné par le tribunal de Sidi Chamharouch. Ils l'ont exécuté ».

On remarque, dans ces deux récits, l'entremêlement des champs sémantiques de la faune et de la maladie. Les visions d'animaux en rêve rendent perceptibles les souffrances vécues. La maladie est signifiée sous cette forme, car les images des « chiens féroces » et du « serpent » représentent des substituts des *jnoun*. Pour être exact, du point de vue des possédés, ces images oniriques sont des manifestations de l'intervention des *jnoun* eux-mêmes. Mais comment expliquer ce processus de substitution de l'un par l'autre?

En observant différents récits hagiographiques énoncés par les officiants religieux dans les lieux de culte et véhiculés par ailleurs par les pensionnaires, on constate qu'il existe une correspondance entre les images oniriques associées aux *jnoun* et la récurrence de certains éléments présents dans les descriptions de l'arrivée des saints sur les territoires qui abritent aujourd'hui leurs lieux de culte. Après leur formation dans des *zaouia*²⁴ et lorsqu'ils atteignaient un degré de maturité suffisant, les élèves des grands *chioukh* (maîtres initiatiques) avaient l'habitude de se retirer seuls, en ermitage, afin de méditer, parfaire et transmettre leur enseignement. Bouya Omar, élève de la *zaouia* Naceriyya de Tamegrout près de Zagora, serait venu s'isoler près du fleuve Tassaout dans un espace alors vide et désertique, un espace du *khla*. Le *khla* (le vide), terres inhabitées des hommes et perçues comme l'endroit dans lequel vivent à la fois les *jnoun* et les animaux sauvages, est un lieu où les saints peuvent venir installer leur *khalwa* (lieu de retraite). Nombreux sont les récits qui soulignent comment les saints, à leur arrivée sur des terres du *khla*, chassent les animaux sauvages et réussissent à faire fuir les *jnoun* ou à les convertir à la religion musulmane et à s'en faire des alliés, à l'aide de leur *baraka*. Comme d'autres saints, Bouya Omar passe par cette épreuve au moment de l'installation de sa *khalwa*.

Dans ces récits, les saints font donc subir un traitement en partie équivalent aux animaux sauvages et aux *jnoun*, ce qui donne à ces derniers un statut comparable. Ainsi, en assimilant les animaux sauvages à des *jnoun*, les possédés mobilisent et s'approprient la symbolique hagiographique.

Les interactions entre la personne et les animaux-*jnoun* sont également prises en compte lors de la compréhension du rêve. Dans le premier récit, Samia est victime d'une agression, celle de morsures de « chiens féroces ». Dans le second récit, Aziz manipule un « serpent mort » qu'il enferme dans une boîte. Contrairement à Samia qui subit la rencontre avec les « chiens », Aziz se trouve en position de force par rapport à un animal-*jinn* sur lequel il a totalement prise, un peu à la manière des saints qui, grâce à leur *baraka*, ont la capacité de maîtriser les *jnoun* et les animaux sauvages.

²⁴ Le terme *zaouia* signifie littéralement « coin », « retrait ». Geertz (1992) définit la *zaouia* comme « une retraite où les fidèles se rassemblent pour se livrer à divers exercices spirituels [...]. Il s'applique aussi à l'organisation religieuse volontaire, ou confrérie, à laquelle une loge donnée se rattache » (1992:66).

Par ailleurs, dans le processus de compréhension du rêve, les événements oniriques et le contexte dans lequel ils se manifestent ne sont pas désolidarisés. Les rêves sont mis en relation avec les situations vécues la journée même. Ainsi, Samia, une jeune femme de 34 ans immigrée en France depuis plusieurs années, a dû cesser ses activités professionnelles de garde d'enfants au moment où ses troubles (hémiparésie faciale, insomnies, angoisses, dépression, etc.) sont apparus. À l'image de son impuissance face aux chiens-*jnoun* qui l'attaquent en rêves, elle est submergée par des souffrances non maîtrisées. Son parcours « thérapeutico-judiciaire » n'était pas encore enclenché et elle comprend qu'elle doit avoir recours aux saints considérés comme les seuls en mesure d'avoir prise sur les *jnoun* et, par là même, d'apaiser ses souffrances. Contrairement à elle, Aziz est entré dans le circuit des sanctuaires depuis 14 ans. Ses rêves sont mis en parallèle avec les rituels qu'il accomplit quotidiennement et sont compris comme l'annonce de la sentence du « tribunal ».

Dans ces rêves, les images se substituent donc aux *jnoun* infidèles considérés à l'origine des maux subis. Ces substituts sont identifiés en tant que tels en fonction du contexte onirique dans lequel ils interviennent et au regard de la séquence entière du rêve. Ils sont compris au regard des contextes hagiographiques et situationnels (troubles ressentis, actions rituelles accomplies ou non, temps passé dans les lieux de culte).

À travers les récits des rêves, les *jnoun* à l'origine des souffrances prennent le visage d'une animalité sauvage qui suggère le caractère d'asociabilité attribué aux transgressions portées par les pensionnaires. Dans les récits hagiographiques, les saints, en tant que figures porteuses d'un principe d'ordonnement, domptent la dimension sauvage du *khla* et créent la communauté croyante. Dans l'imaginaire de la guérison, il punit et redresse les « agents » à l'origine des transgressions pour rétablir une sociabilité acceptée en dehors de l'enceinte de son territoire/sanctuaire.

Les images oniriques des saints

Les images des saints sont aussi multiples que celles des *jnoun* et varient autant d'un rêveur à l'autre que d'un rêve à l'autre. Si les détails visuels et les apparats des figures perçues se renouvellent sans cesse, certains champs sémantiques reviennent néanmoins fréquemment : ceux de la justice, de la vie pénitentiaire et carcérale, du monde militaire, policier et médical. Comme en témoignent les trois récits suivants, les motifs des rêves entretiennent un rapport d'analogie avec le système conceptuel qui permet de penser les souffrances et l'expérience vécue de l'emprisonnement dans des univers marginaux.

Récit 3 : Le rêve de Samia (extrait d'un entretien réalisé en 2005 à Bouya Omar)

« Ils [les saints] m'ont montré de grands grillages qui ressemblaient à ceux d'une prison. Il y avait une porte devant laquelle se tenait un commandant. Quand je l'ai regardé, il m'a ordonné de passer la porte et d'entrer à l'intérieur. J'ai refusé, mais il m'a répondu que j'étais obligée d'entrer. J'ai fini par passer à l'intérieur du grillage. Il a refermé la porte derrière moi ».

« J'ai compris que j'étais retenue prisonnière à Bouya Omar. Le commandant, c'était lui [le saint Bouya Omar] ».

Récit 4 : *Le rêve de Malika*²⁵ (extrait d'un entretien réalisé en 2007 à Sidi Chamharouch)

« À plusieurs reprises j'ai rêvé du roi Mohammed VI. Je l'ai vu deux fois de suite dans son palais. Il m'a simplement dit "pourquoi est-ce que tu ne viens pas me voir?" La troisième fois il est carrément entré dans l'amphithéâtre de ma fac de droit à Rabat. Il m'a dit "viens". J'ai descendu les escaliers de l'amphi pour m'approcher de lui. Il m'a répété : "mais pourquoi est-ce que tu ne viens pas me voir?" Je lui ai répondu "cette fois je vais venir" ».

« Au début je n'avais jamais entendu parler du sanctuaire de Sidi Chamharouch. Je n'arrivais pas à comprendre ce rêve. J'en ai parlé à des *mejdoub* (mystiques errants) qui m'ont aidée à l'interpréter. Ils m'ont conseillé de venir ici [à Sidi Chamharouch] mais je ne l'ai pas fait. Au troisième rêve, j'ai compris que c'était urgent. Le roi s'était déplacé jusque dans ma fac pour venir me chercher. Je suis partie peu de temps après ».

Récit 5 : *Le rêve d'Aziz* (extrait d'un entretien réalisé en 2006 à Sidi Chamharouch)

« J'ai vu un homme en blouse blanche. C'était un "docteur caché", c'est-à-dire un saint. Cet homme m'a posé deux boutons dorés sur la plante des pieds, deux autres dans la paume de la main et deux sur les narines. »

« Au début de ma maladie, pendant plusieurs années, j'avais beaucoup de saignements de nez. Ils étaient causés par les *jnoun* de la tribu des "rouges", ceux qui aiment le sang. Après ce rêve, mes saignements de nez se sont arrêtés. J'ai compris plus tard que ces boutons dorés étaient des médicaments du "docteur caché" (*tbib ghaybi*) ».

Au regard des récits cités, les saints prennent trois apparences différentes, celle d'un commandant, celle de l'actuel roi du Maroc et celle d'un médecin. Plusieurs images signifiantes sont donc associées à un signifié unique, celui du saint. Ainsi, loin d'être figées dans leurs apparences, les images oniriques figurant les saints sont malléables. En ce sens, les saints, tout comme les *jnoun*, semblent s'apparenter à des figures vides et abstraites que les images des rêves viennent remplir de leur substance. Pour le dire autrement, ces catégories clés se parent de différents attributs en fonction des rêveurs. Néanmoins, ces substituts pluriels sont modelés autour de notions communes, celles du pouvoir et de l'autorité; notions analogues à celles qu'évoquent les titres associés au nom des saints (le sultan des *jnoun*, le maître). Dans ces trois récits de rêve, la personne est dominée par des personnages qui dirigent l'action : un commandant qui « ordonne » l'entrée de Samia dans une prison; un roi dans l'amphithéâtre d'une université qui

²⁵ Jeune femme de 27 ans, célibataire, sans enfant, diplômée de l'enseignement supérieur (droit). Elle est alors en pèlerinage pour quelques jours lorsque nous la rencontrons. Célibataire, sans enfant.

« convoque » Malika; un médecin qui « manipule » le corps d'Aziz. Dans le rêve, les trois personnes se soumettent à l'autorité (militaire, royale, médicale). Cette soumission en rêve est mise en acte au réveil. Samia ne quitte pas le territoire de Bouya Omar dans lequel elle se sent désormais emprisonnée. Malika part pour un long voyage dans le Haut-Atlas vers le territoire reclus de Sidi Chamharouch.

Les formes spécifiques du pouvoir marocain semblent s'inscrire jusque dans les rêves des acteurs dont les images illustrent et commentent son fondement. Le chérifisme, c'est-à-dire la légitimation du pouvoir royal par l'inscription d'une dynastie dans une lignée sainte et noble (*charaf*) descendant du prophète Mohammed (ainsi que se définit l'actuelle dynastie alaouite) (Laroui 1977), imprègne la sémantique des images des rêves. Si au Maroc le roi est une figure sainte dont l'autorité est suprême, les saints (qu'ils soient des hommes décédés ou des *jnoun*) sont signifiés par la figure du roi ainsi que par toute une déclinaison d'images qui font référence aux multiples domaines dont relève son autorité (champs judiciaire, militaire, policier). L'intériorisation de la dialectique des fondements du pouvoir autoritaire chérifien par les pensionnaires confère au rêve toute sa puissance illocutoire et son efficence. Les images de l'autorité sont spontanément et instantanément associées à l'apparition et à l'intervention du saint, sans qu'une tierce personne n'en impose le sens. Et, la contrainte de la réclusion s'impose d'elle-même.

Conclusion

Le sort des possédés dépend de pratiques rituelles articulées à des expériences oniriques. Ces deux étapes de la cure se répondent et sont imprégnées chacune à leur manière d'une même sémantique. En effet, l'exorcisme, vécu charnellement dans les sanctuaires, et les images des rêves expriment un imaginaire à la fois de la maladie, de l'altérité, de l'islam et de l'autorité chérifienne. Au sein d'espaces liminaux reclus et contraignants, les possédés vivent une sorte de *jihad* intérieur au cours duquel s'affrontent différents personnages qui représentent des souffrances qu'ils tentent d'annihiler. Ce *jihad* intérieur semble opposer différentes parties d'eux-mêmes qu'ils ne parviendraient pas à faire coexister. L'expression des contradictions intérieures sous la forme d'un *jihad* ne souligne-t-elle pas aussi les difficultés à porter une identité plurielle pour ceux qui comme Samia et Aziz ont fait l'expérience de la migration?

Les expressions des causes des souffrances et des transgressions ainsi que celles des conflits intérieurs sont saturées par des éléments empruntés au réel, à la contemporanéité. Au-delà des conflits individuels, leur sémantique révèle certains des conflits et des contradictions de la société marocaine. En effet, l'imaginaire qui se greffe aux notions de désordre et d'infortune et qui transparait à travers les multiples expressions des souffrances vécues véhicule une conception particulière de l'altérité. Les souffrances sont attribuées à la présence d'« autres » en soi devant être « jugés » et conjurés. La notion d'altérité, fondée sur l'appartenance religieuse en tant que critère distinctif, apparaît façonnée par les événements de l'histoire contemporaine et les problématiques marocaines. Le conflit vécu par les possédés est compris comme une perte d'identité due à l'intrusion de présences étrangères « infidèles », des *jnoun* non musulmans. Cette conception de l'altérité et cette façon d'exprimer les souffrances ne sont-elles pas façonnées par l'expérience

de la colonisation passée et par les rapports complexes de la société marocaine post-coloniale à l'Occident?

Enfin, le traitement des transgressions sur le mode d'un « procès » fait à l'altérité, d'un « jugement » instruit par des saints perçus comme des figures de référence du rétablissement de l'ordre et de la justice ne souligne-t-il pas aussi combien la présence du pouvoir autoritaire est intériorisé et vécu au plus profond de l'intimité, dans la vie diurne comme dans la vie nocturne, en « chair et en songe » dans le corps et dans les rêves?

Références

Alif, Salma

2009 Bouya Omar : arrière plan d'un système sanitaire et social. Le Mensuel : Magazine maghrébin d'information et d'analyse janvier:64-69.

Chelhod, Joseph

1964 Les structures du sacré chez les arabes. Paris: Maisonneuve et Larose.

Chlyeh, Abdelhafid

1998 Les Gnaoua du Maroc : itinéraires initiatiques, transe et possession. Casablanca: Le Fennec.

Dakhli, Jocelyne

1993 De la sainteté universelle au modèle maraboutique : hagiographie et parenté dans une société maghrébine. *In* Modes de transmission de la culture religieuse en Islam. Elboudrari Hassan, dir. Pp. 181-198. Le Caire: Institut français d'archéologie orientale.

Dermenghem, Emile

1954 Le culte des saints dans l'Islam maghrébin. Paris: Gallimard.

El Bachari, Mohammed

1997 Possédé oui, fou non. Catégorisation des troubles mentaux en société marocaine. *Littérature Orale Arabo-berbère* 25:91-112.

Foucault, Michel

1972 Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard.

Galinier, Jacques et Raymond Jamous

1996 Avant-propos. *In* Penser et agir par substitut: Le corps en perspective. *Revue Atelier* 18:5-11. Document électronique, <http://www.mae.u-paris10.fr/ateliers/pdf/Avant-propos18.pdf>, consulté en juin 2009.

Gellner, Ernest

2003[1969] Les saints de l'Atlas. Paris: Editions Bouchène.

Geertz, Clifford

1992[1968] Observer l'islam. Changements religieux au Maroc et en Indonésie. Paris: La Découverte.

Hammoudi, Abdellah

2001 Maîtres et disciples, genèse et fondements des pouvoirs autoritaires dans les sociétés arabes, essai d'anthropologie politique. Paris: Maisonneuve et Larose.

Jamous, Raymond

1995 Le saint et le possédé. *Gradhiva* 17:63-83.

Kerrou, Mohammed

1998 Introduction. *In* L'autorité des saints. Perspectives historiques et

socio-anthropologiques en Méditerranée occidentales. Mohamed Kerrou, dir. Pp. 11-37. Paris: Éditions Recherches sur les Civilisations.

Laroui, Abdellah

1977 Les origines sociales et culturelles du nationalisme marocain (1830-1912). Paris: Maspero.

Maarouf, Mohammed

2007 Jinn Eviction as a Discourse of Power. A Multidisciplinary Approach to Moroccan Magical Beliefs and Practices. Leiden-Boston: Brill.

Naamouni, Khadija

1995 Le culte de Bouya Omar. Casablanca: Eddif.

Premare, Alfred-Louis (de)

1985 Sidî Abd-er-Rahman El-Mejdûb : mysticisme populaire, société et pouvoir au Maroc au XVIème siècle. Paris: Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS).

Rachik, Hassan

1992 Le sultan des autres, rituel et politique dans le haut Atlas. Casablanca: Afrique-Orient.

1998 Imitation ou Admiration? Essai sur la sainteté anti-exemplaire du majdûb. *In* L'autorité des saints. Perspectives historiques et socio-anthropologiques en Méditerranée occidentales. Mohamed Kerrou, dir. Pp. 107-119. Paris: Éditions Recherches sur les Civilisations.

Radi, Saadia

1994 Croyance et référence. L'utilisation de l'islam par le fqih et la suwafa à Khénifra (Maroc). *Annuaire de l'Afrique du Nord* 33:189-199.

Rhani, Zakaria

2008 Saints et rois : la genèse du politique au Maroc. *Anthropologica* 50(2):375-388.

2009 Le chérif et la possédée. Sainteté, rituel et pouvoir au Maroc. *L'Homme* 190:27-50.

Simenel, Romain

2007 L'origine est aux frontières. Thèse de doctorat en Ethnologie, Université Paris X – Nanterre.

Westermarck, Edward

1968[1926] *Ritual and Belief in Morocco*. New York: University Books.

Résumé/Abstract

Ce texte porte sur les perceptions de la maladie et de l'infortune ainsi que sur des pratiques d'exorcisme dans les lieux de culte de saints et de génies marocains. L'ethnographie des villages reclus des saints / génies éponymes Bouya Omar (Kalaa Sraghna) et Sidi Chamharouch (Haut-Atlas) révèle l'existence d'une rhétorique de la justice, de la sainteté, de l'univers carcéral et de l'autorité chérifienne qui s'exprime avec insistance lors des processus rituels et à travers les séquences oniriques interprétées par les rêveurs eux-mêmes. Nous verrons comment les pratiques et le rapport réflexif aux images des rêves forment un processus d'appropriation des figures symboliques d'une autorité face à laquelle s'expriment alternativement la rébellion et la soumission. Pratiques rituelles et interprétations des rêves réitérées sur une longue période, définissent et remodelent les relations entre les possédés, les saints et les génies, et parallèlement entre des espaces marginaux, des communautés stigmatisées et le reste de la société.

Mots clés : Maladie, possession, transgression, sainteté, exorcisme, rêves, Maroc

This text attempts to shed some light on the perceptions of illness, misfortune and exorcism practices in the spaces of saint and genius cults in Morocco. The ethnography of the eponymous saints/geniuses in the isolated villages of Bouya Omar (Kalaa Sraghna) and Sidi Chamharouch (Grand Atlas) reveals a rhetoric of justice, sanctity, prison life and sheriffian authority that is clearly expressed during ritual processes and through oniric sequences interpreted by the dreamers themselves. The practices and the reflexive link with dreamt images entail an appropriation of the symbolic figures of authority. This authority is faced both by rebellion and submission. Recurrent practices and interpretations of dreams redefine the relations between the possessed, the saints and the geniuses. They also reshape the ties between marginal spaces or stigmatized communities and the rest of the society.

Keywords: Illness, possession, transgression, saintliness, exorcism, dream, Morocco

*Céline Aufauvre
Doctorante en Anthropologie
Centre Jacques Berque (Rabat) /
Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative
Paris X - Nanterre
celineauf@hotmail.com*



Le saint et l'ethnologue : sur les voies de l'ethno-ascèse

Zakaria Rhani
Princeton University

De l'ethnopoétique à l'ethnopolitique

Une question m'a toujours habité et m'habite encore. Pourquoi ce désir irrésistible de vouloir travailler sur la sainteté « populaire » marocaine? Si l'ethnologie herméneutique que je défends est une sorte de retour sur soi par le détour de l'autre, alors ma quête de terrain est probablement une « ethno-ascèse », une recherche et un travail de et sur soi. Voulant étudier un saint, je me suis trouvé emprunter les mêmes voies de renoncement mystique. Je quitte la « vraie » science (*'ilm*), la biologie, « j'erre », et contre famille et proches, je suis les traces de ce saint thaumaturge. Sans parler de cette sensation – et je suis tenté de dire illumination –, presque mystique, mais érotique aussi (comme si les deux étaient séparables), de faire ce cheminement ethnologique, dans la jubilation, dans la souffrance.

Suite à une visite en 2003 au sanctuaire de Bouya 'Omar, dans la région de Marrakech, j'ai décidé, malgré les grandes difficultés pressenties, de m'y consacrer. Mais au fur et à mesure que j'avancais dans mes recherches bibliographiques, je réalisai que le site avait déjà été trop investi. Outre l'intéressante ethnographie descriptive de Naamouni (1993), le culte en question a été étudié par des psychologues et des psychiatres. Même Tahar Ben Jelloun (1981) y consacra un long chapitre dans *La prière de l'absent*. Désireux d'accomplir une recherche originale, j'ai opté alors pour un sanctuaire moins « spectaculaire » et moins médiatisé, un site qui n'avait à ma connaissance fait l'objet d'aucune étude. Suite à la recommandation de

deux chercheurs marocains¹, j'ai choisi le sanctuaire du saint thaumaturge Sidi 'Abdelaziz Ben Yeffou. Ce dernier se situe au centre-ouest du Maroc, à une centaine de kilomètres au sud de la ville d'El-Jadida – la capitale de la région tribale des Doukkala. Octobre 2005, je pars au Maroc. J'y arrivai avec de solides convictions et ce que je considérais être un très beau projet. Je voulais étudier, entre autres, les dimensions théâtrales et poétiques des rituels de la possession par les esprits djinns². Mais il n'en était rien. Fini Artaud! Fini Soyinka! Fini Rouget! Fini De Martino! Fini Leiris! Tous les aspects théâtraux de la possession – mise en scène, chorégraphie, musique, chants – sont rudimentaires, voire inexistants. La *hadra*, la danse extatique, ne se pratique plus en dehors de la foire annuelle, le *moussem*. Des chants poétiques? Quelques femmes en scandent des vers occasionnellement. J'ai ri de moi-même. Étais-je un exotisant? Probablement! Mais ce terrain intellectuel « exotique » a furtivement cédé la place à un autre, celui que les gens vivent et racontent.

Il est entendu que tout chercheur part sur le terrain avec des *a priori* et un bagage théorique bien établi. Comme on ne peut nier le fait que l'ethnologue part sur le terrain avec, déjà en tête, un terrain imagé et fantasmé. Mais le premier, si on y est vraiment sensible, finit toujours par prendre le dessus sur le second, par imposer sa « dure » vérité. Il n'est pas un terrain qui n'ébranle pas les acquis, les idées arrêtées, le confort intellectuel et les cadres conceptuels. C'est le terrain qui transforme l'anthropologue et non le contraire. Par-delà l'observation, participante ou non, il faut être à l'écoute du terrain, de ce qu'il a à nous dire sur lui, sur nous-mêmes. Que disent les gens d'eux-mêmes? Comment représentent-ils leur univers socioculturel et leurs pratiques rituelles? Comment font-ils l'histoire? Ce sont les questions qui m'ont dès lors guidé et animé. Le culte de Ben Yeffou, la tradition orale qui le fonde et le rituel de guérison qui l'articule, sont marqués par un symbolisme politique très fort. Il théâtralise, de façon lumineuse, les différents symboles culturels qui ont fait l'histoire politique du Maroc, et le Maroc lui-même (Rhani 2008a, 2009a) : de l'ethnopoétique à l'ethnopolitique.

Le saint thaumaturge Sidi 'Abdelaziz Ben Yeffou est réputé avoir le grand pouvoir charismatique, la *baraka*³, de dominer les esprits djinns et de guérir les maladies qu'ils causent. Les descendants masculins du saint sont considérés comme les mandataires actuels de la *baraka* qu'ils ont héritée de lui comme lui-même l'avait héritée par une voie patrilinéaire qui remonte jusqu'au Prophète Mohammed : ils sont des *chorfa*. Ces derniers incarnent la

¹ Il s'agit de l'ethnobotaniste et historien Jamal Bammi et du géomorphologue Mohammed Mouhiddine.

² En arabe classique, les djinns sont dits *jinn* ou *jânn* (sing. *jinni*, fém. *jinniya*). Il est fort probable que dans certaines régions de l'Arabie ce terme soit prononcé, comme en français, *djinn*. Car la lettre « j » se prononce souvent « dj ». En marocain, les esprits sont désignés par *jnûn*, sg. *jenn*, mais on utilise également et fréquemment le mot *l-jinn*. Parce qu'il est très proche de la terminologie arabe et marocaine, j'adopte donc le terme français « djinn ». Étymologiquement, le terme, qui est issu de la racine verbale *janna* ou *ijtinân*, exprime l'idée de ce qui est dérobé aux regards et enveloppé de ténèbres. Tous les dérivés du mot conservent ces significations. Quand la nuit tombe et devient ténébreuse, on dit *janna l-lail*; le *janân* est le cœur ou l'âme; *janna* désigne le paradis et le *janîn* le fœtus. *Jinna* désigne aussi bien les djinns que la possession et la folie; *junûn* est un autre mot pour qualifier celle-ci. La *majanna* est un lieu habité par les démons, il s'applique également au cimetière (Rhani 2008b).

³ Le signifiant *baraka* est un terme polysémique qui s'applique à des croyances syncrétiques et multiples. Il représente, de façon générale, une puissance divine se manifestant dans toutes les formes de l'échange social. Le vocable *baraka* s'applique à toute une série de notions associées : la chance, la croissance, la grâce, la fertilité, le charisme, le pouvoir, etc. Pour une définition plus exhaustive de ce terme, voir par exemple Westermarck (1926), Geertz (1968), Rabinow (1975), Rhani (2009) et Rhani *et al.* (2009).

baraka du saint et peuvent en faire bénéficier des pèlerins qui visitent le sanctuaire de leur ancêtre. Cette intercession prend surtout la forme d'une intervention thérapeutique. Les *chorfa* de Ben Yeffou sont des guérisseurs de maladies causées par les esprits djinns. Les rituels de guérison et d'exorcisme mobilisent plusieurs récits légendaires, autour de la vie du saint et de ses pouvoirs thaumaturgiques, qui ont la valeur d'un mythe fondateur. Celui-ci réfère non seulement à une pratique thérapeutique, mais fonde également un pouvoir plus large, symbolique, politique et social : le *charaf*⁴. Cette autorité chérifienne n'est transmissible que par voie agnatique; les femmes ne peuvent ni pratiquer, ni transmettre cet héritage. Mais à quelques mètres du sanctuaire du saint dirigé par ses descendants masculins, une voyante-thérapeute étrangère (n'appartenant pas à la lignée du saint) dirige d'autres rituels de possession. Tout en s'inscrivant dans l'univers sacré des *chorfa*, elle utilise, inverse et subvertit les signifiants centraux et les symboles de domination chérifienne. Cette situation locale pourrait être aussi lue comme un commentaire *ad hoc* sur la politique et ses fondements à l'échelle nationale. Elle commente avec force ce tournant décisif dans l'histoire du Maroc, quand le chérifat s'est imposé comme un fondement non seulement de l'exercice du pouvoir politique, mais aussi de la pratique thérapeutique (Rhani 2008a, 2009).

Agent malgré moi

Ma propre expérience ethnographique témoigne de la difficulté de faire de l'anthropologie, surtout lorsqu'il s'agit d'étudier les questions relatives au populaire et à la tradition – sainteté, cultes, mythologie, rituel. Elle révèle tout autant, et inconsciemment, qu'une anthropologie indigène est toujours captive du passé colonial et du rapport de force avec son homologue occidental (Castillo *et al.* 2008)⁵. Dans ma propre famille et parmi mes proches, j'étais confronté, par exemple, à de multiples interrogations; pour ne pas dire interrogatoires. J'étais obligé d'expliquer et même de justifier les raisons d'une telle immersion devant durer plusieurs mois. Comment alors présenter mon terrain, l'objet de ma recherche à mes proches? Cela s'avéra une tâche très difficile. D'autant plus qu'étant biologiste de formation, la question qui se posait avec insistance concernait le lien entre mon ancienne spécialisation et la nouvelle. Comment pourrais-je convaincre que cette nouvelle discipline est aussi importante qu'un domaine de connaissances aussi pointu et en vogue que la biologie moléculaire? Il va sans dire que mon travail de biologiste dans un hôpital montréalais représentait une fierté pour ma famille. Mais voilà que le docteur en biologie, de l'Université de Genève, débarque dans son propre pays non pas pour faire profiter les siens d'une science utile et pratique, mais pour travailler sur un sujet marginal et banal – parce qu'en fait il concerne tout

⁴ Le *charaf* signifie littéralement l'honneur et la noblesse. Il renvoie à l'appartenance généalogique à la lignée du prophète Mohammed via sa fille Fatima. Sur la question, voir Rhani (2008a, 2009).

⁵ Au Maghreb, une profonde remise en question est à l'ordre du jour. Une anthropologie « indigène » est-elle possible? C'est en ces termes mêmes que le chercheur Imed Melliti (2006) s'interrogeait très récemment sur le statut de l'ethnologue indigène tunisien. « [Y] a-t-il dans les faits, sinon rupture, du moins, changement par rapport aux présupposés de l'époque de l'ethnologie coloniale? », se demande Moussaoui (2005:286) dans un texte récent sur la pratique de l'anthropologie en Algérie. Aussi bien l'un que l'autre insiste sur le rapport ambivalent, sinon opportuniste, de l'anthropologie maghrébine, avec le legs ethnologique colonial. Le chercheur marocain Hassan Rachik (2005:354) ne semble pas, quant à lui, être à l'aise avec le statut de l'anthropologie indigène : « je ne me considère pas comme indigène », écrit-il.

le monde –, non exotique et non scientifique de surcroît.

Je ne peux présentement que sourire largement du sourire étonné et stupéfait de ma mère, du sourire malicieux et inquisiteur de mon père quand je leur avais expliqué que j'étais rentré au pays pour étudier un culte de sainteté et tout ce qui s'y rapportait : rituel de possession, les djinns, la magie, la sorcellerie. « Le charlatanisme, tu veux dire! »⁶, lançait mon père avec un air moqueur et sarcastique. J'étais sur la défensive, obligé de me réfugier derrière quelques autorités en la matière. En toute logique, j'avais commencé par un nom d'ethnologue que mon père connaît, Abdellah Hammoudi. Et pour faire sentir le sérieux de mon entreprise, j'avais même évoqué l'une de ses ethnographies sensationnelles sur le sacrifice et la mascarade au Maghreb : *La victime et ses masques*⁷. « Qui d'autres, en plus de Hammoudi? » Je savais aussi que, pour plus de crédibilité, je devais citer quelques autorités occidentales. Les noms d'anthropologues ayant travaillé au Maroc ne manquaient pas, mais il fallait choisir les bons, de vrais « charlatans », pour reprendre l'expression ironique de mon père. Le premier qui me venait à l'esprit était tout naturellement Vincent Crapanzano; j'étais une vulgarisation de son travail sur la confrérie populaire et marginale des Hamadsha⁸ – on ne peut plus charlatan que cela. J'ajoutai Clifford Geertz et Paul Rabinow, tout en précisant, pour plus de crédibilité, l'américanité de ces trois anthropologues.

Cet étonnement soupçonneux que j'avais rencontré dans ma propre famille reflète une opinion assez générale et répandue au Maroc, et ce, même parmi les universitaires. On trouve illusoire, dans un Maroc qui se modernise et se développe à une grande vitesse, de travailler sur des sujets qui concernent le populaire, la tradition et les croyances⁹. Le terme « développement » est sur toutes les lèvres et est collé à tous les projets de recherches en sciences humaines, même à ceux qui concernent les institutions les plus traditionnelles, comme les sanctuaires par exemple¹⁰.

J'ai vécu une autre tentative de détournement. Les gens de mon entourage, dont mon père et des amis très proches, soupçonnaient carrément un projet d'espionnage. Un « espion gentil », bien évidemment, qui est manipulé par on ne sait quelle force et qui ne sait pas tout à fait ce qu'il fait. Mes interlocuteurs ne pouvaient concevoir la gratuité d'une recherche financée par un État occidental, le Québec en l'occurrence, menée par un indigène et qui, de surcroît, porte sur un petit village pauvre et un rituel de possession « archaïque ». On était allé jusqu'à me demander ouvertement si mes

⁶ Le terme « charlatanisme » pourrait avoir ici deux sens différents : il renvoie, d'une part, à l'idée de non-scientificité, et réfère, d'autre part, à une pratique non-orthodoxe.

⁷ Hammoudi (1988).

⁸ Crapanzano (1973).

⁹ Sur le sujet, voir l'opinion du grand idéologue marocain de l'ethnologie, Laroui (1967), et plus récemment, voir Belkeziz (2009) qui reprend, sans le moindre recul critique, les mêmes thèses que Laroui pour disqualifier toute approche anthropologique de la société marocaine et arabe, de façon générale. Pour une analyse critique de cette position négative de l'anthropologie, voir Hammoudi (2000) et Rhani (2008b).

¹⁰ Je ne citerai ici qu'un seul exemple, néanmoins très éloquent. Il s'agit d'une étude qui a été menée sur le même terrain de Ben Yeffou (Filali 2007). Le titre de cette recherche s'intitule : *L'institution du sanctuaire entre la symbolique du culte et les données naturelles : des perspectives de développement. Le cas de Sidi 'Abdelaziz Ben Yeffou* [En arabe: mo'assat addarîh bayna ramziyat attogûss wa mo'tayât attabi'a. Al-wâqi' wa al-âfâq attanmawiya: Halat darîh sidi Abdelaziz Ben Yeffou].

données n'allaient pas servir à un quelconque projet des services secrets canadiens. Et j'ai reçu plusieurs fois des demandes, voire des prières, pour ne pas divulguer des données qui pourraient notamment noircir l'image d'un pays qui se fraie un chemin de modernisation. Résistant à toute tentation de détournement, je me suis laissé imprégner par le terrain, le paysage, la géographie du pays et la parole des gens. Alors, j'ai voyagé. Je suis allé dans de grandes villes impériales comme Rabat, Salé et Marrakech. Je suis allé dans des villages ruraux, dans des souks, dans des sanctuaires. J'ai voyagé pour rencontrer des voyantes et des guérisseurs. J'ai discuté avec les gens dans les bus, dans les taxis, dans la rue. J'ai essayé de palper l'ampleur de ces phénomènes sociaux que j'allais étudier, le pèlerinage aux sanctuaires, la thérapie traditionnelle et la croyance aux génies. Le Maroc qui donne l'impression d'un développement moderne vertigineux dans ses espaces urbains est toujours ancré dans une tradition forte. Deux Maroc se côtoient, s'interpénétrant. Ce qui gênait mes interlocuteurs, c'était moins mon projet d'étude sur la sainteté populaire, la possession, bref le charlatanisme, que le fait que ce fût moi, un Marocain, comme eux, qui menait cette recherche. Si c'eût été un Occidental, cela relèverait de la passion et de la curiosité scientifique dont il est réputé, mais un indigène ne pourrait se permettre ce luxe intellectuel. Plus tard, quand je me suis installé sur le village de Ben Yeffou, mes interlocuteurs me renvoyaient souvent à ce mystérieux investigateur européen – Britannique, Belge, Allemand, Hollandais ? Peu importe. Lui, il incarnait cette passion dévorante pour le savoir, si marginal soit-il.

À la recherche d'une virginité ethnographique

De retour du terrain au mois de mai 2006, j'ai assisté à une conférence organisée par le Centre d'études ethniques des universités montréalaises (CEETUM) et qui était donnée par un professeur de l'Université de Louvain, Philip Hermans. Ce qui avait davantage attiré mon attention c'était moins la conférence comme telle, très intéressante au reste, que le visage du conférencier. Il m'était familier. La nuit, avant de me coucher, le visage de monsieur Hermans me revenait comme une révélation. « Est-ce bien lui? » Nerveux, j'ouvre mon ordinateur, j'y insère un DVD que des gens de Ben Yeffou m'avaient gracieusement donné. Philip Hermans est-il bel et bien le fameux investigateur européen qui était au village et dont me parlaient fièrement mes interlocuteurs? Deux jours plus tard, nous nous sommes rencontrés. Eh oui! L'étranger que je croyais être un simple journaliste curieux qui avait couvert les cérémonies du *mousseem* s'est avéré être un chercheur chevronné, spécialiste de la médecine traditionnelle marocaine; et qui avait, de surcroît, écrit un livre, qui allait être publié sous peu, – en néerlandais (Dieu merci!) – sur le système de guérison pratiqué au sanctuaire de Ben Yeffou¹¹. Mais ce qui avait surtout provoqué mon désarroi, c'était moins cette publication à paraître que d'apprendre que Monsieur Hermans avait aussi dirigé une thèse (en anglais) d'un autre chercheur marocain sur le même terrain¹².

¹¹ Le livre en question a été publié en 2007, sous le titre : *De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen*.

¹² La thèse de Maarouf (2004) s'intitule: *The Discourse of the Carnavalesque in Moroccan Popular Culture: Jinn Eviction as Discourse and Practice of Power. The Maraboutic Discourse and the Ideological Schemata of Domination and Submission*. Elle a été publiée en 2007 sous le titre : *Jinn Eviction as a Discourse of Power. A Multidisciplinary Approach to Moroccan Magical Beliefs and Practices*.

Et moi qui croyais alors être le premier anthropologue qui allait révéler la réalité d'un terrain jusqu'ici insondable, je me trouvais d'emblée avec un livre en hollandais, une thèse en anglais, en plus de la recherche en arabe de Filali (2007)¹³. Je ne saurais décrire l'embarras et l'effervescence émotionnelle que j'ai éprouvés sur le coup¹⁴. Je me ressaisis, quelques jours plus tard, et réalisai, à ma grande honte, que cette recherche de la virginité ethnographique a quelque chose de malsain et qui contredit l'esprit de la science et de la diffusion du savoir. En effet, même s'il arrivait que plusieurs chercheurs investissent un terrain identique, ce qui est souvent le cas en sciences sociales – et parfois même en sciences « exactes », dont je peux témoigner de par mon expérience de biologiste moléculaire –, ils n'auraient pas nécessairement le même angle d'attaque ni la même lecture et encore moins la même analyse. Je compris alors qu'il fallait voir dans ces derniers événements un enrichissement, une nouvelle ouverture¹⁵.

Une proximité qui éloigne

Comme je l'ai formulé ci-dessus, mon propre parcours témoigne de la difficulté à faire de l'anthropologie au Maroc, surtout lorsqu'il s'agit d'étudier les questions relatives au populaire et à la tradition – sainteté, cultes, mythologie, rituel¹⁶. Il faut tout de suite préciser que dans la situation de l'ethnologie indigène, la distinction « ethnologue/informateur » subit une forme d'altération. La réduction de cette distance congénitale du travail ethnographique engendre, faut-il s'en étonner, quelques difficultés d'ordre méthodologique et épistémologique. Est-il possible, quand on est dans la culture, de faire l'ethnologie du détail, du culturellement banal, de l'insignifiant, de l'évident? Est-il possible, quand on est intimement collé à sa propre culture, de s'émerveiller devant un geste de tous les jours? D'être bouleversé par le quotidien, quand on le vit?

Le problème de l'endo-anthropologie se pose avec plus d'acuité dans un contexte d'homogénéisation culturelle. Le questionnement des faits évidents de sa propre culture, surtout dans une société homogène, conservatrice et traditionnelle, pourrait susciter méfiance, indignation, voire rejet. Car le chercheur, en tant qu'homme de science, est supposé, d'emblée, maîtriser plus que ses interlocuteurs le savoir local. Dans certaines situations, il est rarement permis à l'ethnologue de transgresser certaines limites. Dans une société musulmane comme la mienne, un ethnologue étranger pourrait facilement poser des questions sur le sens de pratiques religieuses évidentes.

¹³ Voir la note 7.

¹⁴ J'écrivis aussitôt à mon directeur de thèse, le professeur Gilles Bibeau, pour l'informer de ces nouvelles. Il avait lu, comme il me le fera savoir plus tard, la grande inquiétude, voire le doute, dans mon message. C'est grâce à lui que j'ai pu voir les côtés positifs d'un terrain investi par plusieurs ethnographes à la fois.

¹⁵ Ce fut vraiment une chance que de lire les thèses de ces chercheurs qui ont travaillé avant moi sur le même terrain. Outre le fait qu'elles me donnent accès à des données très intéressantes, elles me permettent de débattre avec ces auteurs sur un même terrain ethnographique. D'ailleurs, une lecture critique de la thèse de Maarouf sera publiée dans un prochain numéro de la revue *Anthropologica*.

¹⁶ L'anthropologie est encore aujourd'hui une discipline marginale; dans les universités marocaines, aucun département ne lui est dédié, aucune formation complète ne lui est consacrée. Les anthropologues, ceux qui exercent dans le pays – peu nombreux au demeurant – sont disséminés entre différents départements et facultés : Lettres, Droit, Agronomie, etc. Voir Castillo *et al.* (2008) et Rhani (2008b).

Ses informateurs pourraient converser avec lui sur les sujets en prenant un grand plaisir, ou du moins avec une objectivité relativement détachée. Alors que dans le cas d'un ethnologue indigène musulman, ces questions seraient perçues comme obsolètes et insensées. Tout se passe comme si l'endogénéité de l'ethnologue compromettrait l'extériorité de ses informateurs, leur ouverture et l'objectivation de leur monde socioculturel. Je ne suis pas en train de tergiverser sur l'impossibilité d'une anthropologie indigène; loin de là, mais je veux surtout souligner que le fait d'être « dedans », d'être familier avec une société et ses symboles ne donne pas forcément un accès immédiat à la connaissance. Loin d'être une source de confort ethnographique, la proximité de l'ethnologue autochtone est une épreuve, source d'une fatigue culturelle non moins éprouvante que celle qu'expérimente l'ethnologue dans des sociétés radicalement étrangères. Loin de moi est aussi l'idée de dramatiser le terrain ou de le mythifier pour m'ériger comme un héros des situations difficiles (Olivier de Sardan 1995); je souhaite, en revanche, souligner la particularité d'une situation ethnographique : la paradoxale équation d'une proximité qui éloigne. Comment s'assurer que la proximité culturelle du chercheur indigène n'engendre pas une forme de cécité ethnographique, une incapacité de regarder au-delà de la règle et de l'évidence?¹⁷

Si généralement la confrontation avec l'altérité conforte l'ethnologue dans son identité (moi et l'Autre), il n'en est pas de même dans le cas d'un anthropologue qui se confronte à sa « mêmété »; de cette rencontre naît un profond questionnement sur l'identité. D'autant plus si le chercheur, ce qui est mon cas, retourne chez soi pour étudier les siens après une longue expérience d'exil. Un double travail résulte de cette situation particulière : un travail anthropologique sur les autres et une fouille psychologique sur soi. L'expérience ethnographique, comme en archives, s'accompagne alors d'un travail de dépoussiérage et de nostalgie. Si l'ethnologue étranger est dans une position d'extériorité telle qu'il doit agir par irruption, en pénétrant violemment à l'intérieur (Rabinow 1988), l'anthropologue indigène subit le processus inverse, une éruption, non moins violente, en sortant hors de sa culture. Il doit pratiquer une émergence avant l'immersion. Le chercheur qui est « dans la culture » doit dans ce cas imaginer des procédures de distanciation, de « déboulement » lui permettant de se dégager « hors de la culture » sans pour autant heurter la sensibilité de ses interlocuteurs. Une double distanciation objective est nécessaire dans ce cas : par rapport aux acteurs observés et par rapport à soi-même observant.

Esquisse d'une « érémineutique »

C'est probablement ma position d'anthropologue du dedans, confronté dans ma propre trajectoire à une nécessité de déprise/reprise qui m'a rendu plus sensible aux enchaînements de déplacements des signifiants culturels centraux. Cette attention portée aux voies et aux voix de subversion en œuvre dans la pratique maraboutique¹⁸, est en résonance directe avec mon recours

¹⁷ Cette question a été soulevée par d'autres chercheurs, tant au Maghreb que dans d'autres aires culturelles. Voir par exemple Shahrani (1994), Agier (1997), El Qadéry (2204), Hajjarabi (2005), Leservoisière (2005) et Boissevain (2006).

¹⁸ Le terme français « marabout » est issu du terme arabe *mourabit* et de son dérivé vernaculaire *mrabet*. Le sens étymologique de celui-ci réfère à l'action d'attacher, de nouer, de lier et d'amarer. Le marabout est un homme lié à Dieu. Le lieu qui désigne et symbolise cet attachement est le ribat, un couvent fortifié. Comme je le soulignerai ci-dessous, les deux

fréquent aux termes de « contre » et « anti » tout au long de mon travail anthropologique. Je parle, par exemple, de la portée contre-narrative des *chorfa* de Ben Yeffou (Rhani 2008a), du mythe comme d'un discours contre-narratif (Rhani 2008a), ou d'anti-mythe et de contre-rituel à propos du récit et de la pratique de la voyante-thérapeute (Rhani 2007, 2009), d'une sainteté anti-exemplaire à propos du *majdub*, le saint extatique et marginal (Rhani 2008a), ou de contre-monde à propos du *khla*, ce monde de la négativité (Rhani et al. 2009). Cette posture interprétative, tout en montrant la précision des systèmes classificatoires – surtout de nature généalogique – exprime aussi leur fluidité ainsi que les capacités de subversion des règles et des codes que révèlent les récits et les pratiques. La récurrence de ces termes « antithétiques » reflète une position épistémologique qui m'a informé et a orienté mon regard sur l'ensemble de la réalité sociale et culturelle. C'est de là que vient le sens que je donne à cette « érémiteutique » – une condensation des deux termes érémitique, dans le sens d'ascétique, et herméneutique – qui cherche à cerner la valeur heuristique d'une position de décalage par rapport aux savoirs dominants et où la notion de contre-narrativité est centrale. Cette *érémiteutique* s'inspire également de la portée symbolique de certains concepts de la mystique musulmane, le soufisme, tout en détournant leur charge purement ésotérique et gnostique et en leur donnant une orientation essentiellement épistémologique et anthropologique.

Dans son sens primaire, c'est-à-dire avant son « orthodoxisation »¹⁹ par Ghazali qui le rattacha à la jurisprudence, le *fiqh*, le soufisme, se présentait comme un anti-modèle et décrivait une anti-société. Il s'inscrivait en rupture avec la forte domination de l'esprit juridique et ses conséquences sociales et culturelles : le culte de l'apparence et de la parure, la prévalence du dogme et de la doctrine, la présence de la loi et des codes, etc. Le soufisme du IIe et IIIe siècle de l'hégire (IX^e et X^e de l'ère chrétienne) se présentait ainsi comme une voie d'ascèse qui prônait l'intériorisation et l'approfondissement (Anawati et Gardet 1986). Les premiers ascètes étaient des « saints du désert », au sens tant propre que figuré, qui, dans leur quête de la « connaissance savoureuse »²⁰, la *ma'rifa*, cherchaient, au-delà de la Lettre et de la Loi – la *chari'a* et son dispositif juridique, le *fiqh* – une expérience directe avec le divin (El-Ghadban et Rhani 2005; Rhani 2008c). Le mot *ma'rifa*, qui dérive de la racine verbale *'arafa*, connaître, renvoie donc à une connaissance expérientielle et gustative (*dhawq*). Il faut préciser que c'est le vocable *'ilm*, littéralement science, qui était usité, au début de l'ère musulmane, pour désigner la connaissance, celle que peut notamment avoir l'homme du monde, des choses, des mots et de la création. Cette préférence originelle pour le terme *'ilm* est à chercher, me semble-t-il, dans le message coranique même. Contrairement au terme *ma'rifa*, le *'ilm* y est très récurrent. De même, le Coran ne fait point de distinction entre une gnose, la connaissance mystique, et une connaissance discursive et théorique (Michon 1973). La prédilection ultérieure des soufis pour le terme *ma'rifa* s'explique, entre

premières grandes dynasties marocaines, les Almoravides et les Almohades, sont sorties des ribats. Almoravides signifie littéralement les marabouts, *al-mourabitoun*. Le nom même de la capitale du Maroc, Rabat, qui se dit Ribat en arabe, était bien originellement une forteresse où se fixaient des marabouts (Rhani 2008b). Le terme marabout a cependant évolué pour désigner, progressivement, un ascète guerrier, un saint – ou tous ceux qui seront considérés comme tels : chefs politiques, fondateurs de tarîqa, chefs de confréries, chefs de tribus, hommes pieux, ermites, thaumaturges –, puis son tombeau avec tout l'espace environnant : amas de pierres, arbres, grottes, sources; parfois, il désigne même des tombeaux votifs où une croyance préislamique a pu subsister sous un nom musulman (Aouattah 1995; Andezian 1996; Gardet 2002; Rhani 2008b).

¹⁹ Ce qu'Anawati et Gardet (1986:46) nomment fort judicieusement « la mystique orthodoxisée ».

²⁰ La traduction est d'Anawati et Gardet (1986).

autres, par deux facteurs majeurs et concomitants. Avec le développement de nouvelles sciences pratiques et théoriques – sciences naturelles, sciences physico-chimiques, les sciences du langage et la jurisprudence –, le mot *'ilm* a pris dans les premiers siècles une signification nettement spéculative, désignant surtout une science qui s'acquiert par l'instruction. Elle s'opposait, ainsi, à un savoir gustatif et intuitif. L'essor du mot *ma'rifa* a pu aussi bénéficier d'une rencontre épistémologique entre la pensée soufie et la doctrine néoplatonicienne selon laquelle toute connaissance est une réminiscence ; la *ma'rifa* avec sa connotation de « reconnaissance intime » s'apparentait, de ce fait, à la *gnosis* grecque (*ibid.*:194)²¹. Dans cette « science » ascético-gnostique, il faut distinguer entre une perception apparente et superficielle, *dâhir*, et une connaissance cachée et séminale, *bâtin*. Le sens des choses et des mots n'est donc pas donné et ne flotte pas sur la surface du signifié. Il est dissimulé, fouillé, camouflé, caché, et, pour utiliser un terme cher aux soufis, « voilé » (*mahjub*). Le *ta'wil*, littéralement interprétation, est la méthode qui permet, en partant de la lettre du langage, d'un texte (qui se présente comme un vêtement et une couverture), de percevoir le secret (*sirr*) des réseaux de significations subjacentes (*ma'ânî*, sg. *ma'nâ*)²². Cette science de l'interprétation peut chez certains soufis prendre le sens de *tafsîr* qui, pour signifier cette exégèse symboliste, signifie littéralement « mise à découvert du sens caché » (*ibid.*:143). Le texte, dont la structure est tissée de symbolisme, est le contenant de multiples significations qui peuvent être appréhendées selon deux modes de connaissance qui ne sont pas nécessairement antinomiques²³: d'abord comme reflet extérieur (*dâhir*) – dense, épais et opaque (*kathîf*) –, puis dans sa nature subtile, profonde et viscérale (*bâtin*). Le sens apparent est en même temps le contenant, le réceptacle (*awânî hâmila*), du signifié, le *ma'nâ*, et le voile qui le dissimule. Le grand « combat » gnostique, *mujâhada*, est donc celui du dévoilement (*kashf*) pour percevoir et saisir la véritable signification (*al-ittilâ'*). Dans la perspective mystique, ce dévoilement vise essentiellement la connaissance des réalités mystérieuses de l'existence et du royaume invisible et plus particulièrement la contemplation du divin (Ibn Khaldûn 1991). Certains mystiques musulmans désignent cette approche de « science du dévoilement » (*'ilm al-mukâshafa*) « qui consiste en l'écartement de l'écran, de manière qu'apparaisse nettement l'éclat du Réel en toutes ces choses, avec une netteté telle qu'elle entraîne la certitude » (*ibid.*:173).

M'inspirant de cette distinction soufie, je pourrais dire que l'ériméneutique que je fais mienne est elle aussi une science du dévoilement qui vise à « déchirer » (le *tamzîq* soufi) et à briser (le *kharq*) ce voile qui cache les toiles de significations. Le voile dont il est question ici est fait de textes, de discours, de mythes, de rituels, de proverbes, de paraboles, de métonymies, et parfois même de silences et de non-dits. L'on devine aisément que ce mouvement exégétique, qui va de l'apparent à l'inapparent, est un acte transgressif et

²¹ En dehors de l'usage mystique, les termes *'ilm* et *ma'rifa* sont restés bien distincts : le premier sert à désigner le savoir en général ou une science en particulier; le second renvoie à l'acte cognitif s'exerçant sur un objet donné et les connaissances scientifiques qui en résultent (Michon 1973).

²² Le *ma'nâ* désigne littéralement le sens du mot ou de la chose; en mystique, il renvoie à la signification subtile, la réalité conceptuelle qui réside en toute chose, ainsi que l'état contemplatif de celui qui perçoit cette signification. Dans ce dernier sens, le *ma'nâ* pourrait être rapproché du *hâl*, cet état d'*extasis* qui permet de capter et de saisir le contenu signifié (Michon 1973).

²³ Dans le cadre du soufisme, le message coranique est considéré comme la descente de la Réalité divine dans le monde des formes où elle se laisse appréhender, d'abord comme reflet extérieur (*dâhir*), puis dans sa nature profonde (*bâtin*) (Michon 1973).

violent qui exige un effort ascétique, ce que les mystiques désignent par *mujâhada*, un « combat » qui pourrait être poussé jusqu'à l'extinction (*ikhmâd*) de tout ce qui pourrait entraver – y compris les habitudes et la nature humaine elle-même – le retrait du voile. Dans notre perspective anthropologique, il s'agit essentiellement d'une « violence » exégétique, dans le sens premier de l'*exegesis* grec qui signifie « mener hors de ». Comme l'expriment fort bien Corin *et al.* :

une véritable anthropologie interprétative se doit de combiner une lecture ascétique impliquant rigueur et soumission aux faits culturels (à travers la proximité des faits et la familiarité avec la langue et la culture des autres) et une "violence" qui s'efforce en quelque sorte de "briser" le texte ou le fait culturel pour en faire surgir le sous-texte qui s'y dissimule tout en se révélant de biais dans les marges, dans les parties silencieuses ou réprimées, ou encore dans les jeux et déguisements de la culture. Le sens à dévoiler n'est jamais réductible à ce qui apparaît à la surface des choses; pour l'atteindre, l'effort et la discipline de la méthode doivent être complétés par la recherche audacieuse des parties cachées et occultées de la culture. Une méthode interprétative intégrant ascétisme et violence se fonde sur l'idée que l'ordre de la culture subsume l'ordre du texte (1993:125-126).

Une telle herméneutique appréhende donc le fait culturel dans sa dimension complexe et « feuilletée », tant au niveau socioculturel et personnel que sur le plan cosmologique, historique et politique, tout en interrogeant, parallèlement, ses articulations souterraines et ses expressions « réprimées », « détournées » et « déguisées » (Bibeau et Corin 1995). La transgression interprétative permet d'aller au-delà, ou hors, du donné-culturel, le texte, en intégrant ses marges, ses brouillons, l'anti-texte et le sous-texte, à une lecture complexe, plurielle et interstitielle.

Dans son livre *Un ethnologue au Maroc*, Rabinow (1988) ajoute une autre acceptation de l'approche interprétative en ethnologie qui, s'inspirant de la définition de Paul Ricœur, désigne l'herméneutique comme la compréhension de soi obtenue par le détour de la compréhension de l'autre. C'est de cette conception interprétative que s'inspire également ma propre érémineutique qui appréhende le terrain ethnographique en même temps d'une façon critique, distancée et réflexive. Sans pour autant oublier la particularité d'une situation ethnographique : celle d'un ethnologue qui – après un long séjour en Occident – retourne pour étudier sa propre culture. C'est probablement cette position d'anthropologue du dedans, confronté dans ma propre trajectoire à une nécessité de déprise/reprise qui m'a inspiré une approche érémineutique qui cherche à cerner la valeur heuristique d'une position de décalage par rapport aux savoirs et normes dominants.

Références

- Agier, Michel
1997 Ni trop près ni trop loin. De l'implication ethnographique à l'engagement intellectuel. *Gradhiva* 21:69-76.
- Anawati, Georges C. et Louis Gardet
1986 *Mystique musulmane : aspects et tendances, expériences et techniques*. Paris: Vrin.
- Andezian, Sossie
1996 L'Algérie, le Maroc, la Tunisie. *In* Les Voies d'Allah. Les ordres mystiques dans le monde musulman des origines à aujourd'hui. Alexandre Popovic et Gilles Veinstein, dir. Pp. 389-408. Paris: Fayard.
- Aouattah, Ali
1995 Anthropologie du pèlerinage et de la sainteté dans le maraboutisme marocain. *IBLA* 58, 175:31-54.
- Belkeziz, Abdelilah
2009 De la renaissance arabe à la modernité [en arabe: *mina al-nahda ila al-hadâtha*]. Beyrouth: Centre des Études de l'Union Arabe.
- Ben Jelloun, Tahar
1981 *La prière de l'absent*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bibeau, Gilles et Ellen Corin
1995 From Submission to the Text to Interpretive Violence. *In* *Beyond Textuality: Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. Gilles Bibeau, and Ellen Corin, eds. Pp. 3-54. Berlin / New York: Mouton de Gruyter.
- Boissevain, Katia
2006 Le doute ethnographique. Retour sur une démarche de terrain. *Arabica* 53(2):211-231.
- Castillo, Eduardo González, Anne Lavanchy, Zakaria Rhani et Karoline Truchon
2008 L'anthropologie et ses lieux : Altérité, genre, relativisme culturel et décolonisation. *Anthropologie et Sociétés* 32(hors série):118-127.
- Corin, Ellen; Gilles Bibeau et Elizabeth Uchôa
1993 Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologie et Sociétés* 17(1-2): 157-172.
- Crapanzano, Vincent
1973 *The Hamadsha: A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- El-Ghadban, Yara et Zakaria Rhani
2005 Les tribunaux islamiques: pour ou contre, qui donc a le droit de parole? *Dire* 15(1):47-50.
- El Qadéry, Mustapha
2004 Anthropologie de soi? *Tirzi n Uruma* (colonisation) et *Tirzi n Iwatan* (indépendance). Cahiers de recherche du Centre de Jacques Berque

(CJB) 1:195-202

Filali, Leïla

2007 L'institution du sanctuaire entre la symbolique du culte et les données naturelles : des perspectives de développement. Le cas de Sidi 'Abdelaziz Ben Yeffou [En arabe: mo'assat addarîh bayna ramziyat attogûss wa mo'tayât attabî'a. Al-wâqi' wa al-'âfâq attanmawiya: Halat darîh sidi Abdelaziz Ben Yeffou]. Thèse de DESA, Université Hassan II, Faculté des Lettres, Casablanca.

Gardet, Louis

2002[1967] L'Islam : religion et communauté. Paris: Desclée de Brouwer.

Geertz, Clifford

1968 Islam Observed: Religious Development in Morocco and Indonesia. New Haven: Yale University Press.

Hajjarabi, Fatéma

2005 Une ethnologie chez soi est-elle possible? Cahiers de Recherche du Centre Jacques Berque 3:233-243

Hammoudi, Abdellah

1988 La victime et ses masques : essai sur le sacrifice et la mascarade au Maghreb. Paris: Éditions du Seuil.

2000 Construction de l'ordre et usage de la science coloniale : Robert Montagne penseur de la tribu et de la civilisation. *In* La sociologie musulmane de Robert Montagne. François Pouillon et Daniel Rivet, dir. Pp. 265-288. Paris: Maisonneuve et Larose.

Hermans, Philip

2007 De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen. Amsterdam: Bulaaq.

Ibn Khaldûn, Abd er-Rahman

1991[~1373] La voie et la loi, ou, Le maître et le juriste [Shifâ' al-sâ'il li-tahdhîb al-masâ'il]. René Pérez, trad. Paris: Sindbad

Laroui, Abdallah

1967 L'idéologie arabe contemporaine. Paris: Maspero.

Leservoisier, Olivier

2005 Introduction. L'anthropologie réflexive comme exigence épistémologique et méthodologique. *In* Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête. Olivier Leservoisier, dir. Pp. 5-32. Paris:Éditions Karthala.

Maarouf, Mohamed

2004 The Discourse of the Carnavalesque in Moroccan Popular Culture: Jinn Eviction as Discourse and Practice of Power. The Maraboutic Discourse and the Ideological Schemata of Domination and Submission. Thèse de doctorat, Faculté des Lettres, Université Abou Chouaïb Doukkali, El-Jadida.

2007 Jinn Eviction as a Discourse of Power. A Multidisciplinary Approach to Moroccan Magical Beliefs and Practices. Leiden-Boston: Brill

Melliti, Imed

- 2006 Une anthropologie « indigène » est-elle possible? Réflexion sur le statut de l'anthropologie en Tunisie. *Arabica* 53(2):163-176.
- Michon, Jean-Louis
1973 Le soufi marocain Ahmad Ibn 'Ajība (1746-1809) et son Mi'rāj : glossaire de la mystique musulmane. Paris: Vrin.
- Moussaoui, Abderrahmane
2005 La pratique de l'anthropologie en Algérie. *In* La Méditerranée des anthropologues : fracture, filiations, contiguïtés. Dionigi Albera et Mohamed Tozy, dir. Pp. 269-295. Paris: Maisonneuve et Larose.
- Naamouni, Khadija
1993 Le culte de Bouya Omar. Casablanca: Éditions Eddif.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre
1995 La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête* 1:71-109.
- Rabinow, Paul
1975 *Symbolic Domination: Cultural Form and Historical Change in Morocco*. Chicago: University of Chicago Press.
1988[1977] *Un ethnologue au Maroc: réflexions sur une enquête de terrain*. Tina Jolas, trad. Paris: Hachette.
- Rachik, Hassan
2005 Lire des textes anthropologiques sur « sa propre culture ». *In* La Méditerranée des anthropologues : fractures, filiations, contiguïtés. Dionigi Albera et Mohamed Tozy (dirs). Pp. 351-365. Paris: Maisonneuve et Larose.
- Rhani, Zakaria
2007 Possession et exorcisme : rituels de « l'hostipitalité ». *In* Célébrer une vie. Actes du colloque en honneur de Jean-Claude Muller. Kiven Strohm et Guy Lanoue, dir. Pp. 214-232. Montréal: Département d'Anthropologie, Université de Montréal.
2008a Saints et rois : la genèse du politique au Maroc. *Anthropologica* 50(2):375-388.
2008b Le Culte de Ben Yeffou: sainteté, rituel et pouvoir au Maroc. Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Département d'anthropologie, Montréal.
2008c Le pluralisme en Islam : du lien spirituel aux rapports politico-juridiques, *InterCulture* 154:33-38.
2009 Le chérif et la possédée : sainteté, rituel et pouvoir au Maroc. *L'Homme* 190:27-50.
- Rhani, Zakaria; Jamal Bammi et Mohamed Mouhiddine
2009 Sainteté et écologie au Maroc : un essai anthropologique. *Revue de Géographie du Maroc* 25(1-2):197-212.
- Shahrani, Nazif M.
1994 Honored Guest and Marginal Man: Long-Term Field Research and Predicaments of a Native Anthropologist. *In* Others Knowing Others. Perspectives on Ethnographic Careers. Don D. Fowler, and Donald L. Hardesty, ed. Pp. 15-67. Washington / London: Smithsonian Institution Press.

Westermarck, Edward

1926 *Ritual and Belief in Morocco*, tome I. London: Macmillan.

*Zakaria Rhani
Research Fellow
Department of Anthropology
Princeton University
zrhani@princeton.edu*



Teaching at the Margins: Experiences of Anthropology and Medicine in a Middle Eastern Setting

Omar Dewachi
Université de Montréal

For the last four years I have been teaching the Social Preventive Medicine (SPM) course to first year medical students at the American University of Beirut (AUB) in Lebanon. Around eighty students attend this core course, which is part of the teaching of public health within the medical curriculum. During the course of these years I have attempted to use the SPM as a platform to introduce theories and methods in medical anthropology to medical students. As both a medical doctor trained in Iraq – and an anthropologist – trained in the United States – this task has presented me with many challenges, as well as, offered me insights into tensions between the two fields. These experiences are the subject of this essay, which attempts to explore teaching at the margins of anthropology and medicine in a Middle Eastern setting. While situated at different margins, I reflect on how this course became an interesting site for exploring the complex task of teaching medical anthropology in a non-western context, while, at the same time, raising a set of paradoxes that are particular to teaching medical anthropology in a post-colonial setting. My attempt here is not to generalize my experiences or to reify the dichotomy of East and West; rather, it is to situate them within their socio-political, economic and historical realities.

For many years now, medical anthropology has developed quite a respectable presence within and around the medical sciences in North America. Many medical schools include anthropological scholarship as part of their curriculum. Themes such as global health, alternative healing, cultural competence, and illness narratives have become part of the realities of medical education in many schools, especially in the context of the management of migrant communities and native populations and the implementation of local, as well as, international, research and policy

agendas. These themes, even with their limitations and problematic theorizations, have opened the door for an interesting dialogue between medical and social scientists. With the aim of directing this growing field of knowledge towards health practitioners, much of this liaison is currently found in departments of social medicine, public health and other interdisciplinary units and programs. The relative popularity of such interdisciplinary interests has also benefited from the increase in number of medical doctors who are trained in anthropology, as well as other fields in the social sciences and humanities. Medical anthropologists/physicians, such as Paul Farmer, with strong followings within the medical establishment, have managed to take these connections to a new level by attempting to highlight the political and the economical when interpreting the various inequalities and causalities of illness and disease, while at the same time showing its practical relevance to a critically oriented medical practice. As the relationship between the two fields is being redefined, medical anthropologists still face a lot of difficulties outreaching, not to mention, bridging differences within a positivist field of knowledge such as medicine.

With maybe some exceptions, medical anthropology's marginal role in medical teaching in non-western settings presents similar, yet at the same time, a whole different set of issues and challenges. In a way, it implies two obvious margins, both teaching within a positivist approach of medical or public health faculties, as well as, teaching in a non-western setting. This double marginality conjures paradoxes, which highlight certain "post-colonial" anxieties pertinent to the position of both medicine and anthropology in such places. By post-colonial anxieties, I refer to dilemmas of engagement arising from the complex position of these two fields at the borderlines of metropolises and post-colonies, empire and the nation-state, and immigration and return. To explore further the cartography of these different margins and anxieties, let me first give a short trajectory of my own personal journey, as I think it will shed light on some of the pertinent issues I am addressing in this essay.

Exile

I studied medicine at the University of Baghdad in the 1990s, the same period during which international sanctions were imposed on Iraq after the invasion of Kuwait. During my medical training and practice I witnessed the various social and economic impacts of the sanctions on the country's medical system and the health of the people. Infectious diseases and cancer rates were skyrocketing as massive bombings using depleted uranium during the 1991 war took its toll on social services and the environment in Iraq. Meanwhile, deteriorating economic conditions were prominently visible amongst the vulnerable. As an example, there was an epidemic of fresh cases of child malnutrition, a condition rarely seen prior to the sanctions, and which was attributed largely to the collapse of the country's economy. With a lack of medication, medical supplies and the deterioration of the entire health system during the sanctions, day-to-day medical practice was dramatically affected, putting doctors and the general health professionals under a lot of strain. Practicing medicine in such conditions rendered medical textbooks obsolete, as improvisation with whatever one had at hand became the rule. When the economic inflation hit its highest point, salaries for medical doctors ranged between 2-5\$/month. Moreover, as government employees, doctors were banned from traveling outside Iraq. Thus, young medical professionals started

seeking alternative jobs to support their families or chose to escape the country in search of a better life abroad. Being part of this generation of medical professionals, feeling helpless and inapt to practice medicine in Iraq, I fled into exile in 1998 with the help of special traffickers specialized in smuggling medical doctors out of the country. For 3 years I lived in Lebanon, where, 8 years after the end of its civil war, the country was still struggling with the effects of a lack of organized health care. In Iraq health care was mostly nationalized, yet the effects of the sanctions on the totalitarian regime in Baghdad impacted its capacity to provide health services to its population. In Lebanon, however, even with the abundance of medical supplies and high-tech diagnostics, health inequalities dominated the provision of care. To the degree that the state's provision of health care to its population was inept, the private sector had "successfully" taken over the role of health provider. With a for-profit sector attempting to capitalize on the provision of health, the general population was left with no legal protection or an equitable plan. Working as an Iraqi medical doctor in Lebanon was itself a marginal experience. As a foreign doctor, I was not allowed to practice "legally." The requirement for licensure in Lebanon included passing a general written medical exam and paying 50,000\$ to the medical association to be registered for practice in the country. I moonlighted in the emergency ward of a hospital that would still employ foreign doctors for relatively low and unstable monthly salaries. At this point, it became clear to me that one can never separate the practice of medicine from the social and political context. Frustrated with the potentials and disenchanting with clinical practice, I moved to the study of public health at AUB, seeking a wider engagement with various health questions. Studying and working in public health, I became more aware of the larger context of health and illness through examining these issues from the population's perspective. Still, even public health, with its focus predominantly on quantitative approaches, was not able to answer the crucial questions at the heart of these social phenomena. As my path crossed with anthropology, I realized that, as a critical discipline, it had an interesting way of navigating between the various levels of the personal, the social, the economic and of course the political. As I embarked on my graduate studies in anthropology at Harvard University, my insight into the role of social sciences in medicine was taking shape. It was clear to me that anthropology could provide an important critical lens into the practice of medicine and public health, much needed in many parts of the Middle East. Still being a medical doctor trained in the "developing world" was "not good enough" to allow me to practice medicine in North America, even if I were to have spent a lot of time and money preparing for exams and tests – an ordeal I opted not to pursue. Even though I am continuously presented in conferences, amongst colleagues and in many social settings, as a medical doctor/anthropologist, the experience I had gained was very different from that of colleagues who had been entirely trained in a North American system. My position as a medical doctor and anthropologist is something I am constantly trying to reckon with as I attempt to make sense of my career as an anthropologist and teacher of medical anthropology to medical students at the AUB.

Return

Established as the Syrian Protestant College in 1866, the AUB is considered one of the teaching institutions that played a key role in the production of knowledge and expertise in the region. A vibrant political campus, the AUB has been essential in the history of political movements by endorsing

ideological thoughts across the political spectrum. The medical school was originally established in 1867 and slowly grew to be one of the most important and prestigious schools in the training of medical doctors in the Middle East during the late 19th and 20th century. The medical school also attracts students from all around the Arab region. Yet, only the privileged can afford the high tuition fees, a hurdle for many students from lower income classes. Even though the school was essential in training doctors who took their place in the practice of medicine and politics in the region, it has been an important institution for the export of medical doctors to the West, especially to the United States. It is the dream of most of these young medical students to specialize in the West and for many to move there permanently – this is part of a general phenomenon amongst many young professionals and graduates in Lebanon.

In 2004 I returned to Beirut, invited by the American University to teach the Social Preventive Medicine course. My task was not straightforward. I was asked to teach a course to medical students, which would sensitize them to the importance of public health and its different domains. It was important for students to see health as a bigger concept, and that they, as future doctors, were just part of its workings rather than at its center. The SPM at AUB was originally designed during the 1970's as part of the teaching curriculum to introduce public health into the teaching of medicine. Throughout the years, the course was taught by a number of medical doctors who had, more or less, chosen "alternative" careers in medicine, working in public health and primary health care. Being taught to first year medical students, the course was intended to leave an impression on medical students as to the importance of a collective vision of health in their future medical practice. The course was also dreaded by many faculty members in public health who were overwhelmed with dealing with teaching concepts of public health to intense and competitive "biologically oriented" first year medical students. The SPM course was, indeed, located at the margins of medical education at AUB.

When I was asked to teach the SPM, I opted to modify the course material with an introduction to medical anthropology, all the while keeping the connections with public health and clinical medicine strongly pertinent. Choosing the material was very tricky since the majority of students came from pure scientific backgrounds. The education system at AUB simulated American university systems with 3-4 years of pre-med courses. This required students to take core courses in the humanities, which many underappreciated. In an attempt to make the course more relevant to the students, I focused the main themes of the course around questions of social suffering and inequality, hoping to use them to inject some anthropological perspective into the teaching of the course. The course attempted to start from the social context of the clinical encounter and expanded beyond to the interconnectedness of the social, political and economic dimensions of health. The course culminated in the final assignment, a "mini-ethnography," which the students conducted either individually or in pairs. The assignment entailed an interview with a person suffering from a chronic health condition or a member of their family. The assignment pushed the students to take a long social history of the condition, attempting to explore the narrative of illness, its social and cultural contexts, as well as how it features within the general health system of the country. These were not in-depth anthropological accounts, yet still some of the papers were surprising with their insights. For many of the students this was a daunting task as this was their first "patient" interview. Each year students handed in their assignment about various conditions and their takes on the health system in the country. Even though

many were reluctant in the beginning, the assignment became one of the most fruitful experiences for the students during their first year medical training. One of the main challenges of this course was to make available material in medical anthropology relevant to student interests. Heavy-handed theory did not work very well, though some did really appreciate it. Reading bits and pieces of medical anthropology classics, such as Emily Martin's (1992) *The Women in the Body*, Arthur Kleinman's (1988) *The Illness Narrative* and Paul Farmer's (1999) *Infections and Inequalities*, the course tried to revisit the clinical relevance of such material within the context of the Middle East. Still, the reception of the material was fascinating to see. The sections on medical ethics attracted considerable debates in class. In addition to reading material on bioethics, we tried in class to build on case studies and examples from the day-to-day clinical encounters. I used examples from my own experiences in Iraq working under the sanctions and having to make difficult decisions under harsh circumstances. I tried to show that these decisions were not just clinically driven, but rather were subject to many other factors and variables, which controlled the daily medical practice. Guest speakers also shared their own experiences about dealing with patients and the health system in the country, while students also presented some of their own encounters with their interviewees. Still one of the most challenging aspects was getting the students (and sometimes the guest speakers) to appreciate that while there were clear "right" and "wrong" decisions, other decisions, which hinged on cultural moral reasoning, were ambiguous and carried no clear answers. The point was not to represent a relativistic point of view on health and illness, rather it was to initiate a debate and dissect these cases and the different moral and medical contingencies constantly emerging. It became clear to me that this was not the right place for teaching students anthropology or methodology, even though I think there is always the possibility of finding a few students who would be interested and would like to pursue that interest elsewhere. The kernel of the course was to get medical students to start questioning given facts that are handed to them in their medical education, as well as much of the social and cultural assumptions that are attached to health and illness. The course was, more or less, a lens-box, where different lenses were utilized to see the big picture with more sharpness and acuity.

Still, it was not an easy task to highlight the local relevance of such reflections given the lack of serious medical anthropological studies on the region. Focusing on the local setting was important as part of creating critically-minded doctors who would eventually make future changes in the practice of medicine and public health in the country and the region. One of the main points of contention of the course had to do with the career trajectory of these medical students at AUB. These were not students trained in a western setting where they will deal eventually with migrant communities or travel to a "third world" country for a semester. Many aimed at ending up in the United States for their specialization and/or to live. The fantasy of the American health system, as "the best medical system in the world" was disturbingly held with strong faith. I tried to undermine this fantasy by getting students to read articles about the problems in the American health system. I even organized a screening of Michael Moor's *Sicko*, which was received with shock and awe. Nevertheless, the paradox was that many times my attempts to teach about the specificities of the local context in the Middle East or other regions turned into students' curiosity about medical practice in the United States. I was asked constantly about how I got into Harvard and how come I managed to get a scholarship to study something other than clinical medicine. I constantly questioned myself as to whether I should encourage students to stay in

Lebanon and work or whether I should accept and probably support their desires to ride the immigration wave and the various possibilities of traveling and specializing in the US. As someone returning from the West, I didn't want to be hypocritical about the "value" of specializing in the West and its symbolic capital: The only reason I was standing in front of them teaching was attributed to my studies in the West. Ironically studying in the West also legitimated my training as a medical doctor; I was the doctor/anthropologist who would be the right person to teach medical students. These post-colonial anxieties reflected the position of medicine, as well as anthropology, at such margins as mostly dependant on metropolises and empires.

These experiences, as marginal as they are, represent an interesting site to think further about forging new relationships and networks with other programs, both at the local and international levels. In recent years, several universities in the Middle East have shown a genuine interest in including social science in the teachings of medicine. Medical schools in Lebanon, Syria and Egypt have been attempting to incorporate more "social science" within their medical curriculums, and medical anthropologists are called upon to aid in this process. This interest partly stems from the desire of many of these schools to be accredited in the West, as reviews of these schools are being done by western institutions. Even though the definition of what could be included or considered as social science is itself a point of contention, and despite the fact that western universities were not necessarily the right models to draw on in non-western settings, this opening has presented itself as an opportunity for medical anthropologists in the region to seek recognition within medical establishments and finally be heard. The direction that this new interest will take and its repercussions is something that remains to be seen. Yet, unless more collective and institutional efforts are made towards developing a localized perspective on social sciences and humanities within medical education, such experiences will remain somewhat sporadic.

Conclusion

In *Writing at the Margin* Arthur Kleinman (1995) characterizes anthropology and the anthropologist as being constantly at the margin of medicine. The margin is what allows the anthropologist to situate his/her critique onto the inequalities of health and power relations of medicine and medical practice. In the Middle East in general and in Lebanon in particular, teaching medical anthropology to medical students invokes a multitude of margins which lie at the crux of disciplines and post-colonialism. As I have shown, my own experience of teaching medical anthropology to medical students in Beirut was wrapped in a set of anxieties about immigration, professionalization in the West and the trajectory of medicine and anthropology within certain contexts. In other words, such experiences of teaching and practice, as well as engagement, cannot be dissociated from the socio-political, historical and economic realities of society. This tension between medicine, anthropology and the post-colonial setting is what makes teaching at these margins an exciting and challenging process, where medical anthropology will hopefully always work as a critical lens not only on medical practice and practitioners, but on their position within the borderlines of our own post-colonial anxieties.

References

Farmer, Paul

1999 *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur

1988 *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.

1995 *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Martin, Emily

1992 *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction; with a New Introduction*. Boston: Beacon Press.

*Omar Dewachi
Postdoctorant
Département d'anthropologie
Université de Montréal
omar.dewachi@gmail.com*



À la marge. Risquer l'anthropologie.

Entretien avec Philippe Bourgois¹

Nelson Arruda
Chercheur indépendant

Au milieu des années 1980, Philippe Bourgois² entreprend un travail de terrain parmi les vendeurs de crack à East Harlem qui allait marquer sa carrière d'anthropologue. Son travail dans le « El Barrio », donna lieu à la publication d'un livre qui dépeint de manière engagée et franche le monde de la vente du crack, In Search of Respect (1995)³, et qui lui valut une reconnaissance internationale en tant qu'anthropologue de la santé.

Continuant à orienter ses travaux vers les formes les plus radicales de la pauvreté et de la marginalité, Bourgois réalise un travail de terrain de plus de douze ans (1994-2007) à San Francisco, dans les campements de sans-abri ayant une dépendance à l'héroïne et au crack. Ses projets sur la prévention du VIH étant actuellement subventionnés par le National Institute of Health (NIH), Bourgois continue à développer des thèmes centraux à son travail tels

¹ Malgré le fait que le vouvoiement soit de mise dans le cadre d'un entretien de la sorte, Philippe Bourgois a insisté pour que son intervieweur, avec qui il collabore depuis deux ans, emploie le tutoiement lors de l'entretien et de sa publication.

² Philippe Bourgois est Professeur au Département d'anthropologie et au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Pennsylvanie. Ses recherches sont subventionnées par le *U.S. National Institute on Drug Abuse Grants* (DA 010164, MH078743, DA021627, DA027204) ainsi que par le *California HIV/AIDS Research Program* (ID08-SF-049) et le *President's Office* de l'University of Pennsylvania à travers le *Richard Perry University Professorship*.

³ Cet ouvrage a également été traduit en français : *En quête de respect. La vente de crack à New-York* (2001).

que la souffrance sociale et le concept d'Inner-City Apartheid. L'objectif premier de son travail est d'examiner la manière dont les relations macrostructurelles de pouvoir affectent le comportement individuel, c'est-à-dire comment les liens se créent entre des individus vulnérables susceptibles de contracter le VIH et les catégories sociales qui sont façonnées par les relations de pouvoir. Les conclusions de cette recherche sont maintenant publiées dans un ouvrage coécrit avec Jeff Schonberg : *Righteous Dopefiend* (2009).

Son travail dans le domaine de la prévention du VIH l'amène à collaborer avec des spécialistes de l'épidémiologie et de la santé publique. À ce sujet, il affirme que les recherches quantitatives et qualitatives traitant de la souffrance sociale des populations marginalisées et consommatrices de drogues doivent surmonter leurs dogmes disciplinaires et exploiter leur complémentarité à travers un dialogue à la fois méthodologique et théorique⁴.

Lors de cet entretien avec Philippe Bourgois, nous avons tout d'abord voulu profiter de la récente publication de *Righteous Dopefiend* (2009) afin de discuter de l'approche théorique guidant ses analyses des problèmes liés aux populations marginalisées et consommatrices de drogues. De plus, nous avons cru nécessaire d'aborder le sujet de la collaboration entre l'anthropologie et la santé publique, ainsi que les considérations pragmatiques émanant de cette dernière. Ce sujet est notamment illustré en employant l'exemple d'un projet de recherche mené à Montréal auquel il collabore.

Ton nom est souvent associé à l'anthropologie de la santé et aux recherches portant sur la consommation de drogues illicites. Es-tu à l'aise avec cette étiquette?

Philippe Bourgois : Je trouve ces étiquettes problématiques. Ces catégories ne sont pas d'ordre théorique, elles sont plutôt imposées par les logiques bureaucratiques et institutionnelles, de même que par les organismes subventionnaires. En fait, je n'ai pas commencé ma carrière en tant qu'anthropologue de la santé. J'ai appris que j'en étais un seulement lorsque j'ai reçu un appel téléphonique d'Arthur Kleinman, qui m'a dit : « Vous ne savez peut-être pas que vous êtes un anthropologue de la santé, mais vous êtes au cœur de la discipline! ». À ce moment, je n'avais pas encore publié *In Search of Respect* (1995), mais j'avais écrit quelques articles à partir des données recueillies lors de ma recherche à East Harlem. Pour être franc, à cette époque je n'étais pas très familier avec la littérature de l'anthropologie de la santé. Quelques années plus tard, je lisais beaucoup plus d'ouvrages associés à ce domaine que toute autre forme de littérature anthropologique et je remercie spécialement Arthur Kleinman de m'avoir « étiqueté » en tant qu'anthropologue de la santé.

En fait, je crois que l'anthropologie de la santé a réellement pris un tournant intéressant dans les dix ou vingt dernières années, ce qui l'a rendue beaucoup plus pertinente que d'autres domaines de l'anthropologie. D'une part, nous le devons à des chercheurs-clés de la sous-discipline, comme Arthur Kleinman et Nancy Scheper-Hughes, qui ont toujours insisté sur le fait

⁴ Voir Bourgois (2002b).

de ne pas se limiter uniquement à des thèmes étroitement liés à l'anthropologie de la santé. D'autre part, c'est vraiment une spécialité qui a commencé à produire de la théorie pour les autres domaines de l'anthropologie et pour les sciences sociales en général.

*Dans un précédent entretien, tu as mentionné que ton style d'écriture avait changé lorsque tu écrivais *In Search of Respect* (1995). Comment ton écriture a-t-elle évolué entre *In Search of Respect* (1995) et ta dernière œuvre *Righteous Dopefiend* (2009), qui vient d'être publiée?*

Philippe Bourgois : Ça fait tout de même un bon moment que j'ai écrit *In Search of Respect* (1995). Je l'ai écrit en 1994. À ce moment-là, même si j'avais lu Foucault lors de mes premières années universitaires, je n'étais pas assez « sophistiqué » pour le comprendre. Honnêtement, j'avais une certaine réticence envers les écrits de Foucault, peut-être en raison de l'analyse qu'on en faisait dans le nord de la Californie. C'était une interprétation qui rendait Foucault très hostile à l'économie politique et, surtout, à n'importe quelle influence marxiste. En réaction à ces interprétations, je ne prenais donc pas le temps pour le relire sérieusement. À cette époque – nous sommes en 1994 –, je venais tout juste de commencer mon travail de terrain pour *Righteous Dopefiend* (2009). Étant subventionné par le *National Institute of Health* pour une recherche sur la prévention du VIH, j'ai discuté du terrain avec Jim Quesada, un collègue de *San Francisco State University* – qui, lui, est formellement considéré comme un anthropologue de la santé –, car je sentais que je n'étais pas assez familier avec la littérature en anthropologie de la santé et de la prévention du VIH. Il me parlait constamment de « biopouvoir », car il voyait que je n'employais jamais ce concept et que selon lui, « je jetais le bébé avec l'eau de la baignoire » au sujet de Foucault. C'était comme si je n'étais pas en mesure d'accepter une autre conceptualisation du pouvoir et que je revenais toujours vers un concept de classe sociale plus classique et plus centré sur une organisation de la production, de la distribution, des ressources et du capital, historiquement déterminée par les forces économiques et politiques. Alors, il a pris une vieille copie d'*Histoire de la sexualité* (1976) et a surligné les passages qui permettaient de mieux saisir le concept de biopouvoir. En toute vérité, je dois avouer que je suis pratiquement tombé amoureux de ces passages de Foucault. Par la suite, j'ai commencé à le lire sans arrêt pendant trois, quatre mois. Tout le monde sait que lorsqu'on commence à lire Foucault, ou n'importe quel auteur qui a un sens de l'analyse aussi perspicace, on commence à voir le monde à travers ses « lunettes ». Alors, j'ai immédiatement écrit un article, un peu naïvement, au sujet du biopouvoir et de l'utilisation de la méthadone en tant que traitement pour les héroïnomanes⁵. Bien que j'aime encore cet article, c'était ma première exploration profonde de la perspective de Foucault. Donc, *Righteous Dopefiend* (2009) est fortement influencé par Foucault. Toutefois, c'est une interprétation qui, d'une certaine façon, critique l'interprétation nord-californienne de Foucault qui le voit comme étant totalement incompatible avec le marxisme. *Righteous Dopefiend* (2009) est, en effet, une interprétation foucauldienne et marxiste en même temps.

L'autre théoricien qui est très présent dans *Righteous Dopefiend* (2009) est Pierre Bourdieu qui, lui aussi, est rarement lu en conjonction avec Foucault aux États-Unis. J'avais déjà lu Bourdieu lors de la rédaction d'*In Search of Respect* (1995). Pendant que je réalisais mon terrain à East Harlem, j'ai eu la

⁵ Voir Bourgois (2000).

chance de rencontrer Loïc Wacquant au moment où il entreprenait son terrain dans le ghetto à Chicago. Comme tout le monde qui le connaît le sait, il est impossible de ne pas en apprendre beaucoup au sujet de Bourdieu en sa présence! Il me fait toujours parvenir des articles et des chapitres de ses livres préférés, ce qui m'a permis de développer une compréhension beaucoup plus profonde et détaillée de Bourdieu dont l'analyse devient plus importante et subtile dans *Righteous Dopefiend* (2009).

Le troisième théoricien m'ayant inspiré est complètement différent des deux autres. Il s'agit d'un philosophe qui m'a beaucoup influencé après la publication d'*In Search of Respect* (1995). J'avais déjà lu certains de ces travaux, mais c'était uniquement dans le but de l'inclure dans le cadre de cours d'introduction à l'anthropologie. Il s'agit du philosophe italien Primo Levi, survivant d'Auschwitz. C'est surtout son concept de la « zone grise »⁶ que j'ai commencé à développer quand je voyais la dureté, la méchanceté, l'agressivité ainsi que la « petite » et « grande » violence qui caractérisaient les relations interpersonnelles des sans-abri héroïnomanes lors de mon terrain à San Francisco. D'une manière plus personnelle, il a également eu une grande influence sur moi, car au moment où je commençais mon terrain à San Francisco, je poursuivais, en parallèle, un projet autoréflexif concernant l'expérience de mon père, ayant lui aussi été à Auschwitz⁷. Mon père avait été dans la même usine que Primo Levi, la IG Farben; il travaillait dans la construction tandis que Levi était dans le secteur de la recherche. Mon père n'est pas juif. Il était ce que Levi aurait appelé un « travailleur civil ». Ce n'était pas du travail volontaire puisqu'il avait été déporté contre son gré et il ne pouvait pas quitter l'usine. Malgré cela, en comparaison aux Juifs dans les camps d'extermination, il était bien traité. Il avait été déporté de Nice (en France) pour le « service de travail obligatoire »; une mesure imposée par les occupants nazis afin de recruter de la main-d'œuvre bon marché qui travaillerait dans les usines de guerre allemandes.

J'ai donc transformé mon père en sujet ethnographique afin qu'il me parle de son expérience. Malgré sa résistance et sa relation ambiguë avec le projet, nous avons réussi à discuter de son expérience pendant mes nombreux allers-retours entre San Francisco et Genève, où il habite. Ça peut paraître un peu bizarre d'avoir converti mon père en sujet ethnographique, mais ce fut formidable pour notre relation interpersonnelle. Nous avons mûri intellectuellement et philosophiquement ensemble, en parlant à plusieurs reprises des détails de la survie, de la résistance et du fait de collaborer, sans nous en rendre compte, à la construction du camp de concentration d'Auschwitz. C'est pendant ces moments que j'ai lu, avec le plus d'attention, les ouvrages de Primo Levi. J'avais ainsi en tête des thèmes cruciaux tels que la survie à Auschwitz, la manière dont des structures abusives transforment les individus et comment ceux-ci, abusifs à leur tour, créent des hiérarchies contradictoires de solidarité et de trahison à même leurs relations interpersonnelles. Cette analyse se transposait très bien aux horreurs que je voyais dans la rue chez les sans-abri toxicomanes qui fuyaient la brutalité policière et les abus de la guerre contre la drogue. Mes années de terrain (1994-2007) pour *Righteous Dopefiend* (2009) coïncident avec une escalade dans la guerre contre la drogue aux États-Unis, pendant laquelle nous avons assisté à une augmentation de 400 % de la population dans les institutions carcérales. À partir de mon travail dans la rue, j'ai essayé de montrer

⁶ Cette notion a été principalement développée dans *Les naufragés et les rescapés* (1989), mais aussi dans *Si c'est un homme* (1987).

⁷ À ce propos, consulter Bourgois (2005).

comment les relations interpersonnelles et, plus particulièrement, les trahisons entre les sans-abri toxicomanes, étaient toutes deux plus largement liées aux forces structurelles inhérentes à cette guerre contre la drogue – tout en gardant en tête le fait que ces mêmes dynamiques façonnent de manière importante la subjectivité des consommateurs de drogues.

Théoriquement, l'influence de ces trois penseurs est ce qui différencie le plus *Righteous Dopefiend* (2009) d'*In Search of Respect* (1995). Mais aussi, la conception du corps issue des approches de Margaret Lock et Nancy Scheper-Hughes⁸, de même que la préoccupation pour la souffrance sociale de Kleinman⁹ m'ont été très utiles lors de mon terrain pour *Righteous Dopefiend* (2009).

Ce qui m'intéressait était de voir comment la souffrance sociale est inscrite dans le corps et comment le corps est marqué par les hiérarchies centrales de la société (l'ethnicité, la classe sociale, le statut de toxicomane, l'âge, l'intelligence, etc.). Tout ceci était clairement inscrit dans le corps et je devais l'analyser. Il y a justement un chapitre dans ce nouveau livre consacré à la relation que les Blancs et les Afro-Américains entretiennent par rapport à leur corps et à la manière de le déployer, alors qu'ils partagent les mêmes campements de sans-abri et les mêmes problèmes de dépendance à la drogue.

Tu as déjà mentionné avoir été influencé par le postmodernisme lors de l'écriture de In Search of Respect (1995). En quoi ton travail d'aujourd'hui, et celui d'autres anthropologues, se démarque-t-il des autres travaux que l'on associe à ce courant?

Philippe Bourgois : C'est une question très intéressante. Aujourd'hui, nous avons plus de recul par rapport au postmodernisme. Lors de mon terrain pour *In Search of Respect* (1995) à la fin des années 1980-début 1990, c'était le moment fort du postmodernisme. Il y avait une sorte de guerre au sein de la discipline anthropologique. Il y avait même des appels à la mort de l'ethnographie, ce que je n'acceptais pas, car j'adore notre méthode principale : l'observation participante. Au début, j'étais plutôt opposé aux courants postmodernes à cause des critiques radicales qui prônaient l'impossibilité d'une ethnographie honnête et non totalitaire. De plus, il y avait des factions très hostiles au marxisme au sein des postmodernistes, en raison des tendances hyperstructuralistes de la plupart des interprétations marxistes ou d'économie politique. Bien que j'étais d'accord avec la critique qui visait les interprétations dogmatiques et totalisantes du marxisme, je m'insurgeais contre les premiers postmodernistes qui faisaient la même erreur avec Marx que celle que j'avais faite avec Foucault, c'est-à-dire de « jeter le bébé avec l'eau de la baignoire ». Les postmodernistes avaient une tendance à faire des analyses qui ne prenaient pas au sérieux les structures répressives du pouvoir, qui rejetaient les critiques de l'économie politique à grands coups de balai en affirmant qu'il s'agissait de théories totalisantes. Donc, au départ je résistais à ce type de critique, même si j'étais plus que d'accord avec la nécessité de revoir la position du chercheur omniscient, car cela trouvait un écho avec ma propre expérience de « blanc de classe moyenne » au cœur de l'*Inner-City* de New-York qui est très ségréguée. J'avais besoin de faire une autocritique réflexive très profonde pour comprendre ma position dans le

⁸ Voir Scheper-Hughes, and Lock (1987).

⁹ Voir Kleinman (1997).

milieu que j'étudiais. À cet égard, le postmodernisme a eu un effet très positif en me permettant de trouver une posture face à la réflexivité autocritique et en m'initiant à l'importance des politiques de la représentation dans l'écriture anthropologique. Cependant, je n'admettais pas que ces deux derniers points empêchent une quelconque interprétation de la douloureuse réalité produite par l'apartheid urbain aux États-Unis. En rétrospective, j'ai le sentiment que j'ai écrit *In Search of Respect* (1995) d'une manière inconsciente et consciente à la fois, comme un plaidoyer en faveur de l'observation participante en tant que méthodologie et même la nécessité pour l'anthropologie de s'y ancrer. Je voulais montrer sa capacité à être à la fois autocritique et autoréflexive; sa capacité à s'ouvrir avec humilité sur de nouveaux mondes qui sont, traditionnellement, hors des limites – comme l'univers des vendeurs de drogues de l'*Inner-City* aux États-Unis que j'ai voulu présenter à des lecteurs « bourgeois », c'est-à-dire la majorité des anthropologues et sociologues en Amérique du Nord.

Le postmodernisme fut une importante influence pour moi, surtout pour systématiser les angoisses que j'avais durant mon terrain. Avec le recul, les excès parfois narcissiques de la critique postmoderniste n'ont pas résisté à l'épreuve du temps. Nous devons être stratégiquement autocritique et conscient de la prétention ethnographique et théorique (ou de l'autorité ethnographique), certes, mais les personnes que nous étudions sont plus intéressantes que nous le sommes et parfois nos théorisations peuvent, d'une manière prétentieuse, n'être que du vent! Toutefois, l'effet du postmodernisme sur l'anthropologie fut bénéfique. Tous ceux qui pratiquent l'anthropologie aujourd'hui en sont influencés. Le postmodernisme a joué son rôle, il est devenu le sens commun de l'anthropologie et fût très important à la fois au niveau de la méthodologie et de la critique envers les théories totalisantes. Si l'on regarde les disciplines qui n'ont pas été influencées par le postmodernisme, telles que l'économie, la psychologie et tout le domaine de la sociologie quantitative, on se rend compte qu'il y a, parmi les pratiquants, un manque d'élaboration dans leur relation avec la science. Comparés aux anthropologues, ils paraissent presque naïfs et archaïquement positivistes, à cause d'un manque de compréhension sur la nécessité d'être autocritique, autoréflexif et conscient de la construction sociale de la réalité.

Crois-tu que nous sommes revenus à une anthropologie plus axée sur la pratique?

Philippe Bourgois : Le grand problème avec le postmodernisme était, d'une part, son immobilisme devant l'engagement politique et la critique du pouvoir et, d'autre part, les dérives narcissiques de l'ethnographe obsédé par lui-même. On voyait un grand immobilisme et une dépolitisation des thèmes sur lesquels beaucoup d'anthropologues travaillaient. Je ne pourrais jamais adhérer à une telle dépolitisation. J'ai une éthique et une approche théorique qui cherchent à comprendre les contradictions qui engendrent la souffrance, et c'est peut-être pour cette raison que l'on m'identifie en tant qu'anthropologue de la santé, car j'étudie les relations entre les structures imposées politiquement et la souffrance intime, physique et émotionnelle¹⁰.

Tu parles beaucoup d'apartheid intime dans tes nouveaux travaux¹¹. Est-ce

¹⁰ Pour une discussion plus approfondie concernant ce sujet, voir Bourgois (2002a).

¹¹ En plus de *Righteous Dopefiend* (2009), consulter également Bourgois, and Schonberg (2005).

un concept que tu as développé au cours de ton terrain chez les sans-abri toxicomanes à San Francisco?

Philippe Bourgois : Le concept d'apartheid intime est un concept que Jeff Schonberg et moi avons développé en raison de notre intérêt pour le corps dans *Righteous Dopefiend* (2009). Cependant, la volonté d'utiliser un tel concept afin de comprendre les relations ethniques aux États-Unis est quelque chose qui fut introduit dans *In Search of Respect* (1995). Ce livre est essentiellement une dénonciation de ce que j'appelle le *de facto U.S Inner-City Apartheid*. Objectivement, je trouve que ce concept est utile comme forme d'analyse des relations ethniques aux États-Unis.

C'est donc dire que j'avais déjà ce concept d'apartheid intime en tête pour comprendre les relations ethniques aux États-Unis, mais j'étais en Californie, où il y a un très fort mélange interculturel. Par exemple, nous avons des photos dans *Righteous Dopefiend* (2009) qui montrent des sans-abri Blancs, Noirs et Latinos ensemble et qui semblent tous heureux, au premier coup d'œil. Toutefois, à regarder la situation de plus près, on se rendait compte qu'au contraire, ce mélange ethnique prenait des formes conflictuelles au fur et à mesure que le mélange se faisait. C'était assez intéressant comme phénomène. Les conflits explicitement racistes entre les individus se manifestaient à travers l'obligation de partager les mêmes espaces marginalisés, la même drogue et la même seringue, quelquefois. Ils avaient constamment des commentaires hyper-racistes et hostiles. Par exemple, les Afro-Américains disaient que les Blancs étaient sales, qu'ils sentaient mauvais, qu'ils n'avaient pas d'honneur et que c'étaient des hommes manqués qui n'avaient pas de sexualité. De leur côté, les Blancs employaient toujours le terme très raciste aux États-Unis : *nigger*. Je n'avais jamais fait un terrain avec des Blancs. Dans le monde intellectuel blanc, on n'entend jamais le mot *nigger*. On croit même qu'il a disparu du discours populaire et qu'il est seulement utilisé dans la musique rap et entre les Noirs comme un mot d'auto solidarité. Dans le monde de la pauvreté blanche, le mot *nigger* est utilisé presque chaque fois qu'un Blanc fait référence à un Noir. Il est utilisé avec haine. Personnellement, ça m'a choqué, car je n'avais jamais travaillé dans un milieu de pauvreté « blanche ». J'ai toujours vécu la ségrégation de classes sociales entre les Blancs.

Il fallait analyser ce phénomène raciste, voir comment ces individus pouvaient partager les mêmes espaces, les mêmes drogues et seringues, et la manière dont ils se servaient de ces partages pour re-hiérarchiser encore plus fortement les distinctions ethniques de manière « racialisée ». Donc, nous avions d'un côté les Blancs qui critiquaient les Noirs en les accusant d'être génétiquement et culturellement violents et d'adorer le crack, de l'autre les Afro-Américains qui monopolisaient et dominaient la violence dans la rue. Ce qui est intéressant, c'est de voir que les Afro-Américains monopolisent également la capacité d'être cool, d'être des hors-la-loi soumis à aucune règle de la société bourgeoise. Tandis que les Blancs de 40-50 ans n'avaient pas de modèle de hors-la-loi sur lequel se baser. Il y a peut-être le modèle du motard, mais le modèle du « motard » avec son gros bedon et ses longs cheveux gris attachés en queue de cheval est davantage pathétique que *cool*. Les hommes afro-américains écoutaient encore du hip-hop et s'habillaient encore avec des fringues à la dernière mode comme des jeunes de 17 ans. Les hommes blancs ne pouvaient pas faire ça. Ils auraient eu l'air totalement ridicule! C'était également intéressant de voir comment se manifestaient ces différences à un niveau intime de la gestion du corps. Il y avait même des différences au niveau du plaisir que procurait la drogue. Les Blancs

affirmaient être déprimés et rejetés de la société et avaient moins tendance à se lancer dans des *binges*¹² extatiques comme le faisaient de préférence les Afro-Américains.

En même temps, nous avons constaté que les individus rompaient constamment les schémas de l'apartheid intime, car ces schémas sont caricaturaux et stéréotypés. Dans la pratique, nous avons des Blancs qui faisaient des *binges*, qui fumaient du crack, qui se liaient d'amitié avec des partenaires de drogues afro-américains ou qui ne se présentaient pas comme étant déprimés. Cependant, ces exceptions prouvent la norme du stéréotype imposé. Quand un Blanc commence à fumer du crack, c'est présenté comme étant quelque chose de bizarre par les autres Blancs et même par les Noirs dans le réseau social que nous avons étudié. « Comment ça se fait que ce Blanc puisse tant aimer une drogue de "Noir"? » (ils utilisent le mot *nigger* au lieu de Noir). Ils trouvaient ça mystérieux qu'un Blanc fasse des *binges* avec du crack, alors qu'en réalité, il y avait beaucoup de monde qui le faisait! Cependant, ils niaient que cela puisse être un comportement de Blanc.

Passons maintenant à un registre, disons, plus pragmatique. Tu travailles souvent en collaboration avec des épidémiologistes. L'anthropologie et l'épidémiologie diffèrent grandement au niveau épistémologique et théorique. De même, en ce qui concerne la méthodologie, nous pouvons affirmer que ces deux disciplines se trouvent aux antipodes d'un « continuum méthodologique ». J'aimerais, par conséquent, que tu nous parles un peu de la manière de réussir une collaboration entre ces deux disciplines.

Philippe Bourgois : C'est très intéressant et compliqué comme question. Tu as raison, l'anthropologie est la discipline des sciences sociales qui est la plus humaniste et, d'une certaine manière, la plus théorique et philosophique. Cependant, elle ne s'avère pas très pragmatique en raison de cette même tendance à être à la fois théorique et philosophique. Ironiquement, c'est la discipline des sciences sociales qui a le plus collaboré avec les sciences médicales (la santé publique notamment), surtout depuis le développement d'une anthropologie de la santé s'intéressant à l'épidémie du VIH. En dépit du fait que nous soyons reconnus pour travailler auprès de populations dites « exotiques », c'est nous, les anthropologues, qui avons fait le plus de terrain dans la rue avec des utilisateurs de drogues injectables, des travailleurs(euses) du sexe et d'autres populations marginalisées. Je crois que nous devons cela à notre méthode principale qui est l'observation participante. Cette dernière nous pousse à aller dans la rue et à développer des relations interpersonnelles avec les populations vulnérables. Par exemple, au début de l'épidémie du VIH, nous sommes descendus dans la rue tandis que les sociologues, qu'on aurait facilement imaginé investir ce type de terrain « urbain », ne sont pas entrés dans le domaine de la prévention du VIH avec autant de créativité et de patience que nous, les anthropologues.

Selon toi, à quoi cela est-il dû?

Philippe Bourgois : Je crois que c'est, en partie, notre définition de l'observation participante qui nous pousse à aller dans la rue et que cette

¹² Il s'agit d'un épisode frénétique de consommation de drogues qui s'étale sur une longue période de temps.

méthode a été bénéfique pour la santé publique. Comme tu le sais très bien, la santé publique emploie principalement des méthodes de recherche quantitatives/épidémiologiques. Ces méthodes ont, me semble-t-il, besoin d'être triangulées, pour reprendre un terme propre à l'épidémiologie, avec des données qualitatives afin d'acquérir plus de « pouvoir » (si je puis me permettre d'utiliser ce mot à la manière positiviste des épidémiologistes). Pour mieux comprendre les statistiques que les épidémiologistes recueillent avec tant d'assiduité, nous avons besoin d'ethnographes qui collectent des données qualitatives et c'est justement ce que l'on fait au sein de cette collaboration avec Docteure Élise Roy (médecin en santé publique); collaboration qui est, par ailleurs, très stimulante. C'est intéressant de voir comment nos deux méthodes « s'inter-alimentent ». En tant qu'anthropologues, nous sommes réellement à l'extrême; ce ne sont pas des entrevues qualitatives que nous réalisons, ce sont plutôt des observations et des entretiens conversationnels qui ont lieu pendant l'observation participante dans le « milieu naturel » (comme ils disent en épidémiologie) des usagers dans la rue. C'est totalement différent d'une entrevue qualitative qui est réalisée en un seul coup par un intervieweur attiré dans un bureau quelconque – comme plusieurs sociologues le font ou comme le font souvent les chercheurs en santé publique lorsqu'ils tentent de faire du travail dit qualitatif sans vraiment bien comprendre la méthode de l'observation participante à long terme.

Je crois que l'anthropologie commence à avoir un effet positif dans le domaine de la santé publique, et ce, malgré une hiérarchie disciplinaire très marquée. Selon moi, cette hiérarchie est moins prononcée au Canada et en Europe, mais aux États-Unis les sciences médicales sont généralement hostiles envers les théories qui émanent des sciences sociales ou des humanités. Il s'agit donc d'un travail ardu lorsque l'on tente d'initier les chercheurs en santé publique, qui n'ont pas eu de contact systématique avec l'anthropologie, aux méthodes ethnographiques. Il est aussi difficile pour nous, en tant qu'ethnologues, de comprendre comment fonctionnent les statistiques que pour eux, chercheurs de la santé publique, de comprendre la logique de la collecte de données ethnographiques et leur analyse. Cependant, c'est possible de le faire et c'est très productif lorsqu'on y arrive.

Malgré tout, le dialogue anthropologie/sciences médicales et de la santé publique demeure difficile, car nous travaillons avec des épistémologies totalement différentes. Auparavant, nous parlions de l'influence postmoderniste en ce qui a trait au sens commun de l'anthropologie. Tu t'imagines tout d'un coup être avec des collègues de recherche qui ont un sens de la réalité absolument objectif, qui n'accordent pas de place à une réflexivité autocritique et qui ne peuvent pas imaginer la construction sociale des faits et l'ambiguïté des perspectives sur la réalité? Malgré cela, nous travaillons à leur service. Il faut travailler dur afin d'introduire, d'une façon respectueuse et subtile, une conscience des contradictions des méthodes quantitatives en termes positivistes et simplifiés. Ça devient très intéressant (au niveau de l'étude des sciences) d'être un anthropologue dédié à l'observation participante, mais qui collabore au quotidien avec des épidémiologistes qui sont obnubilés par les chiffres, centrés sur les statistiques. C'est également intéressant d'être un anthropologue qui désire contribuer aux interventions pratiques et appliquées qui seront utiles pour les usagers de drogues et qui désire introduire une compréhension, parmi les épidémiologistes, plus structurelle et historique des relations de pouvoir et des inégalités directement liées à la vulnérabilité différentielle des infections comme le VIH.

Parmi tes collaborations, tu as eu la chance de travailler un peu au Canada, notamment à Vancouver et à Montréal, où tu collabores présentement à un projet de recherche. Selon toi, quelles sont les différences majeures entre les États-Unis et le Canada en ce qui concerne les problèmes de consommation de drogues?

Philippe Bourgois : Dans le projet sur lequel nous collaborons, avec la Docteure Élise Roy du service de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, nous tentons de comprendre les processus de changements de mode de consommation de drogues, ainsi que leurs impacts sur les risques de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC)¹³. Je vois bien, à travers les notes de terrain que tu m'envoies et lors des quelques jours de terrain que nous avons faits ensemble¹⁴, que, premièrement, nous observons une hausse de la consommation de crack (forme solide de cocaïne qui est fumée) au profit de la cocaïne injectée. Ton travail ethnographique démontre clairement que la cocaïne en poudre s'avère plus difficile à trouver que le crack dans les rues du Centre-ville de Montréal. Le marché du crack a augmenté et plusieurs personnes, même s'ils ont une préférence, sont capables soit de fumer le crack, soit de s'injecter la cocaïne en poudre. Cette nouvelle donne pourrait entraîner des changements importants au niveau des *patterns* de consommation des usagers et potentiellement au niveau des risques de transmission du VIH et du VHC.

Cependant, ce que je trouve également important, en ce qui concerne le travail que nous faisons ensemble depuis plus d'un an, ce sont les distinctions que l'on voit au sujet des groupes ethniques. Nous avons les Afro-Canadiens originaires des Caraïbes, d'Afrique et des États-Unis. Ces derniers ont un « habitus » très différent par rapport à l'injection. Ils sont plutôt au cœur de l'épidémie du crack, tandis que ce sont les Blancs qui s'injectent encore de la cocaïne, bien qu'ils fument du crack aussi. Ce n'est pas aussi flagrant et ségrégué qu'aux États-Unis, mais les différences de préférence sont très marquées entre ethnies canadiennes. Je trouve que c'est presque un tabou de parler de ces différences au Canada. C'est surprenant, car en tant qu'ethnologue, cette réalité te saute aux yeux. On ne peut pas marcher dans la rue sans le voir. On ne veut pas tomber dans des stéréotypes et des discours « racialisants », mais on doit essayer de comprendre quelles sont les forces qui rendent les Francophones plus vulnérables à l'injection. À Montréal, la situation est complexe en ce qui concerne, d'une part, les relations entre Francophones et Anglophones et, d'autre part, les relations entre Francophones et Afro-Canadiens. C'est important de mettre ces relations interethniques sur la table au Canada, de discuter des contradictions et tenter de les comprendre de façon à les « déstéréotyper » et à les « déracialiser » afin de saisir quelles sont les véritables forces qui rendent certaines catégories de personnes plus vulnérables que d'autres et afin de comprendre les formes de racisme et de discrimination qui limitent les opportunités et qui font partie des subjectivités canadiennes. Je crois que le concept d'apartheid intime pourrait être utile au Canada où il y a tant de « multiculturalisme », mais où il y a également des disparités nettes entre les ethnies.

¹³ L'interface crack-injection de drogues et son rôle potentiel dans les épidémies du VIH et du VHC à Montréal (IRSC: MOP-84393).

¹⁴ Nelson Arruda est l'ethnologue du projet de recherche mené par Dre Élise Roy. Philippe Bourgois et lui sont les principaux responsables du volet ethnographique de l'étude.

Parlons aussi de prévention du VIH et VHC, car on ne doit pas oublier que nous sommes financés par des programmes axés sur leur prévention. Présentement, la situation est très intéressante à Montréal. Nos collègues de la santé publique de Montréal ont constaté, à travers leurs enquêtes à long terme, une augmentation de la consommation de crack. Maintenant, la question que l'on doit se poser est la suivante : que doivent faire les services de prévention et de réduction des méfaits¹⁵ en réponse aux changements dans les modes de consommation? Est-ce que la transition vers la consommation de crack (au lieu de l'injection de cocaïne) est quelque chose de bon? D'un côté, cela réduit le risque des individus de contracter le VIH ou le VHC par voie intraveineuse. De l'autre côté, cela peut augmenter les risques de contracter le VIH à travers le travail du sexe. Étant donné que le fumeur de crack peut en consommer une énorme quantité, car c'est une drogue pratique et facile à consommer (surtout comparé à l'injection de cocaïne), les personnes peuvent dépenser beaucoup plus d'argent et devenir encore plus frénétiques. Les individus qui pratiquent le travail du sexe peuvent prendre beaucoup plus de risques en recherchant continuellement l'euphorie que procure les premières secondes de l'inhalation de crack. Ils ne prendront pas toujours le temps d'utiliser un condom lorsqu'ils sont sur un binge de crack, car ce qui compte avant tout est de trouver la prochaine dose de crack. Aussi, nous pouvons avoir des individus qui consomment du crack qui seront en contact avec des gens qui s'injectent des opiacés et qui, à la longue, s'initieront peut-être à l'injection. Alors, il y a des tendances contradictoires en ce qui concerne la prévention du VIH. Cependant, je crois qu'une augmentation de la consommation de crack au profit de l'injection de cocaïne a tout de même diminué un peu les risques de contracter le VIH à Montréal.

Regardons maintenant ce que j'appelle le « mystère de Montréal » en ce qui concerne la persistance de l'injection de cocaïne tout au long des années 1980 et 1990¹⁶. Encore aujourd'hui, beaucoup de personnes s'injectent la cocaïne, et ce, malgré une augmentation de la consommation de crack. Aux États-Unis, le changement s'est fait très rapidement passant, de l'injection de cocaïne à l'inhalation du crack au milieu des années 1980. Quand j'ai commencé mon terrain à East Harlem, on trouvait énormément de cocaïne en poudre dans la rue ainsi que plusieurs piqueries qui se spécialisaient dans l'injection de cocaïne. Tout d'un coup, après 1986, on ne trouvait pratiquement plus de cocaïne en poudre sur la rue. La plupart des endroits de vente ne commercialisaient que le crack. À Montréal, cela a pris vingt ans avant de voir que le crack gagnait en popularité. C'est pour cette raison que j'appelle ça le « mystère de Montréal ». Je n'ai jamais pu réellement comprendre pourquoi ce changement a tardé à se faire et pourquoi l'injection de cocaïne perdure. À l'aide des données que tu collectes sur le terrain au Centre-ville de Montréal et des données quantitatives amassées par nos collègues, j'espère que nous pourrions mieux comprendre ce phénomène. De plus, il se peut que la persistance de la cocaïne injectée dans les années 1980 et 1990 fût en partie un effet pervers des services publics.

Comprendre les grands changements de préférences de drogues et/ou de modes de consommation représente, à mon sens, un gros défi pour la santé publique. Nous devons d'abord essayer de comprendre quels sont, plus

¹⁵ De façon très simple, la réduction des méfaits est une approche qui vise à réduire les effets nocifs liés à la consommation de drogues. Elle tente de diminuer les répercussions négatives associées à la consommation chez les usagers et leur entourage. L'Opération Nez Rouge et la distribution de matériel stérile d'injection en sont des exemples.

¹⁶ Voir Bourgois (2003).

largement, les facteurs se situant à un niveau structurel; en anglais on appelle ça le *Risk Environment* (environnement à risque). Si, par exemple, on arrivait à mettre sur pied des interventions qui modifient cet environnement à risque, on pourrait, de ce fait, impliquer un plus grand nombre de personnes et être en mesure d'offrir des services qui font du sens et qui ont moins d'effets pervers. Il y a souvent des effets pervers dans les interventions des services de santé publique et des services sociaux, car c'est dans la nature même du biopouvoir d'être, d'une part, efficace et protecteur et de l'autre, répressif et moralisant envers les individus considérés comme étant « anormaux ». Nous devons alors avoir le courage d'affronter ces contradictions et d'en discuter ouvertement afin de découvrir quel genre de services devrait être introduit pour diminuer la souffrance sociale sans la reproduire ou la déformer en de nouvelles formes de souffrance.

Évidemment, le problème le plus important demeure la guerre contre la drogue. Si elle demeure la priorité du gouvernement canadien, eh bien, vous êtes foutus, franchement! Aux États-Unis, on a bien vu que cette approche a créé une tragédie. La guerre contre la drogue a rendu la drogue encore plus destructrice et a fait en sorte qu'un nombre important de personnes a été mis derrière les barreaux. Nous avons, par ailleurs, le taux d'incarcération le plus élevé du monde et c'est en grande partie dû à l'idiotie de cette guerre contre la drogue qui ne fonctionne pas, faut-il le rappeler. Selon des données gouvernementales de la *Drug Enforcement Agency*, la drogue n'a presque jamais été d'aussi bonne qualité et d'aussi bon marché aux États-Unis¹⁷. Le Canada a la malchance d'être notre voisin. Chaque fois que vous tentez de faire quelque chose d'un peu plus progressif, comme les programmes de prescription d'héroïne, les États-Unis vous tapent sur les doigts et essaient de ne pas vous laisser aller de l'avant avec de tels programmes.

Nous connaissons tous le succès que tu as avec ton travail et tes publications. Cependant, crois-tu avoir eu autant de succès dans ta capacité à influencer, de façon pragmatique, les politiques de la prévention et des réductions des méfaits?

Philippe Bourgois : Malheureusement, l'anthropologie demeure encore une discipline très marginalisée. Par exemple, si nous sommes enthousiasmés par le travail que nous faisons ensemble, que nous travaillons fort afin de comprendre de quelles manières les services offerts à Montréal doivent s'adapter aux changements de préférence de drogues et quels sont les potentiels effets pervers reliés à ces changements, il n'en demeure pas moins que très peu d'individus travaillant dans le domaine de la politique de la prévention et dans le domaine de l'intervention prennent le temps de lire les articles que nous publions. Souvent, ils trouvent que notre méthode ethnographique ne documente que des anecdotes subjectives. Il est aussi vrai que nos analyses sont la plupart du temps trop complexes et philosophiques, et que les chercheurs en santé publique veulent des textes courts et simples, mais les anthropologues ne sont pas très doués pour ça! J'essaie parfois de réaliser des entrevues et de faire des présentations dans les milieux de la santé publique, dans les milieux journalistiques et même gouvernementaux. Cependant, nous devons nous rendre compte que le discours et la pratique de la guerre contre la drogue dominant ceux de la prévention et de la réduction des méfaits. Aux États-Unis, les interventions qui émanent de la santé publique sont devenues de plus en plus moralisatrices dans les années

¹⁷ Pour une discussion plus approfondie sur le sujet consulter Bourgois (2008).

2000, à cause de la tolérance-zéro de la guerre contre la drogue; cet aspect de la stratégie antidrogue étant beaucoup plus financé par l'État que ne le sont la prévention et la réduction des méfaits. Je crois que la situation au Canada n'est pas aussi terrible. C'est pour cette raison que j'aime travailler au Canada. Il y a plus de latitude pour expérimenter de nouveaux programmes. Les chercheurs en santé publique et les intervenants des milieux communautaires semblent plus ouverts à discuter de nouvelles idées et nous avons l'impression d'avoir plus accès aux médias, aux politiciens et aux acteurs du milieu de l'intervention. Par ailleurs, nos collègues de la santé publique avec lesquels nous collaborons démontrent une ouverture en faveur d'un dialogue méthodologique et théorique entre l'anthropologie et la santé publique.

Nous devons malgré tout rester humbles et réalistes et nous rendre compte que nous sommes, plus souvent qu'autrement, en marge des débats. Cela étant dit, il ne faut pas pour autant abandonner la lutte, tout au contraire. Nous devons continuer à essayer d'ouvrir un espace pour le dialogue entre les divers acteurs qui respectent l'humanité des usagers de drogues et qui cherchent à révéler les forces sociales qui imposent une souffrance « inutile » aux populations vulnérables. Nous devons également faire émerger un espace qui puisse à la fois mettre en évidence les *patterns* de consommation et la vulnérabilité structurelle qui amènent les individus à contracter le VIH, le VHC et à développer des abcès et les lacunes ou même les effets pervers des services proposés, qui ne sont pas très clairs pour les personnes se situant en première ligne dans la lutte contre les effets destructifs de la drogue. Le recul que nous possédons en anthropologie nous permet d'appréhender ces patterns, comme ceux que nous commençons à observer à Montréal.

Références

Bourgois, Philippe

- 1995 *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*. New York and Cambridge: Cambridge University Press.
- 2000 *Disciplining Addictions: The Bio-politics of Methadone and Heroine in the United States*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 24:165-195.
- 2001 *En quête de respect. La vente de crack à New-York*. Paris: Éditions du Seuil.
- 2002a *Etnography's Troubles and the Reproduction of Academic Habitus*. *Qualitative Studies in Education* 15(4):417-420.
- 2002b *Anthropology and Epidemiology on Drugs: The Challenges of Cross-Methodological and Theoretical Dialogue*. *The International Journal of Drug Policy* 13: 259-269.
- 2003 *Crack and the Political Economy of Social Suffering*. *Addiction Research and Theory* 11(1):31-37.
- 2005 *Missing the Holocaust: My Father's Account of Auschwitz from August 1943 to June 1944*. *Anthropological Quarterly* 78(1):89-123.
- 2008 *The Mystery of Marijuana: Science and the U.S. War on Drugs*. *Substance Use and Misuse* 43: 581-583.

Bourgois, Philippe et Jeff Schonberg

- 2005 *Un « Apartheid Intime » : Dimensions ethniques de l'Habitus chez les Toxicomanes sans-abri de San Francisco*. *Actes de la recherche en sciences sociales* 160:32-45.
- 2009 *Righteous Dopefiend*. Berkeley: University of California Press.

Foucault, Michel

- 1976 *Histoire de la sexualité, vol. 1 : La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.

Kleinman, Arthur

- 1997 *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Levi, Primo

- 1987[1947] *Si c'est un homme*. Martine Schruoffeneger, trad. Paris: Julliard.
- 1989 [1986] *Les naufragés et les rescapés*. André Maugé, trad. Paris: Arcades/Gallimard.

Scheper-Hughes, Nancy, and Margaret M. Lock

- 1987 *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.

*Nelson Arruda
Chercheur indépendant
nels.arruda@gmail.com*



Dans la désorientation, l'engagement.

Entretien avec Mariella Pandolfi

Kim Turcot DiFruscia
Université de Montréal

L'analyse, l'élaboration, la remise en question des relations de pouvoir, et de « l'agonisme » entre relations de pouvoirs et intransitivité de la liberté, sont une tâche politique incessante; et c'est même cela la tâche politique inhérente à toute existence sociale. Michel Foucault¹

L'anthropologie médicale contemporaine participe à de nombreuses et hétéroclites conversations avec les espaces thérapeutiques. Ces conversations nouent ensemble des pratiques spécifiques à des enjeux politiques larges et complexes. De la clinique à l'entreprise humanitaire, sur des terrains parfois extrêmes, l'anthropologie médicale contemporaine est mise en face de forces subtiles, innombrables et changeantes, à travers lesquelles il est possible de suivre les fils politiques qui traversent les notions de santé et de maladie pour attacher les corps des êtres humains aux dispositifs globaux de pouvoir.

C'est de cette tension que Mariella Pandolfi fait le point focal de son parcours. À partir d'une anthropologie politique du corps, développée dans ses travaux sur la possession chez les femmes de l'Italie méridionale, Mariella Pandolfi a fait de l'anthropologie médicale un tremplin vers une critique de l'intervention humanitaire comme mode d'action politique internationale prédominant. Précurseur de la réflexion anthropologique sur la gouvernance thérapeutique par les souverainetés mobiles de l'humanitaire, travaillant en terrains de crises et de violences, notamment dans les Balkans postcommunistes, elle poursuit l'interrogation quant à la proximité des dispositifs humanitaire et militaire.

Dans cet entretien, Mariella Pandolfi délimite les contours complexes de l'engagement pour une anthropologie médicale capable de lire les stratégies

¹ Foucault, Michel, 2001[1982], Le sujet et le pouvoir. In Dits et Écrits II. Pp.1058. Paris: Gallimard.

et logiques du monde contemporain à travers les spécificités de ses terrains, même les plus extrêmes. En développant l'idée d'une ethnographie de la désorientation, elle évoque l'impérieuse nécessité d'une anthropologie inlassablement critique; d'une anthropologie radicale, exigeante et courageuse.

Mariella Pandolfi est professeur titulaire au département d'anthropologie de l'Université de Montréal. Elle dirige le Groupe de recherche sur les interventions militaires et humanitaires (GRIMH).

Une certaine anthropologie médicale, plus proche peut-être d'une anthropologie de la santé, travaille dans une grande proximité avec les pratiques médicales, les politiques institutionnelles, les campagnes de santé, etc. Comment cette anthropologie peut-elle résister à l'évacuation du politique?

Mariella Pandolfi : Je pense qu'il y a toujours eu entrelacement de plusieurs voix à l'intérieur de l'anthropologie médicale. L'aspect que j'appellerais de la technicalité, menée notamment par les professionnels de la santé, a toujours été de pair avec une certaine forme d'engagement. Cette double posture est visible quand on fait la cartographie de l'anthropologie médicale dans le monde. Si j'évoque mon expérience, je constate qu'elle a été nourrie par l'idée, pas encore de Foucault, mais je dirais pré-foucauldienne, que chaque interrogation sur la souffrance individuelle, ou sur les techniques thérapeutiques de soulagement de cette souffrance, est une interrogation du champ politique. Cette prééminence du politique est valable, peu importe la société à laquelle l'anthropologue s'intéresse; que l'on étudie les traces laissées sur les corps par les processus politiques ou la violence structurelle des inégalités en santé. En Italie, cette idée d'une anthropologie médicale militante qui observe les limites entre stratégies thérapeutiques et stratégies de contrôle appartient à une tradition très forte, qui a ses racines dans la pensée de Gramsci, et qui s'est développée en deux branches : une première branche plus anthropologique-philosophique avec la pensée d'Ernesto DeMartino, et une seconde plus proche de la technicalité opérative des institutions thérapeutiques, particulièrement dans le champ psychiatrique avec la désinstitutionnalisation asilaire de Basaglia. Depuis ce point de départ, il est facile de reconnaître qu'une anthropologie du médical est indissociable du questionnement du politique.

Voyez-vous une parenté entre cette distinction que vous faites pour l'Italie et la situation de l'anthropologie médicale ici par exemple, au Québec, en Amérique du Nord, avec, du côté de la technicalité, une anthropologie présente dans les hôpitaux, à la santé publique, dans les cliniques, dans les ONG?

Mariella Pandolfi : Les traditions historico-politiques sont différentes. C'est vrai qu'une technicalité, qu'une professionnalisation qui ne s'interroge pas sur ses effets politiques me pose des problèmes éthiques, au-delà des aspects intellectuels ou disciplinaires. On glisse si facilement vers la bureaucratisation, vers une technicalité acritique. Mais ce sont les problèmes de notre monde. Or, comme elle l'a fait auparavant, je trouve que l'anthropologie médicale

d'aujourd'hui peut très bien suivre ce double créneau d'une proximité avec les pratiques tout en étant engagée politiquement. Bien sûr, cet engagement prend des formes différentes selon les contextes idéologiques.

Pour sortir de la technicalité acritique, est-ce que l'anthropologue devrait montrer une sensibilité presque thérapeutique dans son travail de terrain?

Mariella Pandolfi : Non, je ne parlerais pas d'un engagement thérapeutique. Mais je pense que le rapport à « l'opérativité » est toujours très complexe en sciences sociales. Il existe toujours une ambivalence entre les questions théoriques que l'on pose et les choix pratiques à faire sur le terrain. C'est une question générale, qui interroge les formes de l'engagement. Par exemple, en ce moment, nous sommes en train de travailler avec Phillip Rousseau² à une piste sur l'anthropologie militarisée, sur les anthropologues *embedded* dans les corps militaires; cela pose des questions quant aux limites de la capacité critique des anthropologues lorsqu'ils sont en rapport avec l'action, avec « l'opérativité ». Certes, je pense qu'il est possible de conjuguer une expérience pratique à un véritable questionnement critique. Certains anthropologues réussissent admirablement à naviguer cette étroite proximité critique avec l'action; je pense à Didier Fassin, qui développe des thématiques liant des questionnements spécifiques aux pratiques médicales à une interrogation sur les stratégies de domination globale. Or, il s'agit d'une tâche difficile de résister à l'avalement par les dispositifs du « soin », de « l'aide », de la « santé ». L'anthropologie médicale engagée a un rôle critique à jouer dans le « champ de bataille » des pratiques de santé. Chaque action thérapeutique – celle d'un médecin à l'hôpital, celle d'une ONG humanitaire ou celle d'une agence internationale en terrain de conflit – doit d'abord être interrogée comme objet politique. Cela, Marc Abélès, entre autres, nous le rappelle dans son beau livre *Politique de la survie* (2006)³. L'anthropologue doit se placer en état de vigilance critique permanente devant les logiques et les stratégies des programmes de santé publique, devant les slogans prometteurs de la *Global Health*, devant les incitatifs à « l'action ». Bien sûr, il s'agit d'une posture beaucoup plus difficile à maintenir que la connivence, mais cette posture est essentielle et aussi, peut-être, de plus en plus rare... J'ai assisté récemment, à l'Université Yale, au 50^e colloque de la *Society for Medical Anthropology*⁴, qui réunissait des anthropologues médicaux parmi les plus reconnus et j'ai pu y observer comment était évitée la question de l'engagement du chercheur : la réflexion sur les rapports entre pratiques de santé et inégalités est devenue une icône théorique consolatrice qui ne fait que simuler les contours de la parole critique. L'inclusion de l'anthropologue dans les pratiques thérapeutiques, sa participation comme « expert » auprès des ONG ou lors de campagnes de santé publique, sa proximité avec des fondations privées en santé, ne devraient en aucun cas être considérées comme des garanties critiques, mais plutôt appeler une méfiance supplémentaire. Les rapports aux institutions opératives sont toujours à questionner. Je pense que la prise en compte de « l'opérativité » peut devenir une arène féconde pour penser de façon critique la technicalité des procédures thérapeutiques et des institutions de santé. Par contre, l'évitement de ce passage critique est dangereux. L'anthropologie médicale a ce double

² Phillip Rousseau est doctorant en anthropologie à l'Université de Montréal et à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris.

³ Abélès, Marc, 2006m *Politique de la survie*. Paris: Flammarion.

⁴ *Medical Anthropology at the Intersections: Celebrating 50 years of Interdisciplinarity*. Université Yale: New Haven. 24-27 septembre 2009.

visage, ce *Janus Bifrons*; d'une part, elle est un pont vers les thématiques les plus contemporaines, les plus chaudes du monde actuel, d'autre part elle peut devenir un lieu de bureaucratisation de la pensée « technicisée ». Ces deux dimensions existaient à l'origine de la discipline et sont encore en tension aujourd'hui. Le « défi » aujourd'hui pour l'anthropologie, et plus généralement pour l'université, est de résister à la tentation « gestionnaire » de développer une professionnalisation, une technicisation, qui résulterait en la transformation de la pensée critique en simulacre.

Comment peut-on déplacer, sans l'instrumentaliser, l'idée du biopolitique par exemple, qui est un dispositif interprétatif si puissant?

Mariella Pandolfi : Le constat que le corps et la vie sont enchâssés dans des réseaux de pouvoirs est le début, non pas la fin de la réflexion. L'anthropologie médicale, peut-être à cause de son hybridité de naissance, semble posséder la capacité de sentir de nouveaux objets d'étude, de nouvelles façons de penser. Ma démarche, celle de plusieurs de mes collègues, nous a menés petit à petit du médical vers des thématiques qui touchent les questions clés du contemporain. Je pense par exemple au travail de Gilles Bibeau, notamment dans son livre *Le Québec Transgénique* (2004)⁵ ou encore à Allan Young et à son analyse des dimensions politiques des catégorisations psychiatriques. L'anthropologie médicale peut constater la souffrance, peut constater aussi comment les institutions, les économies morales « travaillent » cette souffrance, en la cataloguant, en la naturalisant. Par exemple, en regard de nos objets d'étude contemporains tels les sans-papiers, les réfugiés, les déplacés, eux-mêmes porteurs des nouvelles catégorisations de la souffrance humaine, l'anthropologue médical peut constater – selon encore une autre catégorisation – que le corps du réfugié est blessé, qu'il est souffrant, traumatisé, déprimé, etc. Or, on ne doit pas se contenter de regarder le réfugié comme corps, comme individu, comme sujet expérientiel. Il doit plutôt être vu comme l'élément d'une chaîne globale qui est politique, économique et dans laquelle il y a le camp, il y a la guerre, il y a les déplacements, les nettoyages ethniques, l'appareil humanitaire, l'appareil humanitaire militaire, etc. Il est nécessaire que l'anthropologue soit attentif à l'usage même du « sujet », de « la vie » par les rhétoriques politiques. Par exemple, dans le livre à paraître que Didier Fassin et moi avons conjointement dirigé (2010)⁶, nous avons constaté comment l'humanitaire était constitué d'un assemblage de pratiques contradictoires. Par le discours de l'aide et de l'humanitarisme, la valeur de la vie est reléguée au seul fait de la survie et les acteurs, dépouillés de formes subjectives, deviennent indistinctement ennemis, victimes, terroristes ou dommages collatéraux, en fonction des contingences politiques changeantes d'un même terrain.

Dans les terrains limites de l'extrême violence, de la guerre, du camp, comme ceux sur lesquels vous travaillez, est-ce le rôle de l'anthropologue de « resubjectiver », de remettre les individus au premier plan?

Mariella Pandolfi : Mon intérêt est de comprendre la rationalisation qui règle la gestion des individus. Autrement dit, pour reprendre une expression foucauldienne, saisir les dispositifs qui programment et orientent l'ensemble

⁵ Bibeau, Gilles, 2004, *Le Québec transgénique*. Science, marché, humanité. Montréal: Boréal.

⁶ Fassin, Didier, and Mariella Pandolfi, eds., 2010 (sous presse), *States of Contemporary Emergency. The Politics of Military and Humanitarian Interventions*. New York: Zone Books.

des conduites humaines. Les terrains sur lesquels je travaille sont certes des lieux nouveaux. Mais déjà l'anthropologie médicale d'il y a vingt ans, en considérant la maladie comme une crise de l'*embodiment* et des relations sociales, faisait de la crise son point focal. Aujourd'hui, l'anthropologie médicale telle que je la pratique est également une anthropologie de la crise, allant au front d'une anthropologie de l'intervention humanitaire, d'une anthropologie de la guerre. Pour comprendre ces nouveaux terrains, nous avons besoin des approches critiques, des théories de la citoyenneté, de la souveraineté, des croisements avec d'autres sous-disciplines. Le travail de l'anthropologue consiste à mettre de côté la posture romantique de la « rencontre » avec des individus afin de lire les dispositifs politiques dans lesquels les sujets sont enfermés, en considérant les conditions d'émergence de ces dispositifs de gestion de la vie. Ce sont ces dispositifs – du « secours », de « l'aide », de « l'action » – qui sont pertinents, ainsi que les institutions qui les génèrent. Les sujets font partie des rouages de la gouvernementalité; ils n'en sont pas les protagonistes. Je trouve que ces nouveaux objets d'étude en anthropologie médicale sont particulièrement intéressants pour la clarté de la tension entre les sujets et les institutions civiles, militaires, judiciaires, policières. C'est le fonctionnement de cette tension qui est intéressant.

Le rôle de l'anthropologue, c'est de mettre en dialogue les sujets et les mécanismes de subjectivation des institutions?

Mariella Pandolfi : Non, surtout pas en dialogue, en tension. Et ce fut toujours le cas en anthropologie, que l'on étudie le rituel thérapeutique ou les procédures dans le camp de réfugiés. Il ne s'agit pas seulement de démontrer les conséquences de l'intervention dans la vie des sujets, mais de capturer les microprocessus politiques qui agissent au niveau des institutions, des communautés, des organisations, de l'international.

Alors, dans ces nouveaux champs d'intérêt de l'anthropologie, délocalisés, mouvants et « élargis », la méthode de terrain reste-t-elle pertinente?

Mariella Pandolfi : La méthode de terrain est toujours pertinente, toujours indispensable. Je pense que les deux composantes essentielles de l'anthropologie sont la réflexion critique, qui peut prendre des chemins théoriques ou interdisciplinaires divers, et la méthode de terrain, qui reste essentielle. C'est sur le terrain que l'on peut voir les mouvements, les immobilités, les zones grises dans des catégories qui de l'extérieur peuvent paraître fixes : la guerre et la paix, l'aide humanitaire et le développement économique, le militaire et l'humanitaire. Bien sûr, le terrain est vide si l'on n'y arrive pas avec, en tête, des questionnements fondamentaux sur des enjeux plus larges que la simple « rencontre » avec des « sujets ». Sur le terrain, il ne s'agit pas de collectionner des « expériences subjectives » ou « intersubjectives ». Plutôt, il faut être à l'écoute de l'émergence d'un problème dont on peut retracer la généalogie. Les problèmes émergent dans des contextes historiques, politiques, géographiques, économiques; des contextes qui sont produits à travers des êtres humains. Je voudrais être provocatrice en regard de ma formation psychanalytique en disant qu'il n'existe pas de « sujet », au sens unitaire du sujet connaissant. Par contre, il y a une série de pratiques d'assujettissement à travers lesquelles le sujet se constitue.

Quand on travaille sur le corps, est-ce parce que l'on n'arrive pas à admettre cette « absence » ou cet abandon du sujet?

Mariella Pandolfi : Je pense qu'il faut voir le corps comme le lieu privilégié des techniques d'assujettissement. Autrement dit, il faut travailler sur les techniques d'un corps à la fois obéissant et utilisable, sur une anatomo-politique. En travaillant sur le génome ou sur la transplantation d'organes comme Margaret Lock par exemple, on aborde le corps comme phénomène enchâssé dans des relations de pouvoir, on constate que s'entrecroisent sur le corps les stratégies des machineries économique, sociale et thérapeutique.

Alors quelle place pour la subjectivité de l'anthropologue, qu'on nous a tant appris à dorloter? Il y a quand même un narcissisme disciplinaire!

Mariella Pandolfi : Dans les contextes politiques où je travaille, de crise, de guerre, l'anthropologue est inévitablement présent de façon voyeuriste. L'important est de résister à la fuite dans l'attitude consolatrice et à la chute dans la spectacularisation de la souffrance de l'autre. Le chercheur a le double devoir de rendre compte de ce qu'il fait là et de ce qu'il est en train de raconter. Il s'agit de rendre compte de sa présence d'anthropologue sur des terrains de l'extrême sans se cacher derrière certaines postures narcissiques du témoignage. Dire « j'étais là, j'ai vu la souffrance, j'ai fait l'expérience de l'extrême, de la guerre, je dénonce, je suis témoin, je hurle... », ce n'est pas cela qui légitime le travail de l'anthropologue. Ce que Saint Augustin écrivait, dans le troisième livre des *Confessions*, au sujet de la spectacularisation de la souffrance de l'autre constitue encore selon moi une mise en garde pertinente pour l'anthropologue contemporain. Une fausse radicalité, une idéologie de l'indignation et du « j'accuse » peuvent ne servir qu'à reconforter des spectateurs devenus acteurs. En réfléchissant sur ces limites du témoignage, j'ai développé ce que j'ai appelé la posture de la désorientation. Une ethnographie de la désorientation est un espace éthique où l'on accepte de confronter les ruptures dramatiques qui existent entre l'authenticité de la posture et l'engagement comme fait social. Vivre la désorientation sur des terrains comme les miens, c'est s'extirper de l'exemplarité des bureaucrates de la guerre comme de ceux de la paix et de l'humanitaire; c'est s'éloigner du langage technocratique imposé par les rapports d'experts, mais aussi de l'empathie non pensante de ceux qui témoignent de la souffrance. L'ethnographie de la désorientation, c'est l'acte extrême de l'anthropologue dans des contextes extrêmes de confusion, de violence, de guerre, mais aussi par exemple de folie; c'est assumer la responsabilité humaine, citoyenne, refuser de se sauver devant l'ampleur de l'excès.

Notre présence d'anthropologue dans ces terrains de l'extrême est-elle illégitime? Si oui, faut-il assumer cette illégitimité?

Mariella Pandolfi : La question n'est pas de décider des confins de la légitimité ou de l'illégitimité, ni d'en décréter les frontières. Le problème, c'est de confondre l'idée d'un anthropologue engagé, militant, avec le témoignage consolatoire. Il ne suffit pas que l'anthropologue soit physiquement présent sur un terrain et qu'il nous en décrive les circonvolutions pour que sa voix soit légitimée. Il y a une naïveté, une déresponsabilisation dont il faut se méfier dans la posture du témoignage.

Ma génération, post-Writing Culture, peut parfois rester « bloquée » dans la réflexivité et l'esthétisation. L'ethnographie de la désorientation peut-elle nous mener ailleurs?

Mariella Pandolfi : Bien sûr, la constatation de l'imposture anthropologique dénoncée par *Writing Culture* permet un cheminement encore nécessaire et pertinent aujourd'hui. Ensuite, il faut dépasser l'esthétisme et développer la dimension politique de *Writing Culture* (1986)⁷. L'ethnographie de la désorientation, c'est ne pas avoir peur des contaminations théoriques, c'est trouver le moyen de se soustraire au blocage de l'expérience, de la réflexivité. Il s'agit d'une posture politique. Les questionnements sont profondément politiques, non pas narcissiques. Il faut être vigilant, refuser tous les camouflages, décrier l'imposture qui consisterait à tenter d'établir des logiques – formelles ou statistiques – ou du témoignage. Sinon c'est de l'indécence, de la pornographie, du spectacle. Les récits de la compassion contenus dans les « témoignages au je » reproduisent les contours des discours des autorités, reproduisent leur violence. Les « témoignages » peuvent masquer l'obscénité, la cruauté, l'indicible de la violence. Quand je parle de la nécessité d'une sensibilité politique, ce n'est pas dans une vision héroïque de l'anthropologue militant. Il s'agit d'arriver à voir, pour reprendre un terme d'Abélès, les déplacements du lieu du politique : comprendre comment des dispositifs de contrôle, de domination et de violence deviennent paradigmatiques – par exemple le camp de réfugiés, pour évoquer les travaux de Michel Agier⁸ – et non pas seulement relater une réalité spécifique décontextualisée – tel le vécu quotidien dans le camp X ou Y. Dans mes terrains, j'ai vu l'humanitaire en action dans des formes spécifiques : ONG, grands organismes, coopération internationale, développement. J'ai aussi vu que ces formes spécifiques étaient déterritorialisées, mobiles. Maintenant, je constate l'opacité des frontières entre les formes de l'humanitaire et du militaire. Ce constat n'aurait pas été réalisé si je m'étais limitée à la description ethnographique de réalités spécifiques - une ONG, un camp. Plutôt, à partir de ces phénomènes précis, j'ai établi des liens avec une série de dispositifs de contrôle, d'organisation, de sécurisation, de domination. C'est toujours à un autre niveau du politique que je regarde. Lorsque je travaillais sur les rituels féminins de possession dans le Samnium en Italie méridionale, je ne parlais pas des corps des femmes ou des vécus des individus, je parlais plutôt d'une « non-possession » à travers laquelle on devait lire un phénomène plus large : la fragmentation du tissu social dans des communautés marquées par l'émigration, par des fractures traumatiques, etc. Comprendre l'ici et le maintenant du terrain signifie certes « être dans » le contexte, mais simultanément saisir les manifestations de dispositifs bien plus complexes.

La rencontre de terrain est un démasquage?

Mariella Pandolfi : Une anthropologie politique va bien au-delà de la « rencontre » entre un anthropologue et une autre personne, peu importe que cet individu soit considéré comme un « informateur » ou comme une « victime ». Quand quelqu'un me parle sur le terrain, par exemple dans le camp de réfugiés, et accepte de me raconter son histoire, à moi, l'étrangeté absolue, alors que cette personne est dépourvue de toutes les facettes de

⁷ Clifford, James, and George Marcus, eds., 1986, *Writing Culture. The Politics and Poetics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

⁸ Voir notamment Agier (2002, 2008).

l'humanité, je dois m'interdire de voir là une « rencontre ». Son histoire est un fragment de l'obscénité de la guerre, de l'absurdité du témoignage. Y lire une « rencontre » redouble l'obscénité.

Les dispositifs interprétatifs sont-ils alors nécessaires?

Mariella Pandolfi : C'est une imposture de croire que l'on peut se soustraire à l'interprétation. C'est une posture d'admettre cette impossibilité et de travailler à partir d'elle. Le risque, c'est de construire une grille interprétative rigide, aveugle à la complexité, aux mouvements de la matérialité qui sont en train d'émerger. Même des perspectives qui étaient à l'origine pertinentes peuvent devenir des grilles vides si nous en évacuons la complexité. La tendance de la discipline à se conformer à des modes discursifs, comme son avalement par les rhétoriques officielles des institutions, sont des risques face auxquels il faut entretenir une méfiance permanente.

C'est très difficile, cette instabilité constante entre méfiance et engagement. Vous avez écrit sur ce double rôle : l'ethnographie de la désorientation se rapproche du travail d'analyste?

Mariella Pandolfi : Le travail du psychanalyste consiste à déplacer : soi-même, le patient, les mécanismes qui nous enveloppent. Cette plasticité que la psychanalyse impose peut être exportée en anthropologie. Autrement dit, cette capacité de déplacement permet de n'avoir pas peur de la désorientation, spécifiquement dans des terrains comme les miens, où ce qu'on observe ce sont les dissonances, les glissements, les interstices, les obscurités. Ces propos de Foucault entrent en résonance avec ma propre pensée : « Il y a des moments dans la vie où la question de savoir si on peut penser autrement qu'on ne pense et percevoir autrement qu'on ne voit est indispensable pour continuer à regarder ou à réfléchir » (1984:15-16)⁹.

Donc pensez-vous que la psychanalyse a encore un potentiel subversif?

Mariella Pandolfi : Un énorme potentiel subversif. À condition, encore une fois, de ne pas étouffer ce potentiel dans une bureaucratisation. D'ailleurs, c'est cette subversion comme acte politique qu'il faut alimenter comme chercheur, au-delà des grilles interprétatives et des épistémologies. Je pense que l'anthropologie médicale est un bon tremplin pour la subversion parce que c'est un champ où l'on retrouve visibles en condensé la souffrance humaine, les diverses technicalités autour de cette souffrance, les institutions et aussi la dimension du corps qui est l'arène sur laquelle se jouent les rapports de force et de domination. L'anthropologie médicale peut être un angle privilégié d'une subversion théorique et pratique en sciences sociales. Bien sûr, ce n'est pas une position confortable; on ne dort pas tranquille. On n'est pas dans le confort des grilles analytiques, on n'est pas non plus dans le confort de l'action. L'engagement dans la subversion implique une méfiance permanente, envers soi, envers l'objet, envers l'action, envers les institutions, envers les phénomènes que l'on observe. Si l'anthropologue accepte de travailler sur des terrains sous haute tension, cette haute tension peut permettre à l'anthropologue non pas d'être héroïque, mais d'être assez désorienté pour devenir sensible aux opacités, aux ambiguïtés, aux vrais

⁹ Foucault, Michel, 1984, Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs. Paris: Gallimard.

questionnements qui s'esquissent sur le terrain.

Même à l'extérieur de ces terrains limites, tout peut être étudié avec subversion? On peut être désorienté partout?

Mariella Pandolfi : Oui. Absolument. Il faut l'être. C'est là-dessus que j'ai construit mon parcours intellectuel : le travail anthropologique comme *parrhesia*, autrement dit comme parole courageuse. Une parole autonome vis-à-vis des pouvoirs; la prise de parole publique et risquée de la conviction de celui qui la pratique. Cette parole, subversive et courageuse, peut tenir en échec l'idée même du faire, du décider. Et le courage consiste à toujours pousser la pensée à se défier elle-même.

Références

- Abélès, Marc
2006 *Politique de la survie*. Paris: Flammarion.
- Agier, Michel
2002 *Aux bords du monde, les réfugiés*. Paris: Flammarion.
2008 *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Paris: Flammarion.
- Bibeau, Gilles
2004 *Le Québec transgénique. Science, marché, humanité*. Montréal: Boréal.
- Clifford, James, and George E. Marcus, eds.
1986 *Writing Culture. The Politics and Poetics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, Didier, and Mariella Pandolfi, eds.
2010 *States of Contemporary Emergency. The Politics of Military and Humanitarian Interventions*. New York: Zone Books (sous presse).
- Foucault, Michel
1984 *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard.
2001[1982] *Le sujet et le pouvoir*. In *Dits et Écrits II*. Pp. 1041-1062. Paris: Gallimard.

*Kim Turcot DiFruscia
Doctorante
Département d'anthropologie
Université de Montréal
kim.turcot.difruscia@gmail.com*