

Université de Montréal

Le médecin est-il aussi un guérisseur ?

par

Marie-Claude Bourdon

Département d'anthropologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences
en anthropologie

Novembre 2007

© Marie-Claude Bourdon, 2007

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Le médecin est-il aussi un guérisseur ?

présenté par :

Marie-Claude Bourdon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Deirdre Meintel
président-rapporteur

Gilles Bibeau
directeur de recherche

Sylvie Fortin
codirectrice de recherche

Robert Crépeau
membre du jury

RÉSUMÉ

Toutes les sociétés ont leurs façons d'expliquer la souffrance et la guérison. Bien que ces modèles explicatifs et les stratégies thérapeutiques qui y sont reliées varient beaucoup d'une société à l'autre, on trouve des guérisseurs dans toutes les cultures. Dans la société occidentale, ce sont les médecins de la biomédecine qui dominent le champ de la guérison. Est-ce à dire que les médecins sont des guérisseurs ? Mais d'abord, qu'est-ce que la guérison ? Ce projet de recherche a été mené au Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine de Montréal, un hôpital de haut niveau desservant une population multiculturelle. Il s'appuie sur une série d'entrevues en profondeur réalisées avec des médecins de différentes spécialités. Les entretiens explorent le concept de guérison à travers différents thèmes qui apparaissent de façon récurrente dans la littérature anthropologique sur le sujet, tels les thèmes du don, de la transformation et du pouvoir. Les résultats de cette étude peuvent ainsi être comparés aux données qui existent sur la guérison dans d'autres contextes culturels.

MOTS CLÉS : anthropologie médicale / guérison / relations médecin-patient / incertitude / effet placebo

SUMMARY

Every society has its explanations for the problem of suffering and disease. Although those explanatory models and the therapeutic responses that correspond to them vary greatly from one society to the other, there are healers in every society. In the Western world, most of the healing is done by medical doctors. Is that to say that doctors are healers? This begs the question: what are healers? This research project has been conducted at Sainte-Justine Mother and Child University Hospital Center, in Montreal, a high level hospital serving a multicultural population. It is based on in-depth interviews with medical doctors of different subdisciplines. The interviews explore the concept of healing through recurrent themes in the anthropological literature on the subject, such as the themes of gift, transformation and power. The results of this study are then compared to findings about healing in other cultural contexts.

KEY WORDS : medical anthropology / healing / doctor-patient relationship / uncertainty / placebo effect

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	<i>iii</i>
SUMMARY	<i>iv</i>
REMERCIEMENTS	<i>vi</i>
INTRODUCTION	<i>1</i>
CHAPITRE 1 : UN SURVOL DE LA LITTÉRATURE	<i>7</i>
Les modèles explicatifs de la guérison	<i>9</i>
Donner la guérison.....	<i>14</i>
L'incertitude médicale.....	<i>16</i>
La magie du guérisseur	<i>18</i>
L'expérience de la guérison	<i>26</i>
Guérison et pouvoir	<i>31</i>
Quelques notions clés.....	<i>38</i>
CHAPITRE 2 : UNE ENQUÊTE QUALITATIVE À SAINTE-JUSTINE	<i>41</i>
CHAPITRE 3 : LA PAROLE DES MÉDECINS	<i>47</i>
Qu'est-ce que la guérison? Une première définition	<i>47</i>
Une transformation.....	<i>52</i>
Un rituel.....	<i>57</i>
L'« alliance thérapeutique ».....	<i>63</i>
Nommer le mal	<i>67</i>
L'incertitude au quotidien	<i>71</i>
Un don ?.....	<i>79</i>
Le pouvoir de guérir	<i>86</i>
Le médecin est-il un guérisseur ?	<i>99</i>
CONCLUSION	<i>105</i>
BIBLIOGRAPHIE	<i>128</i>
ANNEXE 1	<i>vii</i>

Au Dr C..., un inoubliable guérisseur

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier mon directeur, Gilles Bibeau, pour sa présence inspirante et chaleureuse, ses conseils judicieux et ses encouragements. Je remercie également ma codirectrice, Sylvie Fortin, pour son aide précieuse, ainsi que tous les professeurs et amis qui m'ont écoutée et conseillée au cours des différentes étapes de ce projet, dont les collègues de l'Unité de pédiatrie interculturelle, et particulièrement Nathalie Morin, sa coordonnatrice. Je remercie mon fils, Philippe, qui a toujours considéré avec bonne humeur le fait d'avoir une mère partageant avec lui les plaisirs et les affres de la vie étudiante. Je remercie ma directrice à la Division de l'information de l'Université du Québec à Montréal, Angèle Dufresne, pour son soutien. Finalement, je veux remercier les médecins qui ont accepté de répondre à mes questions et dont la parole constitue à mes yeux la principale richesse de ce travail.

INTRODUCTION

Toutes les sociétés cherchent à répondre au problème de la souffrance et de la maladie. Bien que les modèles explicatifs de la maladie et les réponses qui lui sont données varient grandement d'un groupe à l'autre, toutes les sociétés ont leurs guérisseurs. On dit même, en anthropologie médicale, que c'est le guérisseur qui exerce le plus vieux métier du monde.

Dans notre société, c'est le médecin formé dans le cadre de la biomédecine qui domine le champ de la guérison. Est-ce à dire que le médecin occidental est un guérisseur ? Sûrement, puisque c'est à lui qu'on fait appel, le plus souvent, pour guérir les malades. Mais le médecin se perçoit-il comme un guérisseur ? Et d'abord, qu'est-ce que la guérison pour un médecin d'aujourd'hui ? Qu'est-ce que cela suppose, « guérir » un patient ? Voilà les questions qui sous-tendent ce mémoire, qui propose une exploration du concept de guérison auprès de cliniciens pratiquant dans un hôpital de haut niveau, soit le Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine de Montréal.

Si les guérisseurs de différentes traditions ont fait l'objet de nombreuses études, les travaux portant sur la relation entre le médecin et le patient se sont surtout attardés au point de vue de ce dernier. Les valeurs et présupposés des médecins ont été très peu étudiés (Jezewski, McElroy, 2000 : 195). À l'exception de Robert Hahn, rares sont les anthropologues qui se sont intéressés à la pratique médicale du point de vue des cliniciens. Pourtant, la pratique de la médecine se distingue à bien des égards de la biomédecine en tant que système de savoir (Amarasingham Rhodes, 1996 : 178). Ce travail a justement pour objectif de mettre les perceptions des cliniciens au coeur de sa problématique.

Dans le contexte de la médecine clinique, le concept de guérison dérange, note le psychiatre et anthropologue Arthur Kleinman (1980). Ce concept est dérangeant parce qu'il expose les racines archaïques de la médecine et de la psychiatrie, des racines généralement enfouies sous la façade scientifique du système de santé moderne, et qu'il révèle les limites de la connaissance médicale sur la fonction la plus importante du système de santé. De plus, sa compréhension exige de faire appel à des notions qui se situent en marge des explications biologiques de la médecine (*ibid.* : 312).

Le concept de guérison se situe à un point de convergence entre l'anthropologie médicale et l'anthropologie religieuse. En effet, la médecine comme la religion s'adressent d'une manière ou d'une autre à la souffrance et au salut (Csordas, 2002 ; Good, 1994 ; Kleinman, 1997). Dans la mesure où les expériences de la maladie et du sacré soulèvent les mêmes questions liées à la fragilité et à la finitude de l'existence, on peut penser que la guérison inclut toujours une dimension religieuse. C'est pourquoi, selon l'anthropologue Thomas Csordas (2002 : 57), il faut adopter une approche herméneutique non seulement pour l'analyse des pratiques de guérison traditionnelles ou ouvertement religieuses, mais aussi pour la guérison pratiquée dans le contexte biomédical.

Les rituels de guérison ne sont pas l'apanage des sociétés préindustrielles, des autochtones et des nouvelles religions charismatiques ou pentecôtistes. La médecine moderne comporte aussi sa part de pratiques ritualisées, qui faciliteraient et potentialiseraient les processus biologiques de guérison (Moerman, 1979 ; Hahn et Kleinman, 1983b).

Mais qu'est-ce que la « guérison » ? Pour mieux saisir ce concept d'autant plus difficile à cerner que de nombreux textes le mentionnent sans explication, comme si l'on savait de quelle guérison on parle, le premier chapitre de cette recherche propose une revue de la littérature anthropologique. Quelques auteurs qui se sont intéressés à des phénomènes de guérison dans divers contextes

culturels, notamment Malinowski (1948), Parsons (1951), Fox (1988, 2000), Kleinman (1978, 1980, 1983, 1983b 1997), Moerman (1979, 2000), Brody (1980, 1992), Hahn (1983, 1983b, 1995), Desjarlais (1992), Csordas (1993, 1996, 2002) et Finkler (1994), ont servi de guides à cette exploration.

Le sociologue Talcott Parsons (1951) a le premier souligné la grande importance de l'élément d'incertitude dans la pratique médicale et le fait que les progrès de la science ne le font pas disparaître. Ce paradoxe n'est pas unique à la médecine, fait-il remarquer. Il est caractéristique du progrès de la connaissance scientifique : plus nos connaissances augmentent, dans n'importe quel domaine, plus on prend la mesure de notre ignorance. Mais, selon Parsons, ce paradoxe prend un sens particulier en médecine à cause des attributs spécifiques de la pratique médicale. D'abord, le médecin a un accès privilégié et intime au corps du malade. Ensuite, et surtout, il porte une énorme responsabilité : de son travail peut dépendre la vie ou la mort de ses patients (Fox, 2000 : 410; Parsons, 1951 : 439-79).

S'appuyant sur des observations de Malinowski, Parsons montre que la combinaison de l'élément d'incertitude et du fort investissement émotif du médecin dans le succès du diagnostic et du traitement conduit à des modes de pensée et d'action « magiques ». Même si la tradition scientifique de la biomédecine prétend exclure toute magie de sa pratique, l'« optimisme ritualisé » de l'acte médical et le biais en faveur de l'intervention active, présent chez plusieurs cliniciens, particulièrement en Amérique du Nord, contiennent selon lui des éléments dont la fonction cachée est « magique » (Fox, 2000 : 410; Parsons, 1951 : 469).

L'anthropologue Daniel E. Moerman décrit cet « optimisme ritualisé » qu'il désigne sous le nom d'« activisme enthousiaste ». Selon lui, cet « activisme enthousiaste » agit au niveau symbolique et fait partie intégrante de l'effet thérapeutique. En effet, l'« activisme enthousiaste » du médecin mobiliserait la foi du patient et l'interaction entre ces deux forces, l'« activisme enthousiaste » du

médecin et l'adhésion du patient, contribuerait fortement à l'effet placebo (Moerman, 1979 : 62).

Au cours des dernières années, dans la foulée des travaux de Foucault, plusieurs chercheurs ont insisté pour mettre en perspective le caractère construit de la biomédecine et son rôle en tant qu'institution de contrôle des corps (Scheper-Hughes et Lock, 1987 ; Amarasingham Rhodes, 1996). En faisant ressortir l'aspect normalisateur de la biomédecine et le contexte social dans lequel s'insère la maladie, l'anthropologie critique mène toutefois à perdre un peu de vue ce que Kleinman (1980) considère comme étant le cœur et la raison d'être de tout système médical : la guérison. Sans doute existe-t-il dans tous les systèmes médicaux un élément de contrôle qu'il importe de mettre au jour¹. Mais tous, y compris la biomédecine, forment des thérapeutes dont le rôle explicite est de soulager, et si possible de vaincre la souffrance et la maladie. C'est à cet aspect de la biomédecine que s'intéresse ce travail.

La revue de la littérature anthropologique a fait ressortir différents thèmes qui reviennent de façon récurrente en rapport avec la guérison : les thèmes du don, de l'incertitude, du rituel, de la transformation, de la « magie » et finalement le thème du pouvoir. Ces thèmes ont servi de base à l'élaboration d'une grille d'entrevue qui a permis d'explorer la notion de guérison. La recherche a été menée à l'hôpital, sur le terrain des médecins, au printemps 2006. L'objectif était de rencontrer une dizaine de spécialistes, hommes et femmes, pour des entretiens semi-dirigés. Des médecins de différentes spécialités ont été recrutés, de manière à pouvoir comparer les perceptions de praticiens exerçant dans divers domaines de la médecine.

¹ Il existe une littérature abondante sur la régulation et le contrôle qui s'exercent sur le corps dans les sociétés complexes et industrialisées. À cet égard, le travail de Foucault est exemplaire, notent Scheper-Hughes et Lock (1987). Par contre, « less has been written about the ways in which preindustrial societies control their populations and institutionalize means for producing docile bodies and pliant minds in the service of some definition of collective stability, health, and social well-being » (*ibid.* : 8).

En raison de la méthode de recrutement des sujets par « boule de neige », les cliniciens qui ont accepté de participer à cette recherche étaient susceptibles de partager un intérêt pour les questions soulevées par l'anthropologie. La plupart des médecins interviewés ont d'ailleurs mentionné avoir apprécié cette occasion de se pencher, le temps de l'entrevue, sur des questions qu'ils n'ont pas l'habitude de se poser à propos de leur pratique. Les avantages et les biais relatifs à cette méthode d'enquête sont exposés dans le deuxième chapitre de ce mémoire, *Une enquête qualitative à Sainte-Justine*.

Le troisième chapitre, *La parole des médecins*, présente les résultats de la recherche. D'une part, les réponses des cliniciens aux questions de recherche soulevées par la revue de la littérature permettent d'établir les perceptions de ces derniers à l'égard de différentes notions associées au concept de guérison dans la littérature anthropologique. Par exemple, est-ce que certaines personnes ont un don pour guérir ? La guérison est-elle un pouvoir, conduit-elle à une transformation ? Et quels sont les critères qui font qu'un patient est considéré guéri ? L'analyse se porte d'autre part sur les perceptions des médecins face à leur « pratique » de la guérison. Est-ce que le fait de nommer la maladie, c'est-à-dire de donner un sens aux symptômes, fait partie du processus de guérison ? Existe-t-il des éléments ritualisés dans l'acte médical : des paroles à prononcer, des gestes à poser, une attitude particulière qu'il faudrait adopter pour favoriser la guérison ? Les médecins considèrent-ils que la guérison de leurs patients est en partie due à un effet placebo ? Si oui, ont-ils un rôle à jouer pour promouvoir cet effet ? Le médecin est-il un guérisseur ? Les différentes sections du chapitre 3 exposent les nuances, les hésitations et les positions avancées par nos informateurs sur les différents thèmes soumis à la discussion.

Le fait de confronter les cliniciens à des questions inhabituelles pour eux, plutôt que de s'en tenir à un questionnaire ouvert, constitue sans doute une entorse aux principes méthodologiques qui sous-tendent l'ethnographie contemporaine. Cette particularité méthodologique a toutefois l'avantage d'éclairer sous un nouveau jour des aspects méconnus de la pratique médicale, ce qui permet à la

fois de mieux en comprendre les particularités et de mieux la situer par rapport à d'autres pratiques de guérison.

Dans leur chapitre d'introduction au livre *Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*, Gilles Bibeau et Ellen Corin (1995) indiquent quelles sont pour eux les conditions d'une véritable anthropologie interprétative :

« ... 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. Car 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 » (Corin, Bibeau, Uchôa, 1993 : 125-126).

Ce mémoire adopte cette perspective. Tout en se voulant très fidèle à la parole des médecins rencontrés, il cherche à « briser » le discours médical pour révéler les aspects les plus secrets et mystérieux de la pratique thérapeutique. Selon Moerman, au lieu d'essayer d'éliminer l'effet placebo par des études à double insu, on devrait plutôt chercher à l'augmenter. Ce projet de recherche s'inscrit également dans cette logique.

Csordas et Kleinman (1996) affirment qu'il reste à élaborer une théorie de la guérison qui embrasserait les différentes modalités du processus thérapeutique à travers l'histoire et les cultures. Idéalement, une telle théorie devrait, selon eux, reposer sur des études empiriques menées sur la guérison dans différents contextes culturels. Le but de ce mémoire est d'offrir une contribution à ce programme de recherche.

CHAPITRE 1 : UN SURVOL DE LA LITTÉRATURE

Si le concept de guérison est relativement fréquent dans la littérature anthropologique, il apparaît souvent comme allant de soi et fait rarement l'objet d'une définition en bonne et due forme. On ne trouve d'ailleurs pas d'entrée pour le mot « guérison » dans le *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* de Bonte et Izard (2004). La question se pose : qu'est-ce que la guérison ? Qu'en disent les auteurs qui s'intéressent aux pratiques thérapeutiques des sociétés ou des groupes qu'ils ont étudiés ? Quelles sont les approches par lesquelles il convient d'aborder ce phénomène ?

On ne peut guère parler de guérison sans parler de maladie, de blessure, d'atteinte à l'intégrité du corps ou de souffrance, physique ou morale. On ne peut pas non plus aborder ce concept sans évoquer celui de santé. Selon le dictionnaire *Robert* (1995), la définition de la guérison, c'est « le fait de guérir, de retrouver la santé » et « guérir », c'est 1. « délivrer (qqun, un animal) d'un mal physique; rendre la santé » ou 2. « délivrer (qqun) d'un mal moral ». Selon le dictionnaire médical *Medline Plus / Merriam-Webster* accessible en ligne, « *to heal* » c'est 1. « *to make sound or whole especially in bodily condition* » (redonner sa forme et son intégrité, particulièrement en ce qui a trait à la condition corporelle) ou 2. « *to cure of disease or disorder* » (guérir [quelqu'un] d'une maladie ou d'un trouble)¹.

¹ La distinction entre les mots anglais *to heal* et *to cure*, qui signifient tous deux « guérir », n'est pas nette. Dans le *Medline Plus / Merriam-Webster* en ligne, la définition du verbe *to cure* renvoie d'abord à *to heal* : « *to restore to health, soundness, or normality* ». On propose ensuite une définition plus circonscrite : « *to bring about recovery from* ». Autrement dit, il semble que « guérir » dans le sens de *to heal* soit plus englobant et fasse davantage référence à la personne dans sa totalité que dans le sens de *to cure*. Mais ce qui complique les choses, c'est que *to cure* peut aussi être utilisé dans le sens de *to heal*.

La guérison, comme la souffrance, peut avoir une dimension physique et une dimension morale. On ne s'étonnera donc pas que le concept de guérison se retrouve à la charnière entre anthropologie médicale et anthropologie religieuse et qu'on le retrouve autant chez des auteurs qui s'intéressent aux phénomènes médicaux qu'aux phénomènes spirituels, et parfois aux deux. Le concept de « guérison symbolique », longtemps utilisé en anthropologie, est d'ailleurs délaissé parce qu'il sous-entend qu'il existerait des formes de guérison qui ne sont pas symboliques. On considère aujourd'hui que toutes les formes de guérison, que ce soit les traitements biomédicaux modernes, la phytothérapie, la guérison spirituelle ou la médecine chinoise, comportent des éléments symboliques et non symboliques (Csordas et Kleinman, 1996 : 3).

À toutes les époques et partout dans le monde, la souffrance et la guérison sont des préoccupations de première importance, observe l'anthropologue médical Robert Hahn (1995 : 1). Les façons de concevoir la maladie et les réponses qui lui sont données varient toutefois grandement d'une époque et d'une culture à l'autre, et même d'une sous-culture à l'autre.

Même si la biomédecine se présente comme la seule vraie médecine, à part des autres, traditionnelles ou alternatives, les anthropologues la considèrent comme l'« ethnomédecine » dominante dans les sociétés euro-américaines, aujourd'hui largement disséminée à travers le monde (Hahn et Kleinman, 1983 ; Amarasingham Rhodes, 1996). Cette « ethnomédecine » principalement axée sur la biologie humaine et la pathophysiologie est décrite comme ayant pour principal objectif la restauration de l'équilibre physiologique. Son centre d'intérêt ne serait pas le bien-être, ni la personne, mais le corps malade, car le réductionnisme propre à la théorie médicale aurait pour résultat de séparer le corps de tout ce qui ne lui appartient pas. C'est aussi pour cette raison que la démarche thérapeutique de la biomédecine, exclusivement axée sur le corps, ignorerait les conditions sociales et culturelles de production de la souffrance et de la guérison (Hahn et Kleinman, 1983).

Le paradigme biomédical fait de la biomédecine un domaine distinct de la morale, de la religion, de la politique ou de l'organisation sociale. Malgré le degré de segmentation avancé des sociétés occidentales et le caractère effectivement distinct de l'institution médicale par rapport aux autres ethnomédecines, les anthropologues ont montré que la biomédecine est reliée, comme toutes les approches thérapeutiques, aux autres dimensions de la culture dans laquelle elle prend forme, se définit et s'exerce (Hahn et Kleinman, 1983).

Les modèles explicatifs de la guérison

L'anthropologue médical et psychiatre Arthur Kleinman, connu pour avoir proposé la théorie des modèles explicatifs de la maladie et de la souffrance avec Good et Eisenberg (Good, Eisenberg, Kleinman, 1978), est l'un de ceux qui ont le plus écrit sur le thème de la guérison. Selon lui, peu importe le système médical, si l'on considère les maladies comme des systèmes de significations culturellement élaborés qui mettent en relation des catégories cognitives, des expériences personnelles, des états physiologiques et des relations sociales, il faut alors considérer que la guérison implique les mêmes réseaux de significations (1980: 364).

Selon la théorie des modèles explicatifs, la relation thérapeutique comporte nécessairement une sorte de négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du praticien. Le médecin doit parvenir à une entente avec le patient sur le sens à donner à ses symptômes. Selon Kleinman, le simple fait de nommer la maladie, de faire entrer la plainte dans une catégorie culturellement définie fait partie intégrante du processus menant à la guérison. Pour reprendre sa terminologie, la maladie diagnostiquée (*illness*) donne du sens aux symptômes

physiologiques (*disease*) ressentis par le malade¹. Selon lui, il s'agit d'une des fonctions principales de tous les systèmes médicaux (1980).

À titre d'exemple, Corin et Bibeau (1985) montrent, dans un article sur l'émergence du *burn out* dans le Québec contemporain, que ce diagnostic « permet de resocialiser un malaise auparavant douloureusement vécu dans l'incertitude et dans une relative solitude. (...) Il augmente certainement aussi le degré d'acceptabilité des symptômes au niveau de l'entourage et favorise l'entrée de la personne souffrante dans un rôle de malade/victime/témoin » (*ibid.* : 625). La qualité métaphorique de l'expression elle-même, *burn out*, « qui suggère une consommation interne totale » (*ibid.* : 627) n'est sans doute pas étrangère, soulignent-ils, au succès de ce diagnostic, de plus en plus utilisé dans diverses couches de la société.

En tant que catégories culturellement définies, les diagnostics varient selon les époques et les sociétés. Les symptômes du syndrome de fatigue chronique ressemblent beaucoup à ceux qu'on associait à la neurasthénie au 19^e siècle, mais les significations attachées à ces deux diagnostics varient grandement : dans le cas du syndrome de fatigue chronique, un désordre physiologique que la science ne serait pas encore parvenue à comprendre est mis en cause, alors que la neurasthénie était clairement perçue comme un trouble nerveux. Une même condition objective sera construite comme un problème nécessitant une attention médicale dans une culture, alors qu'on la considérera comme normale dans une autre. Ainsi, notent Csordas et Kleinman (1996 : 5), la boulimie est perçue et vécue comme un comportement pathologique dans le monde occidental contemporain, alors que dans l'empire romain, le fait de vomir après s'être empiffré était considéré comme une pratique aristocratique raffinée.

¹ Selon Young (1982), il est important de noter que la distinction introduite par Kleinman entre *disease* et *illness*, du même ordre que la distinction qu'il propose entre *curing* et *healing*, ne reflète pas une distinction entre corps et esprit, mais entre nature et culture. « *By asserting the complementarity of mind and body, healing and curing, Kleinman and his associates reject the crude Cartesianism of the biomedical model of sickness* », écrit Young (1982 : 265).

Dans certaines formes de thérapies, comme la médecine chinoise ou l'homéopathie, le diagnostic est tellement élaboré qu'il est évident qu'il ne constitue pas seulement un passage obligé vers le traitement, mais une partie du traitement lui-même. Chez les Navajos du Sud-Ouest américain, la personne qui consulte un guérisseur pour connaître la cause de sa maladie et la cérémonie nécessaire pour y remédier se sentira mieux même si elle n'a pas les moyens de payer pour l'organisation de la cérémonie comme telle. Selon Csordas et Kleinman (1996 : 4), même l'astrologue contemporain joue un rôle de guérisseur, dans la mesure où il fournit à la personne qui le consulte une explication de sa vie et de son état parfaitement logique et cohérente en termes astrologiques.

Chez les Yolmo wa, un peuple bouddhiste du Népal pratiquant la guérison chamanique, l'explication de la maladie repose sur des bases totalement différentes de celles qu'on trouve dans les livres de médecine moderne, souligne l'anthropologue Robert Desjarlais (1992). Selon les modèles explicatifs des Yolmo wa, la maladie est souvent causée par le fait qu'une famille a offensé les dieux, par exemple en polluant leur demeure. Conséquemment, note Desjarlais, la guérison chamanique consistera souvent à apaiser les dieux en brûlant de l'encens ou en offrant un sacrifice. Il raconte qu'un homme, ayant appris que sa femme avait été attaquée par un « dieu serpent » dont la famille avait souillé la demeure souterraine, lui avait dit: « Bon, maintenant, il va falloir contenter ce dieu ! »

Les Yolmo wa voient la santé davantage en termes de force spirituelle qu'en termes de force physique, note l'anthropologue (Desjarlais, 1992 : 162). En dehors du système biomédical occidental, centré sur le corps, plusieurs systèmes médicaux considèrent la maladie et la guérison en termes de relations cosmologiques, morales ou sociales qui demandent à être rééquilibrées ou restaurées. Les relations sont considérées comme des facteurs déterminants de la santé ou de la maladie et la personne est vue comme vulnérable aux sentiments, aux souhaits et aux actions des autres, incluant les esprits et les fantômes (Scheper-Hughes et Lock, 1987 : 21).

Au Népal, les dieux, « ceux qui savent tout », représentent ce que l'esprit humain ne peut découvrir grâce à des moyens terrestres (Desjarlais : 183). Invoqués quand quelqu'un tombe malade, leur tâche est de révéler, à travers la transe du chaman, ce que les valeurs culturelles des gens ne leur permettent pas d'exprimer dans la vie de tous les jours – des conflits sociaux ou la frustration d'une jeune épouse, par exemple. Le divin, note Desjarlais, fait partie du réseau de significations qui transforme les sentiments de détresse du patient en fantômes, en âmes perdues et en douleurs somatiques. Ce système transcende les corps individuels pour inclure les interactions entre les personnes, les maisonnées et leur environnement.

Chez les Yolmo wa comme dans les sociétés industrialisées, plusieurs modèles explicatifs de la souffrance et de la guérison peuvent coexister. Les Yolmo wa qui tombent malades peuvent consulter le guérisseur chamanique, le lama ou la clinique médicale occidentale qui s'est récemment installée dans leur région. Pour eux, les différentes médecines ne s'opposent pas, mais se complètent (Desjarlais, 1992). La même chose a été observée à Bali lors d'une étude sur le traitement des troubles psychiatriques : une complémentarité, plutôt qu'une dichotomie, entre biomédecine et guérison traditionnelle (Bush Lemelson, 2004). Dans les sociétés occidentales, malgré les conflits¹ qui opposent fréquemment les tenants des différentes approches thérapeutiques, les personnes malades peuvent rechercher la guérison auprès du médium, du chiropraticien ou du médecin, parfois en alternance, parfois en même temps (Kleinman, 1980 ; McGuire, 1988 ; Finkler, 1994 ; Csordas, 2002).

Chez les spiritualistes mexicains décrits par l'anthropologue Kaja Finkler, par exemple, on consulte soit le médecin du système biomédical, soit le guérisseur spiritualiste. Selon Finkler, l'environnement dans lequel ce dernier administre la

¹ Didier Fassin montre que « c'est au terme d'une véritable lutte pour le pouvoir que les médecins obtiennent de se constituer en profession et de jouir d'un statut d'autonomie » (1996: 160). En quête de légitimité, les groupes de praticiens des médecines alternatives ou traditionnelles (Fassin observe que les médecines dites traditionnelles pratiquées aujourd'hui sont des réinterprétations contemporaines de savoirs anciens, intégrant souvent des influences de la biomédecine et soumises au même processus de professionnalisation que celle-ci) luttent pour s'approprier une partie de ce pouvoir et affirmer leur position dans le champ médical.

guérison est plus près de la culture populaire mexicaine, qui fait une large place à la famille et à la communauté, que le cabinet du médecin. En effet, les guérisseurs spiritualistes reçoivent souvent leurs patients dans la même pièce, devant tout le monde. La cacophonie qui règne dans ces salles de guérison confère un caractère collectif à l'expérience qui contraste avec le caractère privé de la consultation médicale, menée dans l'isolement d'un cubicule. Toutefois, Finkler critique l'idée reçue selon laquelle les guérisseurs des médecines traditionnelles ou alternatives offrent toujours une écoute plus attentive à leurs patients :

« It is commonly held, for example, that the folk healer-patient relationship, in contrast to that of the doctor and patient, is based on shared etiological understandings and congruent explanatory models and that traditional healers care more about and are more attentive to patients. (...) My observations, however, are that Spiritualist healers, unlike physicians, lack eye contact with their patients and ostensibly fail to recognize the individual standing before them. They sit in trance with expressionless faces, eyes closed, holding or stroking the patient, who briefly murmurs a description of the disorder. Being in the trance state precludes the healer's displaying any kind of affect for their patients » (Finkler, 1994 : 185-186).

La rencontre très brève entre le guérisseur spiritualiste et son patient n'est pas fondée sur un échange d'interprétations visant à donner du sens à la maladie selon le modèle développé par Kleinman. Il n'y a pas de négociation de modèles explicatifs dans cette rencontre. Mais cela ne veut pas dire que le sens en est exclu : la transe du guérisseur, la croyance en l'esprit qui le guide vers la source du mal et les gestes de guérison sont évidemment empreints de sens pour le thérapeute comme pour le patient qui recherche l'apaisement de ses malaises.

L'absence d'échange de modèles explicatifs ne veut pas dire non plus que la relation entre le guérisseur et le patient a moins d'importance dans le contexte spiritualiste que dans le contexte biomédical. Probablement que ce qui est partagé dans cette expérience thérapeutique, entre autres à travers le toucher¹, ne passe pas

¹ Le toucher est presque toujours présent dans les rituels de guérison. Dans leur analyse du vécu des troubles psychiques en Afrique, Corin et Bibeau décrivent l'aspect physique de la relation entre le guérisseur et le malade : « Dans de nombreux rituels intervient un contact physique

uniquement ni même surtout par un échange au niveau cognitif¹. On reviendra un peu plus loin sur l'aspect physique et expérientiel de la guérison.

Donner la guérison

La guérison occupe une place importante au sein des nouveaux cultes qui se développent dans les banlieues d'Amérique du Nord et d'Europe, ainsi que dans les grandes villes latino-américaines ou africaines (McGuire, 1988 ; Fonseca, 1991 ; Mary, 2000 ; Aubrée, 2003 ; Csordas 2002). Selon Danièle Hervieu-Léger (2001), la quête de guérison a supplanté l'attente du salut dans les nouveaux mouvements religieux d'inspiration chrétienne. Tout à fait en phase avec la culture individualiste qui recherche dans l'ici-bas l'accomplissement aussi total que possible de soi-même, la guérison proposée dans ces mouvements implique une régénération physique, psychique et morale.

Dans les nouvelles églises protestantes, chez les catholiques charismatiques et chez les spiritualistes, la guérison est un « don » (McGuire, 1988, 1996 ; Finkler, 1994 ; Corten, 1995 ; Csordas, 2002). La guérison est « donnée » par le guérisseur qui est lui-même dépositaire d'un « don », le don de la guérison. Durant les séances, les guérisseurs sont possédés par un esprit, une force ou une énergie qui les guide dans leur activité thérapeutique.

De même, dans plusieurs sociétés non occidentales, les guérisseurs acquièrent souvent leurs habiletés grâce à l'intervention de pouvoirs cosmiques.

particulièrement intense entre ces deux personnes : que le thérapeute se couche sur le sujet ou que, plus simplement, il lui tienne fortement et longuement la main. On peut dire que, par ce biais, le thérapeute pénètre dans le monde du sujet, le rejoint au cœur même de son isolement et l'accompagne ensuite, le guide dans sa réouverture progressive au monde des relations » (1975 : 301).

¹ « Our discipline has grave difficulties interpreting such important religious features as intersubjective experiences, healing and other ritual practices, and fundamental religious experiences – all of which involve social, yet often non-cognitive, processes of minds and bodies », écrit la sociologue McGuire (1996 : 102).

Les recrues reçoivent un appel, font des rêves ou ont des visions qui leur permettent de rencontrer les êtres spirituels qui vont les guider dans leur travail de guérison (Hahn, 1995 : 154 ; Peters, 1981 ; Stoller, 1989, 2004 ; Desjarlais, 1992 ; Crépeau, 1997).

Par comparaison, si on se fie aux récits autobiographiques de médecins, la poursuite d'une carrière médicale est généralement, perçue, dans le contexte occidental, comme résultant d'un choix personnel. Quelques praticiens rapportent une motivation spirituelle ou un « désir inexplicable » de devenir médecins, alors que d'autres confient avoir embrassé la carrière médicale à la suite d'une maladie marquante vécue pendant leur enfance, mais, dans la plupart des cas, les médecins voient la médecine comme un choix de carrière, et non comme un appel spirituel (Hahn, 1995 : 154).

La vocation du médecin est toutefois mise à l'épreuve, souligne Hahn. Si les chamans doivent souvent subir de longues et pénibles initiations avant d'être confirmés dans leur rôle, on peut en dire tout autant du médecin occidental : « De l'école de médecine à la résidence, la formation des médecins compte sans doute parmi les plus terribles épreuves inventées par les sociétés humaines [ma traduction]» (Hahn, 1995 : 154).

Pour un guérisseur « holiste » cité dans *Ritual Healing in Suburban America*, un ouvrage sur les nouveaux mouvements religieux de la sociologue Meredith McGuire (1988), il ne fait aucun doute que la guérison est un don :

« I honestly think that healing is much more of an art than a science. And the best healers are born that way... I think some of the best physicians or healers – no matter what field they're working in – are those people who go beyond the basics of "this is what it has to be"... There's a certain intuitive quality also. And I think all really good healers – including medical doctors who are truly healers – have that » (1988 : 192).

Cette notion du don personnel ne fait pas consensus, toutefois. Dans la plupart des groupes religieux étudiés par McGuire, que ce soit les néo-

pentecôtistes ou les groupes d'inspiration ésotérique ou orientale, l'accent est plutôt mis sur le fait que tout le monde peut développer la faculté de guérir. Selon la sociologue, cette désaccentuation du rôle de l'expert s'accorde avec un aspect important de la plupart des médecines alternatives, qui consiste à encourager l'individu à prendre sa vie en main, et donc à prendre en main sa santé et sa guérison (McGuire, 1988 : 183).

Chez les spiritualistes mexicains, on insiste sur le fait qu'il n'y a pas de différences entre les guérisseurs individuels. De toute façon, ce qui prime dans la guérison spiritualiste, ce n'est pas la rencontre entre le guérisseur et le patient, ni la personnalité du guérisseur, mais les techniques de guérison utilisées. Selon Finkler (1994), si la rencontre patient-médecin prend tellement d'importance dans le système biomédical, c'est entre autres parce que le médecin, contrairement au guérisseur spiritualiste, n'est pas du tout sûr de ses techniques pour diagnostiquer le mal et prescrire le traitement approprié. « *Spiritualist healers do not doubt that the spirits possessing their bodies in " the service of mankind " are omniscient, that the spirits know the person's pain and also the required cure* », rapporte l'anthropologue (*ibid.* : 187).

L'incertitude médicale

L'incertitude qui caractérise la pratique médicale est une source importante de stress pour le médecin qui ne parvient pas à émettre un diagnostic, à faire entrer la maladie dans une catégorie biomédicale définie. Comme le souligne le psychiatre Jean-Charles Crombez (2003), la maladie n'existe, pour le clinicien, que si elle est diagnostiquée. « On n'a qu'à voir l'embarras des médecins quand ils ne peuvent regrouper des signes divers en un tableau " déterminé " : ils se trouvent pris avec quelque chose qui n'appartient ni à leur art ni à leur apprentissage. Leurs réactions d'impatience ou de nervosité, quelquefois si décriées, sont

compréhensibles, vu leur impuissance devant l'absence d'un objet saisissable » (*ibid.* : 50).

La sociologue Renée Fox (1988, 2000) a beaucoup contribué à l'étude de l'incertitude médicale. Les trois sources de cette incertitude sont, selon elle : premièrement, l'impossibilité de maîtriser toutes les connaissances et toutes les techniques de la médecine moderne en constante évolution ; deuxièmement, les failles et les limites de la science médicale, qui subsistent malgré l'incroyable progression des connaissances ; troisièmement, la difficulté, pour le médecin, de distinguer entre, d'une part, son incompetence personnelle, et, d'autre part, les lacunes et les limites de la médecine elle-même.

Selon Fox, la « logique de la pensée médicale moderne occidentale – le raisonnement par probabilité sur lequel s'appuient les diagnostics, se prennent les décisions de traitement et se fondent les pronostics – est une expression codifiée du facteur d'incertitude que comporte la médecine » (Fox, 1988 : 65).

Depuis les années 1950, la sociologue a observé et décrit avec minutie le processus d'entraînement à l'incertitude auxquels sont soumis les aspirants médecins. Ce processus, note-t-elle, entraîne des modifications dans l'attitude des futurs médecins à l'égard de leur pratique :

« Les étudiants évoluaient graduellement vers ce qu'ils qualifiaient d'"attitude affirmative" envers l'incertitude médicale. Ils devenaient plus à même d'accepter l'incertitude comme inhérente à la médecine, de distinguer leurs propres limites de celles de la science, d'affronter l'incertitude avec une certaine candeur et d'appréhender celle-ci par une approche positive, une certaine philosophie sceptique » (Fox, 1988 : 19).

Pour se défendre contre l'incertitude, les jeunes médecins en viennent à imiter leurs aînés en pratiquant une sorte d'humour bien particulier. Selon Fox, l'humour médical est un « mélange d'ironie, d'impiété et d'autoquoquerie » (1988 : 20) qui aide les étudiants à s'accommoder de l'incertitude. Elle signale toutefois que les jeunes médecins n'ont jamais poussé cet humour « jusqu'au " jeu

de hasard " pratiqué par leurs aînés », qui n'hésitaient pas à parier sur le diagnostic d'une maladie ou les chances de survie de leur patient (1988 : 20).

Comme l'a observé le sociologue Parsons (1951), cette incertitude avec laquelle les jeunes médecins doivent apprendre à composer prend un sens particulier à cause du caractère extraordinaire de la pratique médicale. Aucun geste posé par le médecin, même le plus banal, ne peut être considéré comme insignifiant :

« Aussi familier ou routinier qu'il puisse être, ou apparemment inoffensif et banal, aucun acte médical impliquant un patient ne peut être considéré comme insignifiant ou tout à fait ordinaire. Sous leur surface scientifique, les actes et événements médicaux interfèrent avec la condition humaine des patients, de leurs proches et des professionnels médicaux eux-mêmes ; ils rencontrent en même temps leurs espoirs et leurs aspirations les plus profondes, ainsi que leurs craintes, leurs angoisses et leur peur » (Fox, 1988 : 63).

La magie du guérisseur

Selon Parsons, c'est cette combinaison entre un élément d'incertitude important et le fort investissement émotif du médecin dans le succès du traitement qui conduit à un mode de pensée et d'action qu'il qualifie de « magique ». Le mot « magique » doit ici être compris dans le sens que Malinowski (1948) lui donnait. Critiquant les perspectives évolutionnistes en vogue au début du vingtième siècle, l'anthropologue a montré que la magie et la science, loin d'être incompatibles, sont fréquemment associées, la première jouant le rôle de complément lorsque l'efficacité de la seconde est aléatoire ou limitée. Ainsi, les Trobriandais se raccrochent à la magie chaque fois que leurs connaissances et leurs techniques rationnelles s'avèrent impuissantes (*ibid.* : 18). Pour construire une pirogue, ils utiliseront leurs connaissances « scientifiques », note Malinowski, mais pour conjurer le danger associé aux grandes traversées, ils feront appel à la magie.

« Science, even as represented by the primitive knowledge of savage man, is based on the normal universal experience of everyday life, experience won in man's struggle with nature for his subsistence and safety, founded on observation, fixed by reason. Magic is based on specific experience of emotional states in which man observes not nature but himself, in which the truth is revealed not by reason but by the play of emotions upon the human organism. Science is founded on the conviction that experience, effort, and reason are valid, magic on the belief that hope cannot fail nor desire deceive. » (ibid. : 67)

Suivant la logique de Malinowski, la magie vise à contrôler les éléments de chance et de hasard. Elle sert à ritualiser l'optimisme humain, à conforter sa foi en la victoire de l'espoir sur la peur (*ibid.* : 70). L'idée d'un optimisme ritualisé est reprise par Parsons (1951), Fox (1988) et Moerman (1979), qui l'appliquent au médecin. Comme Parsons, Fox parle de la « magie du scientifique » qu'elle voit dans « la tendance des médecins à favoriser des moyens démonstratifs et extérieurement énergiques » et dans « leur penchant à accentuer l'aspect positif des situations, à rester résolument pleins d'espoir et obstinément confiants quant au succès de leur intervention, même et surtout, quand une issue favorable est très improbable » (Fox, 1988 : 72).

Dans son livre *The Healer's Power*, le médecin et philosophe Howard Brody (1992) met en scène une rencontre fictive entre un médecin chef de l'ancienne école – un personnage que l'auteur ne se gêne pas pour caricaturer – et une étudiante formée selon les principes éthiques actuellement enseignés de transparence, d'ouverture et d'autonomie du patient. À travers le monologue du médecin chef, le récit interroge ces principes en regard de ce que l'on pourrait appeler, pour reprendre l'expression de Kleinman, « les racines archaïques de la médecine ».

Selon le vieux médecin, la magie est essentielle à la médecine, car la médecine, comme les religions, répond aux angoisses les plus profondes de l'être humain. Il dit que les gens ont beau afficher une attitude rationnelle et scientifique à l'égard de la santé quand ils se portent bien, c'est de magie qu'ils ont besoin

quand ils se sentent malades, vulnérables ou fragiles. Selon lui, les religions comprennent ce besoin et s'assurent que leurs rituels contiennent suffisamment de magie pour satisfaire les masses qui fréquentent leurs églises. Quand elles cessent d'offrir cette magie, les fidèles se tournent d'ailleurs vers d'autres temples.

Selon le personnage de Brody, la magie du guérisseur comporte trois aspects importants : les miracles, le mystère et l'autorité. Évidemment, souligne-t-il, ce n'est pas ce que l'on apprend à l'université, où l'on enseigne que la médecine consiste à résoudre des problèmes pratiques, à répondre de façon honnête à toutes les questions sans rien dissimuler et à partager son pouvoir avec le patient. Mais, sans les miracles, le mystère et l'autorité, croit le personnage du vieux docteur, il n'est pas possible pour le médecin de guérir.

« We do not, it is true, perform miracles routinely, dit-il. Often we are powerless in the battle against disease and death, even if we win a skirmish or two along the way. But the patients seize hold of those occasional victories and blow them up into miracles, for it is ultimately miracles they want of us. Of course, when they fancy themselves and their loved ones healthy, they say smugly that they realize medicine cannot do everything, that man is not immortal, that they respect a doctor who can admit frankly that he is not omniscient. But when they think they stare death in the face or think their wives or children or parents do, they want miracles, and they want doctors who look and talk like people who perform miracles » (Brody, 1992 : 6-7).

On reviendra sur la question du pouvoir et de l'autorité dans la section consacrée à ce thème. Pour ce qui est du mystère, les médecins ne partagent-ils pas un langage difficile à comprendre pour le commun des mortels ? Leur calligraphie n'est-elle pas aussi mystérieuse qu'illisible et ne possèdent-ils pas un savoir ésotérique qui leur permet, entre autres, de lire l'avenir dans des images (radiographiques, par exemple) incompréhensibles pour les non-initiés ? Une certaine magie ne cohabite-t-elle pas, dans les hôpitaux modernes, avec les méthodes et les technologies les plus scientifiquement avancées ? Selon le médecin chef, le fait que la plupart des hôpitaux soient constitués de dédales de corridors, à différents niveaux et dans différentes ailes, reliés par des escaliers, des

rampes et des passages où seuls les initiés peuvent se retrouver n'est pas un hasard. C'est parce que la magie aime s'entourer de mystère et que la magie est nécessaire à la guérison (Brody, 1992 : 7).

Le mystérieux effet placebo que la science ne parvient pas à expliquer est-il le résultat de la magie du médecin ? Le médecin chef en est convaincu :

« You have seen a suffering patient experience profound relief from pain and sleep soundly for the first time in weeks after getting an injection of sterile water, under the impression that it was a potent narcotic. You have seen a patient unable to sit still at the start of an interview leave the examining room calm and placid, simply because the physician has mouthed some meaningless mumbo jumbo of a diagnosis that sounds impressive and scholarly. You have seen a patient sent for a series of diagnostic X rays who does not know their purpose but tells the physician later how grateful he is for the relief he has got as a result of these " treatments ". And these people do not simply feel better; their pulse goes down, their blood pressure goes down, their serum catecholamines go down, their secretory antibodies go up – their entire body tells us of the power of mystery to heal » (ibid. : 7).

Selon Hahn (1995), la relation avec le guérisseur peut avoir des effets sur les processus endogènes de guérison caractéristiques de l'effet placebo au même titre que les relations humaines en général peuvent produire des effets bénéfiques ou nocifs sur le corps, comme dans le cas où une personne qui tombe amoureuse se sent soudainement pleine d'énergie ou celui, extrême, où un veuf suit son épouse décédée dans la tombe. Ces effets, note-t-il, peuvent sembler incompréhensibles si on considère les relations sociales comme quelque chose qui flotte dans l'espace entre les corps, comme un phénomène indépendant de notre fonctionnement physiologique. Si, au contraire, on reconnaît que les relations humaines sont portées par les corps, l'idée de la production socioculturelle de la maladie et de la guérison devient beaucoup plus acceptable (Hahn, 1995 : 78-79).

Même si plusieurs études démontrent la puissance de l'effet placebo dans le traitement de toutes sortes de conditions (Brody, 1980 ; Moerman, 1979, 2000 ;

Hahn et Kleinman, 1983b ; Turner *et al*, 1994), les médecins sont souvent réticents à l'admettre. Selon Budd et Sharma (1994), les médecins sont mal à l'aise avec l'idée que la relation qu'ils forment avec leurs patients puisse déterminer le succès du traitement parce que cette idée heurte leur approche positiviste de la médecine moderne, selon laquelle il existe de nettes divisions entre le corps, l'esprit et le cerveau. Formés à se méfier de l'effet placebo, les médecins ont tendance à le considérer comme une tricherie ou, au mieux, comme un seuil à dépasser pour démontrer la valeur d'un traitement expérimental (Budd et Sharma, 1994 : 13).

Voici comment l'anthropologue Ilario Rossi (1997 : 158) décrit la difficulté du système médical à intégrer positivement l'effet placebo :

« Certaines approches interdisciplinaires voient dans ce pouvoir curatif de la confiance un domaine de réflexion essentiel autant sur le plan symbolique que sur le plan pratique. La recherche biomédicale pour sa part, tout en reconnaissant les vertus des "effets placebo", les intègre sur un mode négatif, à la manière d'une réaction parasite qui risque, si elle n'est pas prise en compte, de faire obstacle à sa méthode. Quoi qu'il en soit, les résultats positifs du "placebo" (de 15 % à 70 % de réussites, selon différentes études) laissent supposer que "la notion 'd'effet placebo' est la reformulation médicale du vecteur symbolique lié à la démarche de soins" (Le Breton, 1990 : 194), et montrent que la manière de donner est autant porteuse d'effet que la nature du produit et de l'acte. »

Hahn et Kleinman (1983b) décrivent l'effet placebo comme le résultat physiologique d'attentes ou de croyances en grande partie modelées par la culture du patient. Universellement observable, l'effet placebo se manifeste différemment selon les attentes particulières à chaque culture (Moerman, 2000). Sa puissance, constatée jusque dans l'environnement biomédical moderne, confirme l'existence d'un pouvoir de guérison qui transcende les effets thérapeutiques actuellement explicables par la science médicale.

Pour McGuire, ce pouvoir réside dans la réponse de l'individu aux symboles de guérison de sa société, qu'il s'agisse d'amulettes, de mots magiques

ou de pilules (1988 : 228). Dans le monde industrialisé contemporain, où les pilules constituent un symbole majeur du pouvoir de guérir, y compris dans le domaine alternatif de l'homéopathie, les effets placebos sont souvent associés aux médicaments.

Les effets placebos imitent ceux des médicaments actifs : ils atteignent un pic après un certain temps, ils sont cumulatifs et leur efficacité décroît avec la sévérité des symptômes. Les placebos peuvent provoquer des effets secondaires, la dépendance et même des réactions de sevrage. On parle alors d'effets nocebos. Selon Hahn et Kleinman (1983b), les effets placebos et nocebos se situent sur le même axe « culturogénique » ou « ethnomédicogénique », dont l'un des extrêmes serait la guérison spirituelle et l'autre la mort par ensorcellement. « Les croyances et les attentes peuvent rendre malade et même tuer [ma traduction] » (*ibid.* : 17), soulignent les anthropologues.

« L'effet placebo est particulièrement intéressant pour les anthropologues, parce qu'il s'agit d'un cas exemplaire où des éléments symboliques et signifiants – incluant les relations humaines, le discours, la forme, les croyances, les connaissances, les engagements, l'histoire – ont un effet apparemment direct sur la biologie humaine [ma traduction] », écrit Moerman¹ (2000 : 56).

Une étude menée en Angleterre a montré à quel point l'attitude du médecin pouvait avoir une influence sur les symptômes du patient. Deux cents patients qui se sont présentés dans une clinique avec des symptômes, mais pas de signes anormaux, et pour lesquels il était impossible de formuler un diagnostic précis, ont été assignés au hasard dans deux groupes, dont l'un obtenait une consultation « positive » et l'autre une consultation « négative ». Lors de la consultation

¹ Moerman (2000 : 52) définit les effets placebos comme étant « les effets psychologiques et physiologiques désirables du sens et des symboles dans le traitement de la maladie [ma traduction] ». Selon lui, les effets placebos sont causés et modelés par les facteurs qui influencent le sens que le patient donne à ses symptômes et aux traitements auxquels il a recours. Parmi ceux-ci, il inclut l'enthousiasme du médecin, l'interaction avec le patient, des facteurs culturels reliés à l'appréciation des formes, des couleurs ou des mots, ainsi que les croyances. Tous ces facteurs peuvent en retour modeler des facteurs cliniques comme l'adhésion du patient au traitement, son moral et son attitude (*ibid.* : 55-56).

« positive », le patient recevait un diagnostic précis et se faisait dire sur un ton confiant qu'il irait mieux en quelques jours. Dans la consultation « négative », le médecin disait qu'il n'était pas certain du problème. Deux semaines plus tard, 64 % de ceux qui avaient obtenu la consultation « positive » allaient mieux, en comparaison de 39 % seulement de ceux qui avaient reçu la consultation « négative » (Thomas, 1987 : 1201, cité par Moerman, 2000 : 54-55).

Lors d'une autre étude visant à évaluer l'efficacité de médicaments bêtabloquants pour prévenir la crise cardiaque après un infarctus du myocarde, les chercheurs ont constaté que les « bons adhérents », les patients qui prenaient plus de 80 % de leur médication, présentaient un taux de mortalité après cinq ans de 15 % en comparaison de 25 % pour les « mauvais adhérents », qui prenaient moins de 80 % de leurs médicaments. Mais ce qui est particulièrement intéressant dans cette étude, c'est que des résultats presque identiques (15 % de taux de mortalité pour les « bons adhérents » et 28 % pour les « mauvais ») ont été observés parmi les patients qui ont reçu un placebo (Horwitz *et al*, 1990 : 542, cité par Moerman, 2000 : 55) !

Les effets placebos ne concernent pas seulement des médicaments inertes. « Le simple fait de participer à un processus de guérison, peu importe son contenu, peut mener à la guérison », observe Moerman (2000 : 52). Selon lui, à partir du moment où le médecin et le patient croient à son efficacité, tout traitement, y compris chirurgical, comporte des effets placebos. La plupart des effets placebos seraient d'ailleurs attribuables à des médicaments actifs et à des traitements véritables, prescrits par des médecins convaincus de leur efficacité.

« La moitié de l'efficacité de la médecine américaine qui est due à l'effet placebo peut être attribuée au fait que les écoles de médecine américaines excellent à convaincre leurs étudiants de leur pouvoir de guérison [ma traduction] », écrit Moerman (1979 : 62).

Cette idée que la confiance du médecin dans le pouvoir de guérison de ses remèdes est en grande partie responsable de l'effet placebo – de la magie du médecin ou de son pouvoir de guérir – rappelle l'histoire du chaman kwakiutl racontée par Lévi-Strauss (1958 et 1974) dans « Le sorcier et sa magie ». Cet Indien de l'Ouest canadien, informateur de Boas, ne croyait pas à la magie des chamans, mais, en se faisant passer pour l'un d'eux, il avait fini par se convaincre de son propre pouvoir de guérir. Selon la formule célèbre de Lévi-Strauss (1958 et 1974 : 207), « Quesalid n'est pas devenu un grand sorcier parce qu'il guérissait ses malades, il guérissait ses malades parce qu'il était devenu un grand sorcier ».

Dans ce chapitre, Lévi-Strauss insiste sur le caractère collectif du chamanisme : Quesalid finit par se convaincre de son pouvoir parce que les autres en sont convaincus. Mais si le chaman a fait taire son scepticisme, c'est aussi parce qu'en faisant l'expérience des techniques « dont il s'était tant gaussé au début », il s'est rendu compte que cela guérissait ses malades (*ibid.* : 205). Si Quesalid se montre parfois sceptique, raconte Boas dans un livre posthume, c'est surtout pour faire bonne impression devant l'anthropologue. « À d'autres moments, cependant, alors qu'il est plus communicatif, sa croyance dans ses propres expériences ressort très clairement » (Boas, 1966 : 121, cité par Crépeau, 1997 : 14).¹

Que ce soit dans le contexte du chamanisme, des nouveaux groupes religieux ou de la biomédecine, la magie du médecin est sans doute attribuable, non seulement au caractère collectif des représentations chamaniques, spirituelles ou scientifico-médicales et à leur pouvoir symbolique, mais aussi au fait que le guérisseur fait régulièrement l'expérience de son propre pouvoir de guérison. « Il n'y a pas de raison de douter, en effet, que les sorciers, ou au moins les plus sincères d'entre eux, ne croient en leur mission, et que cette croyance ne soit

¹ Selon Crépeau, si l'on adopte « le point de vue de Quesalid lui-même (Boas, 1966 : 121-122) », il conviendrait peut-être d'ajouter (ou de substituer) à la formule de Lévi-Strauss la proposition suivante : « Quesalid était devenu un grand chamane parce qu'il possédait un guide animal qui l'assistait dans la guérison de ses patients » (Crépeau, 1997 : 14).

fondée sur l'expérience d'états spécifiques », note Lévi-Strauss (1958 et 1974 : 205).

L'expérience de la guérison

Les courants interprétatif et phénoménologique qui ont marqué l'anthropologie des dernières décennies ont amené plusieurs auteurs à attirer l'attention sur la guérison en tant qu'expérience corporelle et non seulement symbolique ou psychique. On reproche en effet aux études anthropologiques classiques de s'intéresser uniquement à la description des rituels et de ne pas accorder suffisamment d'attention à l'expérience vécue des participants.

Csordas (2002 : 2), par exemple, écrit que, « malheureusement », la notion de « guérison symbolique » suggère que ce qui est symbolique est par définition irréel et qu'il n'est pas utile de s'intéresser à l'aspect expérientiel de la guérison si celle-ci consiste principalement à manipuler des symboles. Au contraire, croit-il, l'anthropologue doit inclure dans son analyse l'expérience physique du rituel et ses manifestations somatiques, comme il l'explique à travers l'exemple suivant, portant sur le rite de l'onction (*anointing*), une forme de guérison pratiquée chez les Catholiques charismatiques :

« A healer who reports an 'anointing' by God refers to a somatic experience that is taken to indicate either the general activation of divine power, or the specific healing of an individual. A conventional anthropology of ritual healing would say simply that the healer goes into trance, assuming trance to be a unitary variable or a kind of black box factored into the ritual equation, and perhaps assuming that somatic manifestations are epiphenomena of trance. The analysis would go no further than informants' reports that these epiphenomena 'function' as confirmations of divine power and healing. Within the paradigm of embodiment, in contrast, we are interested in a phenomenology that will lead to conclusions both about the cultural patterning of bodily experience, and also about the

intersubjective constitution of meaning through that experience. » (Csordas, 1993 : 141).

Selon Desjarlais (1992), la cure chamanique a davantage à voir avec les sensations internes du corps qu'avec une quelconque restructuration cognitive¹. Dans une des cures qu'il décrit, Meme, le chaman népalais, commence par entrer en transe. Une fois que les dieux lui ont permis d'identifier le mal dont souffre sa patiente, la jeune épouse Yeshi, le traitement se poursuit avec l'exorcisme. Pour sortir les mauvais esprits du corps de Yeshi, le chaman a recours à toutes sortes de gestes : il danse autour d'elle avec son tambour et un crâne de chien accroché à son orteil, il lui frotte le corps avec un poulet qu'il a tué pour en donner le sang aux dieux, il lui mord le cou et suce le mal qui est en elle. Puis, il procède à la récupération des « forces de vie perdues », une opération qui vise à ce que l'âme de Yeshi réintègre son corps.

Les esprits et les maléfices que le guérisseur extirpe du corps de ses patients n'ont pour eux rien de symbolique, affirme Desjarlais. À leurs yeux comme à ceux du chaman, il n'est pas important de savoir ce qu'un fantôme signifie – ni même s'il signifie quelque chose – mais de réussir à s'en débarrasser. Rejetant les notions de guérison symbolique et de rhétorique, Desjarlais affirme que ce sont les gestes du guérisseur, la cacophonie de musique, de goûts, de visions et de touchers qu'il met en scène qui amènent une transformation de l'état du patient (1992 : 195).

Desjarlais a participé aux rites de guérison qu'il décrit dans *Body and Emotion* en tant qu'apprenti de Meme, le chaman. Selon lui, il faut être attentif aux aspects sensoriels des rites pour apprécier leur « force expérientielle » et avoir une idée de la nature de la guérison. Mais cela ne suffit pas pour en percer tous les mystères.

¹ On pense à l'exemple classique du chant cuna, dont la structure narrative reproduit le processus de l'accouchement et qui, selon Lévi-Strauss (1958 et 1974), entraînerait une restructuration cognitive qui en expliquerait l'efficacité symbolique.

« At the same time, we must bear in mind the basic dilemmas that trouble the anthropology of ritual. How can we gain a sense of what Yeshi experienced of Meme's exorcisms ? How can we write about a chaman's dance, the stirrings of ghosts, or the smell of pain – events that linger on the " hither side of words " and cannot be readily described through words ? » s'interroge Desjarlais (1992 : 186).

Dans *Experiencing Ritual*, Edith Turner (1992) prend le parti de raconter une expérience insolite qui a transformé sa conception du rituel Ihamba, un rite d'abord décrit par son mari, Victor Turner, dans son célèbre ouvrage *Drums of Affliction* (1968). Pour les Ndembu, le rite Ihamba consiste à retirer du corps du malade un esprit représenté par la dent d'un chasseur mort. Dans son analyse à forte teneur symbolique, Victor Turner soutenait que le rite servait à purger la communauté autant que le patient des conflits qui les affligeaient. Après la mort de son mari, en 1985, Edith Turner est retournée sur le terrain. Invitée à prendre part au rituel en tant qu'assistante du guérisseur, elle a vu une chose – un « esprit » – de forme sphérique et de couleur grise, sortir du corps du patient. Cette expérience l'a amenée à reconsidérer le rituel du point de vue des Ndembus, c'est-à-dire dans sa dimension individuelle et spirituelle, ignorée par Victor Turner.

« Although, of course, I only experienced what I experienced, it was nearer to the Ndembu's own idea of taking out a harmful object than anything I had come across before, écrit-elle. Therefore, I was willing to make the tooth spirit event central to my account, just as whatever it was the sick patient experienced was central to the Africans involved in the healing ritual » (Turner, 1992 : 5).

De plus en plus, les anthropologues dévoilent les expériences étranges qu'ils vivent sur le terrain (Favret-Saada, 1979 ; Peters, 1981 ; Stoller, 1989, 2004). Dans un texte intitulé *When the Extraordinary Hits Home: Experiencing Spiritualism*, Deirdre Meintel (2007) commente les expériences de guérison dont elle a été témoin et qu'elle a elle-même vécues sur son terrain, dans une église spiritualiste de Montréal. *« Spiritualist healing seemed to help many of those who requested it, and I had certainly felt an enhanced well-being on the occasions when I received it »* (*ibid.* : 144), écrit-elle. Amenée par le leader de l'église à

développer ses dons de voyance et de guérison, elle décrit ce qu'elle ressent lorsqu'elle « donne » la guérison : un bourdonnement dans les mains, puis une sensation moins localisée, parfois une sensation d'énergie qui englobe tout le corps. « *Each time I have served as a healer, the experience has been different. But the sense of contact with another's energy remains and, in fact, becomes stronger and stronger with time* » (Meintel, 2007 : 146).

Qu'est-ce que cette énergie ? Existe-il des esprits qui envahissent le corps des gens pour les tourmenter et d'autres qui guident les guérisseurs, comme en sont convaincus les Ndembu, les Yolmo wa ou les spiritualistes ? Si certains auteurs qui ont fait des expériences étranges, comme Peters au Népal, demeurent sceptiques, d'autres, comme Favret-Saada, Stoller ou Meintel, refusent de balayer sous le tapis la dimension spirituelle « extraordinaire » de ces expériences et les explications qu'en donnent leurs informateurs.

Affaire de sens, de signes et de symboles, affaire corporelle et spirituelle, la guérison peut entraîner des changements physiologiques autant que psychologiques, transformer des sensations corporelles autant que leur perception. Dans tous les cas, elle donne lieu à une transformation. Le processus impliqué par la guérison spiritualiste transforme la vie des patients et, par le fait même, leur état de santé, note Finkler (1994 : 190). En affirmant la détresse du malade, le chaman la transforme, affirme Desjarlais (1992 : 179). Il traduit dans un langage culturellement approprié (de douleurs et de souffrances engendrées par la perte de l'âme, par exemple) les émotions inavouables de ses patients, notamment leurs sentiments de colère envers les autres membres de la communauté.

Comme dans l'analyse classique de Victor Turner (1972), le rituel, célébré « dans le but de venir en aide à ceux que l'on croit frappés de maladie ou de malheur par les esprits ancestraux, les sorciers ou les magiciens », aboutit en fait à un renouvellement des liens sociaux (Corin et Bibeau, 1975 : 296). Il permet au groupe de surmonter ses tensions internes et il rééquilibre la société. Mais il transforme aussi l'individu. Pour Corin et Bibeau (*ibid.* : 297), qui ont étudié le

vécu des troubles psychiques en Afrique, la portée thérapeutique du rituel se situe toujours à deux niveaux indissociables l'un de l'autre : celui de l'individu et celui de la société.

Selon Kleinman (1980 : 365-366), les méthodes consistant à détourner l'attention du patient, d'abord centrée sur des préoccupations intérieures ou interpersonnelles, pour l'amener à se fixer sur des plaintes somatiques ou des causes cosmologiques font partie de l'arsenal thérapeutique de la plupart des sociétés. Ainsi, les spiritualistes mexicains étudiés par Finkler (1994 : 183) attribuent la maladie à des esprits impersonnels et, ce faisant, empêchent le patient ou des membres de son entourage d'être blâmés. La guérison permet ainsi de restaurer l'harmonie dans les relations sociales de la personne et, possiblement, évite l'accumulation de sentiments négatifs pouvant causer la maladie.

Selon les anthropologues Byron J. Good et Mary-Jo Delvecchio Good (1981 : 181), « *the cure of disease without a concomitant healing of illness – that is, a transformation of the patient's sense of ill health as a basic reality – has been a major failure of contemporary medicine* ». La transformation de la perception qu'a le patient de la réalité est, selon de nombreux auteurs, un élément clé de la guérison. Ainsi, selon Csordas, le succès de la guérison repose sur une rhétorique significative et convaincante qui amène une transformation des conditions phénoménologiques dans lesquelles le patient expérimente sa souffrance. Cette rhétorique – articulée par le rite de guérison – redirige l'attention du patient vers de nouveaux aspects de ses expériences ou le persuade de changer de perspective face aux aspects habituels de celles-ci (Csordas, 2002 : 25).

Pour accomplir cette transformation, les dons spirituels du guérisseur charismatique (prophétie, médiumnité, etc.) et les techniques qu'il utilise (dont la délivrance, une forme d'exorcisme) ont, selon Csordas, le même impact rhétorique que la transe et les techniques du chaman. Le guérisseur obtient un accès mystique à la vie intérieure du patient alors que celui-ci récolte le fruit des expériences spirituelles vécues par le guérisseur. Ce faisant, affirme Csordas (2002 : 33-34), le

guérisseur et son patient participent ensemble au projet social consistant à générer une rhétorique qui crée l'expérience concrète du pouvoir divin de guérison.

Si la rencontre entre le guérisseur biomédical et son patient ne s'inscrit pas sous le signe du divin, il n'en demeure pas moins qu'elle recèle des éléments ritualisés. Dans de nombreux contextes biomédicaux, les anthropologues ont observé des rituels, sous forme de comportements répétitifs indépendants des techniques utilisées ou des objectifs explicitement poursuivis (Hahn et Kleinman, 1983 : 317). La thèse soutenue par Moerman, à savoir que l'effet placebo est le produit de l'interaction entre l'optimisme ritualisé du médecin et la foi du patient en celui-ci, est parallèle à la théorie de la rhétorique de Csordas. Dans les deux cas, les participants contribuent, par le sens qu'ils accordent mutuellement à un ensemble de symboles, à faire l'expérience concrète d'un pouvoir de guérison à tout le moins mystérieux.

Guérison et pouvoir

Dans la littérature anthropologique, le concept de guérison est communément associé à la notion de pouvoir, que l'on parle du pouvoir de causer la maladie, du pouvoir de résister à des forces maléfiques ou de les contrecarrer, du pouvoir du guérisseur, du pouvoir des esprits, du pouvoir divin et même du pouvoir personnel d'auto-guérison.

Selon McGuire (1988 : 214), la mobilisation de sources de pouvoir internes ou externes visant à renforcer l'individu est l'un des facteurs clés de la guérison. Chacun des groupes religieux qu'elle a étudiés entretient ses propres croyances concernant le pouvoir de causer la maladie et le pouvoir de guérison. Mais, dans chaque groupe, on croit que le pouvoir de causer la maladie – quelle que soit sa source – peut être surmonté par d'autres types de pouvoir. Dans cette perspective, note McGuire (*ibid.* : 227), la guérison est essentiellement la

restauration d'un équilibre visant à affaiblir le pouvoir qui cause la maladie et à renforcer celui de la victime.

Au sein des nouveaux groupes religieux, les rituels ont tendance à être davantage centrés sur l'individu et sa transformation personnelle que les rituels de guérison rapportés dans la littérature anthropologique, observe la sociologue. Ces nouveaux rituels, ajoute-t-elle, encouragent tous les participants à jouer un rôle actif dans leur propre guérison, plutôt que d'entretenir l'image d'un patient passif et impuissant. Selon elle, ils peuvent constituer une tentative de créer et de promouvoir une nouvelle identité, celle d'un individu autonome, doté d'une bonne capacité d'adaptation (*ibid.* : 183).

Cette hypothèse est toutefois questionnable. En effet, on se demande si l'autonomie à l'égard de la guérison prônée par certains mouvements religieux ne participe pas d'une forme d'autodiscipline imposée aux corps. « *Some critics suggest that some alternative healing movements are the contemporary version of Puritan inner-wordly asceticism, pressing their adherents to a life of self-denial and self-discipline, which fits neatly into the requisites of the economy* » (*ibid.* : 257), écrit McGuire¹.

Le pouvoir de guérison peut aussi être considéré comme un pouvoir *sur* le corps. La notion de pouvoir, note McGuire (1996 : 104), a d'ailleurs été utilisée pour expliquer d'autres moyens par lesquels la société intervient sur le corps, que ce soit les conditions de production et de consommation, les rapports de genre, la sexualité, la guerre ou la torture.

Selon Didier Fassin (1996 : 17), les soins prodigués par le guérisseur ou le médecin ont un caractère privé, mais les contrôles exercés par les autorités

¹¹ Dans notre société de plus en plus obsédée par la santé, le « corps politique » acceptable pour les deux sexes est mince, fort, entraîné et vigoureux, notent Scheper-Hughes et Lock (1987 : 25). De plus en plus, la santé devient un statut à conquérir plutôt qu'une condition à laquelle on est assigné. Chaque individu est appelé à « travailler fort », à faire de l'exercice et à bien s'alimenter pour être en forme et en santé. À l'inverse, le mauvais état de santé n'est plus considéré comme le résultat d'une infortune, mais plutôt comme la marque d'un échec personnel à adopter de saines habitudes de vie.

sanitaires sur le travail de l'un et de l'autre font en sorte que la rencontre thérapeutique se situe toujours dans l'espace politique.

Pour lui, pouvoir et savoir sont liés : « savoir soigner, c'est pouvoir guérir » (*ibid.* : 45), mais « plus que la connaissance elle-même, c'est bien son caractère ésotérique qui en fait un élément de pouvoir » (*ibid.* : 142). Savoir secret, partagé seulement par quelques initiés, le savoir médical est source de pouvoir.

Mais c'est aussi le contexte de l'acte thérapeutique qui fonde le pouvoir du guérisseur :

« La capacité et la légitimité que l'on reconnaît à un individu ou à un groupe d'intervenir sur le cours de la maladie revêtent donc une valeur essentielle dans toutes les sociétés, puisque ce qui se joue dans l'acte thérapeutique, c'est à chaque fois – mais évidemment de manière plus ou moins dramatique selon le type d'affection dont souffre le malade – une question de vie et de mort. Il faut ainsi considérer cette capacité et cette légitimité à la fois comme ce qui permet au thérapeute de soigner et comme ce qui fonde son prestige : c'est parce qu'il a du pouvoir qu'il peut guérir, et c'est parce qu'il sait guérir, que la société lui donne du pouvoir et le droit de l'exercer » (Fassin, 1996 :124).

Dans la perspective de l'anthropologie critique, la relation entre le médecin et le patient est vue comme une relation de pouvoir qui reflète et renforce les relations de pouvoir au sein de la société. Les anthropologues de ce courant considèrent que la biomédecine, en confinant les expériences corporelles au domaine de la nature et en réifiant la maladie, a pour conséquence de rendre invisibles les causes sociales de la maladie. Certains auteurs affirment même que la biomédecine ne devrait pas être considérée comme un « système de significations », mais plutôt comme un « système de mystification » (Amarasingham Rhodes, 1996).

Tous les systèmes médicaux ne sont-ils pas des systèmes de mystification ? Selon Csordas et Kleinman (1996), l'analyse de la guérison comme processus de transformation des perceptions doit toujours tenir compte du lien qui existe entre pouvoir de guérison et pouvoir politique. On pourra ainsi distinguer la guérison comme forme de renforcement de l'oppression, la guérison comme tentative de colmater la misère et la pauvreté et la guérison comme véritable forme d'autonomisation de la personne.

La guérison proposée dans les milieux religieux ou traditionnels ne favorise pas toujours l'autonomisation de la personne. Ainsi, dans les groupes étudiés par McGuire, l'image du citoyen autonome et responsable de sa santé paraît contradictoire avec la dépendance que de nombreux adhérents manifestent à l'égard des services des guérisseurs. « Plusieurs membres demandaient la guérison à chaque réunion de leur groupe, raconte la sociologue. Ils demandaient la guérison pour le dernier problème qui les avait affligés – un mal de gorge, une épaule douloureuse, l'insomnie ou un manque d'énergie –, que ce problème soit nouveau ou ancien, récurrent ou apparu pour la première fois [ma traduction] » (1988 : 186). Chez les Yolmo wa, « il peut même y avoir une addiction aux cures chamaniques. Lapka [une villageoise] par exemple, a un faible pour les rites de guérison comme pour la bière [ma traduction] », raconte Desjarlais (1992 : 242).

Dans le contexte biomédical, la nouvelle éthique régissant le rapport entre le médecin et le patient est en grande partie centrée sur l'autonomie du patient, ainsi que sur la transparence du médecin, qui seule peut garantir l'exercice de cette autonomie. Selon Brody (1992), l'impasse qui en résulte sur la notion de pouvoir, virtuellement absente de cette nouvelle éthique, est nuisible à la compréhension de ce qui fait l'efficacité de la relation thérapeutique.

Poussé trop loin, le principe de l'autonomie du patient – et l'objectif d'éliminer tout « paternalisme » de la relation entre le médecin et le patient – peut, selon Brody, conduire le clinicien à une sorte de retrait. Dans les cas extrêmes, le médecin se contentera de fournir l'information médicale pour ensuite laisser le

patient seul devant le choix de son traitement. Dans la pratique, ce rejet de toute forme d'autorité du médecin, basé sur la conception implicite que son pouvoir est toujours dangereux et susceptible de s'exercer contre le patient, va, selon Brody (1992 : 52), à l'encontre de ce que bien des malades recherchent chez le médecin, soit une figure de réconfort et un conseil avisé.

Le philosophe croit qu'il faut réhabiliter la notion de pouvoir, de toute façon inséparable de la notion de relation thérapeutique.¹ Selon lui, le pouvoir du médecin est à la fois *médical* (ou « *esculapien* »), découlant de sa formation disciplinaire et de ses connaissances ; *charismatique*, dans la mesure où son pouvoir dépend également de qualités personnelles difficiles à transmettre ; et enfin *social*, en raison du statut² accordé au médecin par la société (Brody, 1992 : 16-17).

Les trois formes de pouvoir du médecin peuvent mener à des abus, affirme Brody, mais, pour guérir ses patients, le médecin a besoin de tous ses pouvoirs, comme il l'explique dans ce passage où il fait un lien entre pouvoir et effet placebo :

« The Chief of Medicine rests a good deal of his case on his understanding of the placebo effect. I have argued at length elsewhere (Brody 1980) that the placebo phenomenon needs to be seen as all-pervasive in medicine and may play some role in almost every healing encounter. Patients indeed get better because of specific cures worked through the application of medical science, and they get better because the natural history of the disease process tends toward spontaneous recovery; but they also get better, a good deal of the time, because of the

¹ Notons que Brody (1992) consacre tout un chapitre de son livre, *The Healer's Power*, aux abus auxquels peut mener le pouvoir médical. Il rappelle toutefois que la véritable menace à l'autonomie du patient n'est pas le thérapeute, mais la maladie, et que le rôle du médecin est d'utiliser son pouvoir pour lever les barrières à l'autonomie du patient. « *If removing those barriers leads to enhanced power for the patient, thanks in part to the effective use of power by the physician, then we can see the outlines of a shared-power conception of the physician patient relationship* », écrit le philosophe (*ibid.* : 52).

² À l'intérieur du système biomédical, il existe des différences de pouvoir et de statut entre les spécialités, correspondant aux technologies utilisées et aux parties du corps qui sont visées : c'est le chirurgien, en particulier s'il opère un organe noble comme le cœur, qui jouit du statut le plus élevé (Hahn et Kleinman, 1983 : 315).

symbolic aspects of the healing encounter and because the meaning of the experience of being ill has been rendered more positive and less frightening. This occurs, in turn, when the patient receives a satisfactory explanation of the illness, when those around him respond with care and support, and when he regains a sense of mastery or control over the illness (Brody 1980). A skilled healer can facilitate all these changes; but she can best do so if she has a fair amount of cultural, charismatic, and social power in addition to pure Aesculapian power. »

(...)

« To summarize, I agree with the Chief of Medecine that healing may come through the exercise of social and charismatic power as well as through the use of Aesculapian power. I agree with him that both physicians and patients are prone to overestimate the Aesculapian component of curing and to underestimate the charismatic and social components, and that this misperception, when it occurs, serves sometimes to enhance the placebo response. I disagree with him that the physician's power to cure cannot survive a greater degree of disclosure to the patient about the real limitations of Aesculapian knowledge and skill » (Brody, 1992 : 34-35).

Encore une fois, ici, la guérison est vue comme une série de changements, c'est-à-dire comme une transformation. Selon Brody, ce sont les aspects symboliques de la « rencontre de guérison » et le sens qui est donné à la maladie qui créent l'effet placebo. Cet effet, suggère-t-il, est d'autant plus important que le médecin sait user de ses pouvoirs charismatique et social, et non seulement de son pouvoir médical. Paradoxalement, il peut même être encore plus grand si le médecin et le malade sont plutôt convaincus que c'est le pouvoir *esculapien* qui guérit. Ce qui revient à l'idée suggérée précédemment, à savoir que la croyance partagée dans les techniques de guérison joue un rôle important dans le succès de celle-ci.

Contrairement au médecin chef, Brody croit toutefois qu'il est possible pour le clinicien de conserver son pouvoir de guérison, qui lui vient entre autres de son pouvoir social et charismatique, tout en révélant au patient les limites du pouvoir *esculapien*, ses limites personnelles et celles de la connaissance médicale.

Ce défi d'ouverture et de transparence imposé aux médecins par la nouvelle éthique est peu commun dans le répertoire de l'anthropologie médicale. Desjarlais (1992) raconte que chaque fois qu'il interrogeait les villageois népalais sur les causes de leurs malaises, ceux-ci le renvoyaient au chaman : « *They matched their limited knowledge of ghosts, dreams, and life-forces against the vast lore of the chaman. " Why ask me, I'm not a bombo [un guérisseur] – why don't you ask your guru ? "* » lui demandaient les paysans (*ibid.* : 166). Selon l'anthropologue, le chaman, de son côté, ne se fie pas aux plaintes du malade pour diagnostiquer le mal, car le malade n'y connaît rien. Seul le guérisseur peut connaître l'origine de la douleur d'un patient, ainsi que la cure indiquée.

Ce privilège confère du pouvoir, souligne Desjarlais (*ibid.* : 241). Mais il y a des limites au pouvoir du chaman. Chez les Yolmo wa, ses cures ne sont pas jugées très efficaces pour combattre certains maux tels que la dysenterie, l'arthrite, la tuberculose et les troubles gastro-intestinaux. Par contre, pour les problèmes d'origine sociale, l'efficacité des rituels de guérison du chaman est nettement supérieure aux traitements proposés par la clinique médicale. Mais les rites ne sont pas toujours efficaces. Yeshi, la jeune épouse opprimée par un mari colérique, ne retrouve pas sa vitalité malgré les rituels sophistiqués destinés à exorciser ses démons et à récupérer son âme perdue. Plusieurs des patients de Meme souffrent des mêmes maux à répétition. Quand les conflits ou les tensions qui causent leurs problèmes perdurent, leur souffrance revient. Dans certains cas, une série de rituels sera nécessaire pour apporter un soulagement, qui parfois ne viendra pas. La maladie est aussi un acte de refus, soulignent Scheper-Hughes et Lock (1991 : 423). Pour certains patients, assumer le rôle du malade, particulièrement du malade chronique, peut être une façon de refuser de se plier à sa condition.

Dans sa comparaison entre la guérison spiritualiste et la biomédecine, Finkler observe que le jugement clinique du médecin est souvent marqué par l'incertitude liée au processus de diagnostic par exclusion, alors que le guérisseur spiritualiste, guidé par l'esprit qui l'inspire, est sûr de son diagnostic et de la cure à

administrer (1994 : 186). Mais l'incertitude est-elle le propre du médecin occidental ? Desjarlais rapporte que Meme, le chaman, utilise un ensemble de techniques de guérison dans l'espoir qu'au moins l'une d'entre elles provoque un changement durable chez le patient. Cela rappelle l'« optimisme ritualisé » de l'acte médical décrit par Parsons et Moerman. Malgré l'avertissement contenu dans le serment d'Hippocrate – « surtout, ne rien faire pouvant causer du mal » –, le médecin est fortement incité à « faire quelque chose », souligne Hahn (1995 : 152), et un traitement comportant une chance minimale de réussite sera toujours considéré comme préférable à aucun traitement du tout. L'« optimisme ritualisé » du guérisseur, qu'il soit inspiré ou non par un esprit, est certainement un ingrédient essentiel de son pouvoir de guérison.

Quelques notions clés

Les médecins sont souvent aveugles à la dimension culturelle de la guérison, de même qu'ils refusent fréquemment de voir la guérison comme une activité sociale comportant des objectifs sociaux, souligne Kleinman (1980). Or, il est impossible, selon lui, d'en arriver à une véritable compréhension de ce phénomène sans prendre en considération ses dimensions culturelle, sociale et expérientielle autant que ses éléments physiologiques et psychologiques.

D'un point de vue interculturel, la comparaison des pratiques curatives fait ressortir des différences importantes entre les cultures, mais on observe également des similitudes profondes. Ainsi, comme l'a révélé ce bref survol de la littérature anthropologique, la guérison s'inscrit toujours dans un contexte de croyances et de significations partagées entre le guérisseur et son patient. Selon Kleinman (1980 : 366), le seul fait de procurer au patient des modèles explicatifs de la maladie et de la guérison personnellement et socialement significatifs pour lui contribue à réduire l'anxiété et les sentiments dépressifs générés par la maladie. Cette notion

de modèles explicatifs est incontournable si on veut tenter de comprendre le phénomène de guérison.

Les notions de symbolisme et de rituel se retrouvent également au coeur de pratiquement toutes les tentatives pour expliquer la guérison (Lévi-Strauss, Turner, Moerman, Csordas, Desjarlais, McGuire). Même les auteurs qui cherchent à attirer l'attention sur l'expérience vécue du rituel ont recours à des explications de nature symbolique pour démontrer comment la guérison transforme l'expérience de ceux qui la reçoivent. Ainsi, Desjarlais souligne que le thème de la protection du corps et de la maison est central dans l'expérience de guérison des Yolmo wa : des esprits sont jetés au dehors, des dieux sont apaisés, le corps physique est purifié pour le rendre plus résistant et des amulettes sont fabriquées pour le protéger des sorcières et des spectres (1992 : 190).

D'autres notions apparaissent de façon récurrente dans la littérature sur la guérison : le thème du don, de l'incertitude, de la « magie », de la transformation, ainsi que le thème du pouvoir. Ainsi, la guérison est souvent décrite comme un « don », magique ou non. Le climat d'incertitude dans lequel elle s'exerce entraîne une forme de comportement ritualisé et de pensée magique. Le rituel de guérison ou la magie du guérisseur effectue une transformation, que celle-ci soit d'ordre physiologique ou de l'ordre de la perception. À l'intérieur du système biomédical, on a donné le nom d'effet placebo à la magie du guérisseur. Cette part de la guérison qui ne s'explique pas en termes biomédicaux est observée dans toutes les cultures.

« *There are limits to healing, and Meme often fails to heal*, écrit Desjarlais (1992 : 242), *but given the protean nature of his task, he works magic. Ritual can transform experience* ». Partout, ce qu'on appelle la « guérison » permet de faire l'expérience d'un sentiment retrouvé d'intégrité physique et mentale, d'équilibre et de plénitude. Dans toutes les sociétés, les personnes souffrantes font appel à des guérisseurs pour obtenir cette guérison. Partout, cela confère un pouvoir important à celui ou celle qui fait office de guérisseur. Mais, en même temps, le pouvoir de

guérison est toujours limité. Parfois le guérisseur se trompe. Parfois il est impuissant.

CHAPITRE 2 : UNE ENQUÊTE QUALITATIVE À SAINTE-JUSTINE

Ce projet de recherche s'est déroulé au Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine de Montréal durant l'année 2005-2006, dans le cadre des travaux menés par l'Unité de pédiatrie interculturelle, un groupe de recherche dirigé par le Dr Fernando Alvarez et par les anthropologues Gilles Bibeau et Sylvie Fortin, professeurs à l'Université de Montréal. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital.

Le but de cette recherche était d'explorer les perceptions des médecins entourant le phénomène de la guérison. Pour ce type d'enquête, la méthode des entretiens en profondeur a été retenue comme la plus pertinente. Malgré ses limites, cette méthode constitue en effet le meilleur moyen pour saisir le sens que les acteurs donnent à leur conduite, « la façon dont ils se représentent le monde et la façon dont ils ressentent leur situation » (Poupart, 1997: 200).

Neuf médecins de différentes spécialités ont été recrutés pour former l'échantillon qui a servi à cette étude. Les médecins sollicités ont tous accepté de participer à l'enquête, sauf un qui n'était pas disponible au moment où les entrevues ont été conduites, soit au printemps 2006. Le recrutement s'est fait par contacts personnels à travers le groupe de recherche et par courriels, selon la méthode « boule de neige » (Pirès, 1997: 186). Les premiers médecins approchés ont suggéré des noms de spécialistes dans d'autres services. Les choix ont été faits en fonction d'une répartition des participants potentiels entre les spécialités et entre les hommes et femmes, afin d'éviter, par exemple, de se retrouver avec une

vision exclusivement masculine ou marquée par l'exercice d'une ou de deux spécialités en particulier.

Six hommes et trois femmes ont accepté de répondre à nos questions. Dans ce mémoire, ils se nomment « l'orthopédiste », « la chirurgienne », « l'oncologue », « la gastro-entérologue », « le neurologue », « le psychiatre », « l'interniste¹ », « l'interniste² » et « la pédiatre ». Ces désignations, qui reflètent la façon dont nos informateurs se sont eux-mêmes présentés, servent à identifier leur champ de pratique et permettent de situer leur propos². Pour protéger leur anonymat, nous avons cependant changé le sexe de certains d'entre eux et aucun détail personnel permettant de les identifier ne sera fourni.³

Au moment des entrevues, l'âge des informateurs variait entre 38 et 64 ans. Tous comptaient au moins huit ans de pratique de la médecine et le médecin le plus âgé en comptait près de 40. Plusieurs avaient une spécialité en pédiatrie et une surspécialité dans un autre domaine. Quatre étaient soit d'origine étrangère ou nés de parents immigrants. Certains avaient complété une partie de leurs études à l'extérieur du pays, plusieurs poursuivaient des activités de recherche et tous faisaient de l'enseignement.

Compte tenu du petit nombre d'entrevues réalisées et de la façon dont les participants ont été sélectionnés, cet échantillon ne prétend aucunement être représentatif du corps médical de Saint-Justine. En effet, on peut supposer que les cliniciens qui ont accepté de participer à ce projet partagent un minimum d'intérêt pour les questions reliées à la dimension culturelle de leur pratique et que des médecins moins sensibles à ces questions auraient été plus susceptibles de refuser

¹ « Médecin spécialiste qui a une expertise dans plusieurs disciplines médicales et qui veille au diagnostic et au traitement de problèmes de santé difficiles à évaluer par une approche conventionnelle ou de problèmes liés à plusieurs systèmes de l'organisme » (Office de la langue française, 1999).

² Dans un cas, pour assurer la confidentialité de nos données, nous avons légèrement modifié la spécialité du médecin.

³ Il est évident que cela empêche de faire des comparaisons des perceptions entre les sexes, mais étant donné le nombre restreint de sujets, ce type de comparaisons nous paraissait exclu de toute façon.

de nous accorder une entrevue.¹ Ce biais de sélection est difficilement évitable dans ce type de recherche qualitative et exploratoire.

Certains informateurs ont tenu à préciser – sans que la question ne leur soit posée – qu'ils ne se sentaient pas représentatifs de la majorité de leurs collègues. Plusieurs tenaient à se démarquer de la réputation qui est faite aux médecins de ne pas accorder suffisamment de temps à leurs patients, de ne pas les écouter et de ne pas être attentif à leurs besoins et à leur souffrance. Les cliniciens que nous avons recrutés dans le cadre de cette étude sont-ils exceptionnels par rapport à l'ensemble de leur profession? Difficile à évaluer. Malgré cette limite, l'échantillon, formé selon le principe de la diversification interne², a permis d'explorer en profondeur le thème de la guérison avec neuf spécialistes exerçant dans un hôpital pédiatrique, des hommes et des femmes parvenus à différentes étapes de leur carrière et provenant d'un éventail de spécialités.

Les entretiens ont eu lieu à l'hôpital, généralement dans le bureau du médecin. Avant l'entrevue, le médecin était invité à signer le formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital. Ce formulaire donnait des informations sur le déroulement du projet, ses avantages et ses inconvénients. Les participants étaient avisés qu'ils pouvaient décliner de répondre à toute question.

Les entretiens ont duré en moyenne 50 minutes à une heure. Pour des entrevues en profondeur, cela est court. Mais c'est beaucoup pour des spécialistes entraînés à économiser le temps, que ce soit dans leurs courriels au style minimaliste, dans leurs prescriptions ou les notes qu'ils griffonnent dans le dossier de leurs patients. Leurs réponses aux questions étaient souvent concises. À

¹ À noter la forte représentation, non recherchée, de médecins d'origine étrangère au sein de l'échantillon: ceci explique sans doute cela.

² L'échantillon formé selon le principe de la diversification interne est utilisé pour faire l'étude exhaustive d'un groupe restreint et homogène (Pirès, 1997: 181), soit, dans le cas présent, le groupe des médecins spécialistes de l'hôpital Sainte-Justine (plutôt que celui des infirmières, ou du personnel hospitalier dans son ensemble, ou encore de la population hospitalière, incluant patients, famille et personnel). Si son critère premier est l'homogénéisation de son échantillon, il vise par la suite la plus grande diversité possible des informateurs au sein du groupe.

cause de leur tâche d'enseignement universitaire, les médecins que nous avons interviewés sont habitués de répondre à des questions. On peut supposer que cela a permis de recueillir davantage d'information en moins de temps.

La plupart des cliniciens ont répondu à l'ensemble des questions qui étaient prévues dans la grille d'entrevue (voir Annexe 1). Pour des raisons liées à la teneur de chaque entrevue, il est arrivé que la chercheuse laisse tomber, en cours de route, certaines questions qui n'apparaissaient plus pertinentes. L'entretien était semi-structuré : plusieurs questions étaient ouvertes, des questions imprévues se sont ajoutées au fil des entrevues et les médecins qui s'écartaient de la question posée étaient laissés libres d'élaborer sur les aspects qu'ils souhaitaient privilégier. Cela a permis de recueillir des informations sur les notions importantes que chaque clinicien associait de lui-même au thème de la guérison.

Par contre, le fait de revenir à la grille d'entrevue et de poser des questions relativement précises sur des notions qui n'ont généralement pas leur place dans le discours médical a sans doute forcé les médecins à s'aventurer à l'extérieur des limites du discours convenu auquel on pourrait s'attendre de la part de membres de leur profession. Cette « violence » visait à briser le discours des médecins de façon à en faire surgir le sous-texte, un peu à la manière dont Bibeau et Corin proposent de briser le texte ou le fait culturel dans l'interprétation du matériel ethnographique (1995).

En acceptant de participer à la recherche, les médecins étaient au courant que celle-ci portait sur le thème de la guérison et qu'il s'agissait d'une étude anthropologique. Cela a certainement orienté leur réflexion préalable à la tenue de l'entrevue et cela transparaissait dans leurs réponses à la première question, portant sur leur définition de la guérison. Les médecins avaient pour la plupart réfléchi, au moins minimalement, à ce qui, pour eux, définissait la guérison. Dans certains cas, un souci de répondre aux intérêts présumés d'une chercheuse en anthropologie avait accompagné cette réflexion. «Je sais que votre position

comme anthropologue est neutre, m'a dit un médecin, mais c'est peut-être le thème de votre recherche qui m'oblige à chercher un peu plus de votre côté...»

On comprend que ce médecin, tout en prenant pour acquis et en reconnaissant la « neutralité » de l'anthropologue (ce qui, en soi, mériterait une discussion dans laquelle nous n'entrerons pas ici...), voyait dans le thème choisi une invitation à une réflexion d'ordre culturel plutôt que médical. Il précisait d'ailleurs ensuite qu'il avait été incité à réfléchir à sa pratique sous l'angle de la guérison, un thème qui relevait pour lui de l'anthropologie et non de la médecine. D'autres informateurs ont exprimé, plus ou moins à la blague, leur regret de ne pas pouvoir fournir la réponse qu'ils croyaient attendue par la chercheuse. Il a donc fallu préciser à quelques reprises que nous ne nous attendions à aucune réponse en particulier et que nous n'exigions pas non plus que nos informateurs fassent un effort particulier pour aborder les questions posées du point de vue de l'anthropologie. Il est toutefois évident que ce biais ne pouvait être évité. Même si leur niveau de connaissances anthropologiques était varié et généralement limité, les médecins interviewés sont des personnes cultivées qui ont une idée de ce qui peut intéresser une anthropologue. Tout en répondant sincèrement aux questions à partir de leur expérience propre et dans le vocabulaire qui est le leur, ils ne pouvaient probablement pas s'empêcher de réfléchir aux thématiques suggérées du point de vue de ce qu'ils se figuraient être l'intérêt de la chercheuse.

On peut penser que ce biais, entraîné par le désir de faire plaisir à l'anthropologue, ou du moins de réfléchir selon ses termes, a eu une influence sur certaines entrevues, s'ajoutant au biais de sélection des participants mentionné plus haut. Toutefois, certains informateurs faisaient au contraire très attention de se démarquer de ce qui aurait pu être considéré comme une interprétation anthropologique de leurs propos. Loin de réfléchir dans les termes de l'anthropologue, ils cherchaient à signifier leur distance par rapport à son point de vue. De plus, comme le questionnaire n'avait pas été envoyé aux participants et qu'aucun d'entre eux ne connaissait à l'avance la teneur précise du projet de

recherche, les médecins n'avaient pas eu la possibilité de réfléchir aux thèmes identifiés dans la revue de la littérature et inclus dans le questionnaire.

Dans plusieurs cas, même si la notion proposée, comme celle de don ou de transformation, n'évoquait rien au départ, elle provoquait une réflexion nouvelle face à la pratique médicale. Plusieurs participants ont souligné, à la fin de l'entretien, l'intérêt qu'ils avaient trouvé à penser leur pratique à partir du point de vue de l'anthropologie. Faisons le pari que le léger décalage ainsi provoqué dans la réflexion des médecins aura été la source d'une grande richesse au niveau du contenu des entretiens qui ont nourri cette recherche.

CHAPITRE 3 : LA PAROLE DES MÉDECINS

Qu'est-ce que la guérison? Une première définition

La guérison n'est pas un concept qui va de soi pour les médecins interviewés dans le cadre de cette recherche. Pour certains, ce n'est pas quelque chose à quoi ils pensent, « cela arrive rarement », ou, carrément, « ce n'est pas le but visé ». Pour d'autres, c'est évidemment ce qui est recherché dans toute prise en charge médicale, c'est l'objectif ultime des soins, du traitement. Pour plusieurs, c'est une notion un peu étrangère à la médecine. En tout cas, ce n'est pas un concept auquel ils sont habitués de réfléchir.

D'emblée, quand on leur demande de définir ce qu'est la guérison, la plupart des médecins répondent que la guérison est un retour à l'état de santé. « Je me base toujours sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, parce que la guérison, c'est retrouver la santé, et la santé, c'est un équilibre au niveau physique, psychique et social, dit la gastro-entérologue. (...) Retrouver cet équilibre, c'est guérir. »¹

Pour l'oncologue, il ne sert à rien de chercher midi à quatorze heures : « On est guéri quand on n'est plus malade », tout simplement. Ou : « Les enfants sont guéris quand ils n'ont plus la maladie qu'ils avaient initialement. » De son côté, l'interniste₁ affirme que la guérison, « ce serait la réversibilité d'un état de dysfonctionnement d'un organe ou d'un ensemble du système biologique

¹ En fait, l'Organisation mondiale de la santé parle d'« un état de complet bien-être physique, mental et social ». Source : www.who.int/about/fr/

humain. » Pour lui, comme pour d'autres informateurs qui l'ont mentionné, « l'exemple typique, c'est l'enfant normal qui fait une pneumonie, à qui on donne des antibiotiques et qui, deux semaines après, va beaucoup mieux. Si son rayon X redevient normal, on va dire qu'il est guéri. »

Dans le même sens, pour l'interniste₂, « la guérison, c'est un retour complet à la santé. » Mais, ajoute-t-il un peu plus loin, « la guérison totale est exceptionnelle ». Car la maladie et les traitements laissent presque toujours « une trace, une séquelle, ne serait-ce que la cicatrice qui reste après l'appendicectomie ». Le retour à l'état initial n'est donc pas complet. Il y a eu transformation. Mais on y reviendra.

Chez la plupart des informateurs, la définition de la guérison comme un retour complet à l'état de santé a tendance à se complexifier dès qu'on sort de l'abstraction pour entrer sur le terrain de la pratique. Par exemple, voici comment le neurologue présente les choses : « En théorie, la guérison, ce serait un rétablissement de l'état fonctionnel qui a été temporairement dérangé. Ça, c'est la théorie. En neurologie, malheureusement, c'est rare qu'on puisse rétablir un fonctionnement normal. » Dans le cas des enfants lourdement handicapés à la naissance, « il n'y a jamais eu de fonctionnement normal », observe-t-il. Et dans les cas d'accidents graves, les techniques médicales sont souvent impuissantes : « Dans les traumatismes crâniens, par exemple, c'est rare que les gens reviennent complètement à leur état initial. »

Dans la mesure où la guérison totale n'est pas envisageable, le traitement visera à améliorer les conditions de vie de l'enfant. La guérison sera alors perçue comme un idéal de bien-être physique, psychique et social vers lequel on doit tendre, tout en prenant en compte les limites, les handicaps, les forces et les faiblesses de chaque patient.

Pour le psychiatre, on ne peut jamais parler de guérison complète dans son domaine : « Il faudrait que la personne soit dans un état parfait au niveau de la

santé mentale, ce qui est une illusion. » En l'absence d'une guérison totale, le sentiment du devoir accompli, pour le psychiatre, intervient selon lui « quand l'intensité de la détresse et des comportements dysfonctionnels a diminué et que finalement le développement de l'enfant peut reprendre de façon plus dégagée, plus libérée. »

L'idée que la guérison totale est peu fréquente revient chez plusieurs des médecins interviewés. À la première question de l'entrevue : « Qu'est-ce que la guérison ? », la pédiatre répond : « C'est rare. » Cette tendance à considérer la guérison comme un phénomène rare ou un idéal jamais complètement atteint constitue-t-elle un biais lié au type de médecine pratiqué par nos informateurs ? Certains d'entre eux ont eux-mêmes soulevé cette possibilité, faisant remarquer qu'en fait, la majorité des problèmes de santé pour lesquels les gens consultent le médecin « non seulement guérissent, mais guérissent tout seuls ».

Ce biais serait lié, d'une part, à la spécialité – neurologie, maladies complexes, psychiatrie – de certains informateurs et, d'autre part, au niveau de pratique des spécialistes que nous avons interviewés. Travaillant dans un centre hospitalier de troisième ligne, ces derniers sont appelés à soigner des cas plus lourds et plus complexes que les médecins en cabinet¹. C'est dans ce contexte que la guérison tend à apparaître comme un phénomène rare, au sens d'une guérison totale. C'est aussi dans ce contexte que certains informateurs sont amenés à percevoir la guérison comme la recherche d'un état optimal de fonctionnement variant en fonction de chaque cas. Certains, mais pas tous : comme on le verra plus loin, l'oncologue et la chirurgienne ont une vision bien différente.

Pour le neurologue, « la guérison consistera surtout à établir le meilleur fonctionnement possible compte tenu du contexte psychosocial, familial et scolaire que vit le patient après l'atteinte de la maladie. » Cette approche qui fait

¹ Un médecin a mentionné que la clientèle des cas très lourds a augmenté au cours des dernières années, en partie à cause du fait qu'on réussit à maintenir en vie des enfants, dont certains grands prématurés, qui souffrent toute leur vie de nombreux problèmes et qui ont besoin d'un suivi médical spécialisé constant, devenant ainsi des « abonnés » de Sainte-Justine.

reposer la guérison sur la recherche d'un équilibre entre les dimensions physique, psychologique et sociale du bien-être est largement partagée par les médecins interviewés. Elle est conséquente avec leur définition de la santé et également avec ce qui apparaît comme une vision holistique de la médecine qui s'oppose à l'image généralement projetée d'une médecine technologique, scientifique et déshumanisée. « Quand j'ai commencé à pratiquer la médecine, je voulais traiter la maladie, dit l'orthopédiste. Mais, assez rapidement, (...), j'ai compris qu'il fallait aussi traiter l'individu dans son ensemble. »

L'interniste₁ affirme qu'il est difficile de définir la guérison parce que son sens varie en fonction de chaque individu. « Dans le cas d'une maladie chronique, la guérison serait la fin ou le contrôle d'une partie des symptômes de l'enfant », dit-il, tout en faisant remarquer que ce n'est pas le sens qu'on donne généralement au mot « guérison ». « Si un enfant fait de l'épilepsie et qu'on lui donne des antiépileptiques qui contrôlent son état, est-ce qu'on dit qu'il est guéri ? Il est encore épileptique. Même chose pour un enfant asthmatique. On traite ses crises, mais il n'est pas guéri de sa maladie. »

Pour ce médecin, il est important d'apporter des nuances à la notion de guérison. D'un côté, au sens pur, « la guérison, ce serait une réversibilité à l'état normal à partir d'un état morbide ou d'une maladie. » Mais, d'un autre côté, si on réussit à contrôler les symptômes d'un enfant souffrant d'une maladie chronique, même si l'enfant continue d'être atteint par la maladie, « ça peut être une guérison dans le sens où il va mieux. »

À l'opposé, l'oncologue considère que ses patients sont guéris lorsque la maladie pour laquelle il les a traités ne revient pas, et cela même si l'enfant continue à souffrir des séquelles de ses traitements ou de sa maladie. « On s'est battu, l'enfant s'est battu, les parents se sont battus contre cette maladie-là. Si la maladie n'est plus là, l'enfant est guéri. Même s'il a de grosses difficultés d'apprentissage, tout ça, il est guéri. »

La chirurgienne établit elle-même une distinction entre le traitement des maladies chroniques, « qui sont traitées mais qui guérissent rarement », et la chirurgie : « Quelqu'un a une occlusion intestinale, on fait une chirurgie, l'occlusion est enlevée, le patient est guéri : il se sent mieux, il va mieux, il va reprendre ses activités d'avant. Donc, c'est plus instantané et gratifiant comme résultat. »

Guéri ou pas guéri ? Comme on le voit, le sens du mot « guérison » est incertain et varie en fonction des pathologies traitées et des stratégies thérapeutiques utilisées. D'un côté, dans le cas des maladies chroniques ou des atteintes irréversibles, la guérison est envisagée comme une rémission des symptômes, totale ou partielle, qui permet au patient soit d'atteindre le niveau fonctionnel maximal, soit d'endurer le moins de souffrance possible. « Ça fait partie de la définition de la maladie chronique que justement c'est un problème qui ne guérit pas », dit la pédiatre. « On va devoir le gérer ou s'y adapter ou le traiter de façon chronique. »

De l'autre côté, en chirurgie, en oncologie ou dans le cas des maladies infectieuses, la guérison équivaut à faire disparaître la maladie contre laquelle on a tenté un traitement. C'est le sens qu'on donne ordinairement au mot « guérison ». Mais, même dans ces domaines, la notion de guérison a tendance à se complexifier, comme on peut le voir dans cette citation de l'oncologue :

« Avant, on voulait avoir des taux de guérison corrects, puis on mettait tous nos efforts sur l'essentiel parce qu'il y avait beaucoup d'enfants qui mouraient. Puis, les taux de guérison ont beaucoup augmenté et, maintenant, on fait moins de progrès [dans l'amélioration des taux de guérison]. Donc, maintenant, beaucoup d'enfants ont guéri et vivent avec un passé de cancer et on commence à se poser la question de leur qualité de vie, de ce qu'ils ont tiré de leur expérience... »

Certains enfants sortent grandis de l'épreuve du cancer alors que d'autres en sortent diminués, précise l'oncologue. « Mais il n'y a pas de volonté délibérée qu'ils en sortent grandis. C'est quelque chose qu'on commence tout juste à penser. » Selon lui, les médecins et le personnel soignant en général ont un rôle à

jouer pour aider l'enfant à passer par l'épreuve que constituent le cancer et son traitement et à en sortir positivement transformé.

Cela nous amène à l'idée de transformation, l'un des thèmes suggérés par la littérature anthropologique et proposés à la réflexion des médecins interviewés. Comme on le verra dans la prochaine section, il s'agit d'un thème extrêmement évocateur pour explorer les différentes perceptions des médecins sur ce qui constitue la guérison.

Une transformation

L'idée que la guérison constitue une sorte de passage vers un nouvel état n'a pas été évoquée par la majorité des médecins. Au contraire, comme on l'a vu dans la section précédente, ces derniers ont plutôt recours, dans un premier temps, à une définition de la guérison basée sur l'idée d'un retour à un état de santé initial. Pour environ la moitié des informateurs, le concept de transformation ne dit rien à prime abord. Pour les autres, il est évident que la guérison est une transformation, que celle-ci soit effectuée par l'acte chirurgical, qu'elle survienne spontanément ou grâce au traitement prescrit par le médecin.

Ainsi, la gastro-entérologue affirme qu'« il y a des tas de maladies qui sont une transformation et [que] revenir à la santé, c'est une transformation. Il y a un passage de l'un vers l'autre que parfois on contrôle et que parfois on ne contrôle pas. » Parfois le médecin peut intervenir pour ramener le patient à la santé. Parfois, ça ne fonctionne pas. Parfois, il n'y a rien à faire. Parfois, le patient guérit tout seul. Le médecin n'a pas le contrôle de toutes ces transformations, suggère la gastro-entérologue. Mais dire que la personne qui passe d'un état à l'autre se transforme est presque un pléonasme : « C'est sûr qu'on n'est pas la même personne quand on est malade et quand on est bien portant », observe la spécialiste avec un sourire.

Pour l'oncologue, la notion de transformation ne fait pas référence à l'état physiologique du malade, mais à sa façon de traverser l'épreuve de la maladie :

« Je pense qu'en effet, les enfants qui sont guéris de leur maladie, ils sont transformés. Un de mes objectifs est d'essayer qu'ils soient transformés pour le mieux, qu'ils en tirent quelque chose de positif. (...) Moi je pense qu'on devrait travailler, nous – et quand je dis nous, c'est tous les soignants, pas seulement les médecins – pour que ces enfants-là sortent grandis de l'épreuve qu'ils ont traversée. »

Pour la chirurgienne, le concept de transformation s'impose avec la même évidence, mais le sens qu'elle lui donne est davantage ancré dans la réalité physique du corps. C'est d'ailleurs, selon elle, ce qui distingue la chirurgie des autres domaines de la médecine :

« C'est sûr qu'au niveau chirurgical, en général, si on fait quelque chose, il y a un acte physique, donc oui, il va y avoir une transformation. Peut-être pas une transformation de l'être, mais il va y avoir quelque chose de changé, même si ça ne paraît pas... (...) C'est toute la beauté de la chirurgie. Rapidement, les choses changent et les enfants sont tellement contents. Alors qu'en pédiatrie, c'est sûrement vrai aussi, mais moins, de façon moins évidente. »

La chirurgienne n'est pas seule à voir la chirurgie et la guérison sous cet angle. Plusieurs médecins ont, d'une façon ou d'une autre, évoqué le pouvoir de transformation et l'efficacité de la chirurgie. À la question sur la notion de transformation, voici ce que répond la pédiatre : « On n'est pas des chirurgiens, nous. Les chirurgiens, c'est autre chose. Eux, ils transforment les gens. Ils te coupent en morceaux et ils te reconstruisent. Mais disons que ça, c'est la chirurgie. La médecine, ce n'est pas ça. »

De son côté, l'orthopédiste, qui a pourtant pratiqué la chirurgie pendant toute sa carrière, ne voit pas de lien évident entre la notion de guérison et celle de transformation. À la question : « Est-ce que la notion de transformation, cela vous

dit quelque chose ? », il commence par répondre, en riant, qu'il va se « forcer pour ne pas répondre *rien*. » En fait, il lui suffit de quelques secondes pour convenir de l'aspect « transformatif » de toute amélioration de l'état d'un patient menant à la guérison, mais il insiste pour dire que ce n'est pas ainsi qu'il voit les choses :

« Je ne pense pas percevoir les choses comme ça, mais on va dire que oui... Dans la guérison, il faut qu'il y ait une transformation. L'idée de la transformation, ça n'évoque pas quelque chose au départ, mais si je me mets à y penser, évidemment que la guérison est une transformation d'un état, oui, si on veut. Mais ce n'est pas comme ça que je perçois la chose. »

Le neurologue non plus n'a jamais fait de lien entre guérison et transformation. Mais cette association lui paraît signifiante :

« C'est certain que si je vois des patients qui connaissent une amélioration de leur état parce que le traitement a eu une efficacité – par exemple, quand on trouve une combinaison de médicaments qui convient dans le cas d'une épilepsie difficile à contrôler –, qui reviennent et qui sont contents parce que ça va mieux à la maison et à l'école... Évidemment, dans un certain sens, ils sont transformés. (...) C'est très important, car c'est ça, en bout de ligne, qu'on essaie de faire le plus souvent... (...) On essaie d'améliorer la qualité de vie des gens quand on peut... »

C'est donc une transformation globale de l'état de la personne qui est recherchée. Pour quelques médecins, l'idée de transformation évoque d'ailleurs le changement des habitudes de vie souvent réclamé des patients. Ainsi, l'interniste₁ rejette la notion de transformation au sens spirituel du terme (« transformation, pour moi, ça réfère un peu à " sortir le mal " ou le transposer ailleurs, c'est un peu spirituel comme approche et en médecine, on n'est pas entraîné pour avoir cette approche-là »), mais il croit que le médecin peut amener le patient à transformer ses habitudes de vie et même qu'il devrait le faire davantage :

« Oui, je crois qu'il y a des situations où l'on transforme les habitudes de vie pour amener une guérison, dit l'interniste₁. On a le défaut d'associer guérison et médicament, mais je pense qu'il faut avoir une perspective plus large par rapport à la

guérison et penser que l'intervention peut être d'ordre chimique *ou* comportemental, et porter sur les habitudes de vie. On ne transforme pas beaucoup notre bagage génétique, mais on peut moduler les risques qui y sont associés. Si tu es à risque d'avoir un cholestérol élevé parce que tes gènes sont programmés pour ça, tu peux transformer ton risque [en changeant tes habitudes]. (...) Mais tu as beaucoup plus d'impact si tu transformes tes habitudes avant de tomber malade. C'est toute la notion de la prévention. Une fois que tu es rendu à 60 ans et que tu as les poumons finis parce que tu as fumé toute ta vie, je ne crois pas que tu puisses transformer grand-chose... »

Souvent, le médecin voudrait changer les habitudes de vie de son patient pour contrôler ses symptômes et améliorer ses conditions de vie. « Mais cela est loin d'être facile », note la gastro-entérologue. Souvent, le médecin en est réduit à répéter inlassablement les mêmes discours devant des patients qui, pas plus que leurs proches, n'ont la volonté ou la capacité d'amener les changements désirés.

D'un côté, la guérison peut être une transformation souhaitée de l'état du patient. Mais à l'opposé, pour l'interniste², la guérison est une transformation parce qu'elle n'est jamais un retour parfait à l'état initial d'avant la maladie. « Après une appendicectomie, vous avez une cicatrice, vous ne revenez pas à l'état normal. C'est un état bien, bien, bien acceptable, on en convient, mais ce n'est pas tout à fait " normal ". (...) Il reste une séquelle, une marque, un stigmate. Il y a eu un passage. »

Cette notion de passage qui surgit dans le discours de plusieurs médecins se retrouve également dans celui du psychiatre. Pour lui, il ne fait pas de doute que la notion de transformation est importante pour comprendre le sens de la guérison. « Les gens qui ont des problèmes de santé mentale et qui passent au travers vont souvent rapporter le fait d'avoir été transformés, d'avoir été changés, de s'être enrichis en passant à travers ces épreuves qui sont très confrontantes. »

Cette notion de transformation est parfois plus facile à observer chez les parents que chez les enfants, note le psychiatre dans un premier temps :

« Il y a des gens qui viennent et qui sont très réticents. Puis, une fois que les choses ont commencé à s'arranger, qu'ils ont traversé la majorité de leurs difficultés, là, c'est eux qui vont parfois servir de référence à des amis qui ont des difficultés. Ils vont parler de la psychiatrie et permettre à ces gens-là d'apprivoiser la psychiatrie. Donc, cela veut bien dire qu'il y a eu un changement important. Ça, c'est toujours intéressant, surtout quand ce sont des gens qui, au départ, étaient très anxieux, très angoissés par rapport au processus. Donc, il y a vraiment quelque chose en général qui se passe, surtout quand c'est un travail qui se fait sur le plus long terme. (...) Avec les enfants, oui, il y a des choses qui se passent, mais cela va se refléter davantage par une capacité à reprendre une trajectoire développementale adéquate. (...) C'est une transformation, mais c'est aussi un retour vers une trajectoire plus appropriée pour eux. Donc, c'est un peu différent, la notion de transformation à ce moment-là. De toute façon, les enfants sont toujours en transformation... »

Poursuivant sa réflexion, le psychiatre note un peu plus loin qu'en fait, c'est chez les enfants qu'on observe les transformations les plus extraordinaires :

« Je pense à un enfant que j'ai suivi pendant cinq ans (...). [Au début], on se demandait s'il n'était pas autiste. Un enfant d'une maman salvadorienne très peu en contact avec l'extérieur, très agressif, extrêmement dysfonctionnel... Et ça, c'est vraiment un enfant qui s'est transformé. Il s'est transformé physiquement. Ça, on le voit d'ailleurs : les enfants qui vont mieux, ils changent physiquement. Ils deviennent plus beaux. J'ai vu ça quelques fois et c'est assez impressionnant. [Donc, cet enfant s'est] complètement transformé en termes de son identité, de sa vision de lui, de sa capacité à entrer en relation avec les autres, à s'intégrer dans un groupe, à faire des apprentissages. De temps en temps, il y a des transformations spectaculaires chez les enfants (...), et probablement beaucoup plus que chez les adultes, en fait, parce que les adultes sont plus figés dans leur développement. »

L'orthopédiste aussi signale que les enfants guérissent mieux que les adultes, à cause de leur extraordinaire faculté de transformation. « Biologiquement, plus l'enfant est jeune, plus le changement osseux est rapide. C'est incroyable. Une fracture va guérir généralement beaucoup plus rapidement.

De l'enfant à l'adolescent et au jeune adulte, on voit le temps de guérison s'allonger. »

Les enfants, qui sont en plein processus de transformation, guérissent mieux et plus vite que les adultes. En ce sens, la guérison est nettement perçue comme un processus de transformation. Mais ici aussi, la signification que les médecins donnent à la guérison oscille entre deux pôles. D'un côté, la guérison est vue comme une transformation dans le sens d'un retour à un état initial ou une trajectoire initiale, précédant la maladie ou l'atteinte qui a exigé le traitement. De l'autre côté, la guérison est plutôt perçue comme un passage qui transforme la personne qui s'y engage, soit parce que le retour à l'état initial est impossible, soit parce qu'il n'y a jamais eu d'état initial idéal qui pourrait être visé par le traitement, soit parce qu'il reste toujours au moins un stigmate de la maladie ou du traitement, soit encore parce que la personne a été transformée, positivement ou négativement, par l'expérience de la maladie et du traitement.

La transformation du patient est-elle seulement le résultat du traitement ou se passe-t-il quelque chose dans la relation entre le médecin et son patient qui contribue à la guérison ? La notion de rituel, traitée dans la prochaine section, s'avère fructueuse à la fois pour faire ressortir certaines particularités de la consultation médicale (et de la prise en charge), ainsi que pour révéler l'importance, dans la perception des médecins, de la relation formée avec le patient et sa famille. C'est en grande partie sur la base de cette relation que s'établit, aux yeux des médecins, l'« alliance thérapeutique » nécessaire à la transformation qui mène à la guérison.

Un rituel

La notion de rituel évoque très clairement quelque chose pour la majorité des médecins interviewés, mais, comme la plupart des autres notions qui leur ont

été présentées au cours de l'entrevue, elle suscite une certaine ambivalence. D'emblée, plusieurs cliniciens font allusion à des aspects qui ont tendance à être ritualisés dans la pratique médicale, que ce soit en rapport avec l'habit, le langage, le déroulement de l'entrevue ou les gestes qui sont posés :

« La notion de rituel... Je pense que, surtout dans la première rencontre, il y a un aspect pour moi qui est ritualisé, dit le psychiatre. C'est-à-dire que j'ai ma façon de faire les entrevues, de construire un cadre d'entrevue qui peut être assez différent de celui de mes collègues, et là, il y a quelque chose qui est mis en place de façon un peu ritualisée. »

« On a tous nos rituels, dit la gastro-entérologue. On a tous nos façons de nous introduire, d'entreprendre un rapport, une relation. Ça se travaille et peut-être qu'on ne le fait pas avec tous les patients de la même façon – il faut regarder, il faut écouter – mais il y a un rituel. Quand on met la main sur un patient, c'est déjà un pas vers la guérison. »

L'orthopédiste insiste lui aussi sur l'importance de l'attitude et du toucher : « Globalement, je pense que oui, la façon dont on fait les choses... Par exemple, il y a des médecins qui ne touchent pas leur patient. Généralement, il faut toucher », dit-il.

L'interniste₂ énumère différents aspects de la consultation qui évoquent le rituel :

« Un rituel... je pense qu'il y a certains rituels. C'est sûr que ce n'est pas le rituel ancien, mais il y a quand même un rituel. Là, vous me faites faire des associations qui sont bien... Mais, c'est sûr, le rituel par exemple de l'examen, le rituel de l'exploration, le rituel de la prise de sang... fait encore un peu partie du processus de guérison. Le rituel de recevoir un traitement, d'avoir une prescription. Je pense que ça fait partie des attentes de beaucoup de patients. (...) Les gens s'attendent à ce que : *Je prends rendez-vous, je vois le docteur, il m'examine, il fait une prise de sang, il prescrit un traitement.* Donc, il y a une espèce de séquençage attendu du patient. Et je pense que ça peut remplacer certains rituels du chaman. »

La plupart des médecins soulignent l'aspect protocolaire et, d'une certaine façon, ritualisé de la pratique médicale. Mais, contrairement au dernier médecin cité, plusieurs tiennent à marquer leur distance par rapport au sens chamanique, ésotérique ou religieux que peut revêtir la notion de rituel.

Ainsi, l'orthopédiste convient que de nombreuses procédures associées aux actes médicaux peuvent être considérées sous l'angle du rituel, à cause de leur caractère protocolaire et répétitif, mais, comme pour la notion de transformation, il tient à préciser que ce n'est pas ainsi qu'il perçoit sa pratique :

« Dans ce qu'on fait, nous, il y a beaucoup de choses ritualisées obligatoirement. On parle d'asepsie, on parle de préparation des actes chirurgicaux, il y a des ordres qu'on doit suivre. (...) Il y a des choses qui sont tellement ritualisées, si on veut prendre ce terme-là. Tout. Il y a des gestes qui reviennent tout le temps. Par exemple, mettre un chapeau. Il y a une zone stérile, et des fois, j'oublie mon chapeau. *Eh! Docteur, votre chapeau!* [me rappelle l'infirmière.] Le chapeau, c'est obligatoire. Si on veut, ça aussi, c'est un rituel. Mais... la guérison... Enfin, pour avoir des résultats x, on fait des choses ritualisées... Mais ce n'est pas comme ça que je perçois ça. »

De même, l'interniste₁ convient qu'il existe un certain rituel dans la pratique et que celui-ci serait même nécessaire, attendu des parents et des patients. Mais il tient à se démarquer d'une conception « spirituelle » du rituel :

« Un rituel... Je dirais que j'ai une approche systématique et que ça peut être considéré comme un rituel. (...) Je pense qu'il faut avoir un certain rituel, et que ça fait probablement partie d'un certain professionnalisme. Les parents et les enfants s'attendent à une forme d'approche, qu'il y ait toutes les étapes : questionnaire, examen physique, retour sur nos impressions, qu'il y ait un ordre, et je pense que c'est à cela que vous faites allusion et qu'on doit avoir une certaine approche rituelle. Mais à un niveau où l'on parle plus de spiritualité, là, je ne sais pas... »

« Rituel, je vois plus ça comme religieux, dit la chirurgienne. [C'est] comme le gardien de but qui ne met pas les pieds sur les lignes. Ça, pour moi,

c'est de la superstition. Mais, par contre, il y a des protocoles. On répète les mêmes gestes de la même façon dans le même ordre. »

Chez certains cliniciens, l'ambivalence par rapport à l'aspect ritualisé de la pratique est plus prononcée. « Il y en a un, ça c'est vrai, si on regarde l'uniforme, comment les gens s'habillent, comment ils portent le stéthoscope autour du cou. Je trouve cela un peu ridicule. Je ne trouve pas ça utile », commente la pédiatre. Elle concède toutefois que les rituels sont importants pour de nombreux patients et aussi pour de nombreux médecins :

« Apparemment, pour beaucoup de gens, c'est important. Autant pour les patients que pour les médecins... On voit qu'il y a des médecins pour qui c'est important. Peut-être parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise dans leur rôle, il faut qu'ils mettent un rituel en façade. Moi, ce n'est pas ma façon de faire les choses. Pour certains patients, cela a une fonction, ça les rassure quand ils sont dans une situation qui est habituelle pour eux. »

Si la plupart des médecins semblent d'accord avec l'idée que le « séquençage attendu » de la consultation peut avoir un effet rassurant sur les patients et ainsi faire partie du processus thérapeutique, la notion de rituel évoque une certaine rigidité dont il faut se méfier. Plusieurs informateurs insistent sur la nécessité de ne pas avoir une approche trop systématique et de savoir s'adapter aux différents patients et à leurs familles.

« Il y en a pour qui l'image est très importante, dit l'interniste₁. Ça, j'y accorde une certaine importance (...), mais pas au point de dire qu'il faut que je m'habille toujours de la même façon. C'est plus dans l'échange que je vais me mettre au niveau des parents. Même dans ma façon de parler. Je change ma façon de parler. Je ne parle pas de l'accent, mais du vocabulaire que je vais utiliser. (...) Je m'intéresse beaucoup à ce que les gens font dans la vie parce que tu peux aussi donner des exemples tirés de ce que les gens font, du milieu duquel ils proviennent ou de leur culture. Il y a des parents que je vais vouvoyer, alors qu'il y en a d'autres qu'après trois minutes, je sens que je dois les tutoyer parce qu'ils viennent d'un milieu où le vouvoiement crée une distance entre eux et le médecin. Si je veux qu'ils me comprennent, tout le langage non verbal est

important – la façon dont je vais m’asseoir, la façon dont je vais les regarder, la façon dont je vais leur parler. Des fois, il faut que je les touche... Pour leur transmettre le sentiment que je suis vraiment là, pour être totalement empathique, je vais changer de ton, je vais changer mon approche, je vais passer du vouvoiement au tutoiement des fois... Annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu’un en le tutoyant, ce n’est pas la même chose qu’en le vouvoyant... (...) Et ça, ce sont des choses qui ne s’apprennent pas. Il faut que tu les vives pour comprendre que tu as un certain pouvoir en modulant ton approche. Ça prend un peu d’expérience pour faire ça. Je fais beaucoup de tournées avec des étudiants pour qu’ils me regardent parler avec les parents. Ensuite, on se demande ce que j’ai fait, pour comprendre pourquoi j’ai posé telle question, pourquoi mon attitude a changé, comment les parents m’ont perçu... »

L’oncologue ne croit pas au pouvoir du rituel de guérir, mais il confie qu’il a son propre rituel de guérison, un rituel qui a lieu après le traitement, pour souligner le fait que l’enfant est guéri : il prononce des mots, toujours les mêmes, une sorte de formule ou de phrase rituelle qui, dans son esprit, marque très clairement la réintégration de l’enfant dans le monde des bien portants :

« Il y a le rituel qui guérit et ça, ma foi, ça n’existe pas dans mon domaine très biomédical. Je ne parle pas d’autres situations où probablement des rituels peuvent guérir. Mais, en tout cas, dans mon domaine à moi, le rituel ne guérit pas. Cependant, il y a pour moi un autre aspect dans le rituel de guérison, au sens où il peut y avoir une façon rituelle de déclarer l’enfant guéri. En pratique, dans les leucémies et les cancers, plus le temps passe, plus le risque que la maladie revienne devient faible, mais il n’est jamais nul. Si, à un moment, il arrive à être très très bas, disons un pour cent ou moins de un pour cent, à ce moment-là, moi, personnellement, j’ai un rituel avec les familles. Je dis toujours aux familles – c’est généralement trois ans après le diagnostic, cinq ans après le diagnostic, dix ans après le diagnostic pour certaines maladies –, je leur dis : *Eh bien, à ce moment-ci, le risque que le cancer revienne est le même que celui que moi ou vous – enfin les parents – on ait un cancer.* Et moi, je considère que c’est la guérison. Ce sont des phrases rituelles que je prononce, c’est à peu près les mêmes pour tout le monde, depuis des années. Donc, je ne pense pas que le rituel induit la guérison, mais je marque la guérison par un rituel. »

Pourquoi est-ce important ?

« C'est important de dire aux gens qu'ils sont guéris. C'est quand même ce qu'on cherchait quand on a commencé l'histoire avec eux, à les traiter et tout ça. C'est ça qu'on voulait, c'était de les guérir. Donc il y a un moment où il faut que ce soit dit. Je sais que tout le monde, que tous mes collègues ne le disent pas. Il y a une partie des oncologues ici et dans le monde en général qui gardent toujours l'idée que la maladie pourrait revenir, que ce n'est jamais totalement exclu parce qu'il y a une probabilité, même infime. Mais moi, non, quand j'estime que les chances d'une rechute sont à peu près les mêmes que celles que moi je fasse un cancer dans les années qui viennent, je dis qu'ils sont guéris, et je leur dis comme ça. »

Les phrases rituelles ne sont toutefois pas infaillibles. Deux fois, raconte l'oncologue, des enfants pour qui il les avait prononcées sont retombés malades :

« Il m'est arrivé deux fois de dire à un enfant qu'il était guéri et de le voir ensuite rechuter. Une fois, je me souviens très bien, les parents m'ont remercié de leur avoir dit qu'il était guéri. (...) Je ne sais pas pourquoi ils m'ont remercié, mais ils ont fait la démarche de me dire : *Merci quand même de nous avoir dit qu'il était guéri*. Je ne sais pas l'expliquer plus que ça. »

Même s'il lui est arrivé de se tromper, l'oncologue tient à son rituel. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard s'il prononce toujours les mêmes mots : « Non, ce n'est pas un hasard. C'est parce que j'aime bien ces mots-là. C'est un rituel. C'est un passage. Ils passent dans le monde des enfants guéris. Donc, quand il y a un passage, il y a un rituel. »

On revient, avec cette conception du rituel, à la notion de transformation évoquée dans la section précédente. Ici, le « rituel de guérison » vient marquer la transformation qui a eu lieu chez le patient guéri. Pour l'oncologue, cela fait du bien aux familles, mais aussi au praticien : « Ça aide à soutenir le moral pour ceux qu'on est en train de traiter et qui traversent des périodes difficiles. »

Rares sont les médecins que nous avons interviewés pour qui la notion de rituel n'évoque absolument rien. Chez la majorité d'entre eux, cette notion

renvoie à l'aspect protocolaire de la pratique médicale, aux éléments répétitifs de la consultation médicale, à l'ordre dans lequel ces éléments surviennent. Ce « séquençage attendu » aurait un effet rassurant sur les patients. Pour l'oncologue, si le rituel ne provoque pas en lui-même la transformation qui mène à la guérison, il sert clairement à marquer ce passage.

La notion de rituel évoque par ailleurs une certaine rigidité contraire à l'approche ouverte et axée sur la communication à laquelle s'identifient tous les médecins que nous avons interviewés. Comme on le verra dans la prochaine section, cette approche basée sur l'écoute est essentielle à la formation de l'« alliance thérapeutique » que le médecin cherche à bâtir avec le patient.

L'« alliance thérapeutique »

Les informateurs ont tous insisté sur l'importance qu'ils accordent à bâtir ce que certains d'entre eux appellent l'« alliance thérapeutique ». Pour les médecins interviewés, il est essentiel d'établir une bonne relation avec les patients. De cette relation, dépendent en partie la collaboration du patient (et de la famille), l'observance du traitement, le bon déroulement du processus thérapeutique et donc son issue. C'est pourquoi les médecins interviewés au cours de cette recherche consentent un effort important à construire cette « alliance thérapeutique » que l'interniste₁ définit ainsi :

« Sans prétention, tu dis un peu [au patient] : *Je vais prendre une partie de la responsabilité de ta maladie. Ça reste ta maladie. Toi, tu as beaucoup de responsabilités quand on va se quitter. Mais moi, je vais veiller, je vais prendre une partie de la responsabilité. C'est ça, l'alliance thérapeutique. Tu laisses une portion de ta maladie au médecin, tu lui fais confiance, tu te dis : il a l'air de savoir où il s'en va. Ça pourrait devenir très technique la médecine : tu entres tes symptômes dans une machine et elle te donne des pilules. Mais ce n'est pas aussi simple que ça. »*

Selon l'interniste₂, la relation thérapeutique en elle-même ne guérit pas tout – il faut « faire le bon diagnostic et certains patients ont besoin d'un remède de cheval » pour se remettre – mais elle contribue certainement à la guérison :

« Je pense que la communication, la relation thérapeutique est efficace dans le processus de guérison ou dans le processus d'amélioration de la santé. Si la relation thérapeutique est bonne, le patient risque de prendre mieux son médicament, de le prendre avec plus d'efficacité, en respectant les consignes qui lui sont données. Ne serait-ce qu'au taux du médicament lui-même, il va s'améliorer. Mais au-delà de ça, la confiance qui est établie, les autres conseils qui ont été donnés [ont aussi leur efficacité]. Je disais plus tôt que c'est l'adhésion au plan d'action qui à mon avis est la chose la plus importante, et ce sont tous les morceaux du plan d'action qui vont faire que le patient va guérir. »

De même, la gastro-entérologue explique l'importance de répondre aux questions et inquiétudes formulées par le patient ou ses parents lors de la consultation. Le patient et sa famille doivent comprendre la démarche du médecin, pourquoi il prescrit tel ou tel traitement. « Quand on est dans une démarche diagnostique ou une démarche thérapeutique, il faut qu'on fasse le chemin ensemble. Si le parent ne me croit pas, en arrivant à la maison, il va mettre la prescription à la poubelle. Ou il ne reviendra plus jamais. »

Le neurologue explique que les parents hésitent souvent à accepter la médication qui leur est recommandée et qu'il doit investir beaucoup de temps en explications pour établir un lien de confiance avec le patient et la famille :

« Souvent, ils ne veulent pas en prendre [les médicaments qu'on leur prescrit]. Ils se fient plus sur des traitements homéopathiques, sur des naturopathes, des chiropraticiens, des médecines alternatives, parce qu'ils ont l'impression que la médication n'est pas bonne. Donc, on prend beaucoup de temps à expliquer [pourquoi on leur suggère telle ou telle médication], surtout qu'on traite quand même des conditions complexes. Mais je pense que les gens apprécient le temps qu'on prend pour leur donner des explications. Ça, c'est ma façon de pratiquer. Ce n'est pas comme ça que tout le monde pratique, mais je pense que la meilleure façon d'établir le lien de confiance, c'est d'écouter, de répondre aux questions, de donner

l'information. Et d'être franc. (...) Si on leur explique dès le départ que, *Écoutez, ce n'est pas un problème facile, il va falloir de multiples évaluations, ça reste à clarifier, etc.* Eh bien, là, ils sont prêts à accepter les changements qu'il va falloir faire en cours de route si le traitement n'est pas efficace. Il y aura aussi plus d'observance au traitement. »

Pour le neurologue, il est évident que la relation établie avec le patient et sa famille détermine en grande partie le succès de la prise en charge. « Si je n'étais pas capable de prendre le temps de regarder comment je peux aider cette famille-là – parce que justement je ne peux pas guérir leur enfant, mais je peux apporter de l'aide qui va améliorer leur qualité de vie –, si je ne pouvais pas faire ça, probablement que je quitterais la médecine. »

Un peu plus loin, il explique en quoi consiste ce soutien aux patients et pourquoi celui-ci nécessite beaucoup de temps :

« C'est de regarder ce qui est problématique pour eux. Si c'est une question de compréhension de la situation, c'est de prendre le temps de la leur expliquer. Si c'est au niveau des relations avec d'autres membres de la famille, c'est d'apporter de l'aide en travail social ou psychologique. S'il y a des problèmes à l'école, c'est de faire évaluer [le patient] pour voir ce qu'on pourrait apporter comme aide à l'école. Ce sont des choses qui prennent beaucoup de temps. C'est beaucoup plus facile de dire : *Voici madame, c'est une simple épilepsie, voilà la médication, au revoir, revenez me voir dans six mois.* C'est différent de s'asseoir et de dire : *Comment ça va à l'école? Comment ça va à la maison? Comment il comprend ça? Comment il accepte ça?* [Accepter le traitement,] c'est une acceptation de la maladie de la part de l'adolescent qui souvent est rebelle et qui ne veut pas prendre la médication parce qu'il ne veut pas être différent des autres. Comment peut-on l'aider à accepter sa condition? Ça, ce sont des choses que, si tu demandes pas, tu sais pas. Et si tu poses la question, il faut prendre le temps pour l'explorer et voir comment tu peux aider. »

Dans le cadre d'entrevue mis en place par le psychiatre, d'autres professionnels appelés à intervenir auprès du patient – travailleuse sociale, orthophoniste, ergothérapeute, résident, externe – sont présents lors de la première

rencontre : le but de ces rencontres à plusieurs est de faciliter la relation avec le patient et sa famille, explique-t-il.

« On est plusieurs, on peut se permettre de parler, d'avoir des points de vue différents, d'échanger et on essaie de regarder les choses de plusieurs angles. » Ces rencontres ont lieu dans son bureau, même si on y est un peu à l'étroit. « Il y a un aspect *contenant* aussi, qui permet de construire des liens, mais aussi d'échanger sur des matériaux plus traumatiques... » La présence d'un interprète, lors des consultations avec des familles dont la langue maternelle est une langue étrangère, est jugée particulièrement utile :

« Le fait d'insérer des interprètes facilement dans le processus, même quand les gens parlent un peu français – à moins qu'ils le refusent –, pour moi, c'est un élément qui favorise la guérison. (...) Toutes ces notions ont été développées en psychiatrie transculturelle autour de l'importance de créer des ponts entre l'univers du patient et l'univers du thérapeute et de permettre aux gens de s'exprimer dans leur langue maternelle. Surtout en psychiatrie, ce sont des choses tellement affectives et tellement intimes, souvent très chargées émotionnellement [qui sont communiquées]... Que les gens aient la possibilité de les exprimer dans leur langue maternelle, ça fait une grande différence. Ça reconnaît leur spécificité et leur histoire, quelque chose qui leur appartient. »

L'idée que l'alliance thérapeutique entraîne une meilleure adhésion du patient au traitement – augmentant ainsi ses chances de guérison – est présente chez plusieurs médecins. Pour certains, le lien thérapeutique semble jouer un rôle qui va au-delà d'une efficacité explicable sur la base de l'observance au traitement. « Je crois à la parole, je crois aux rapports humains, je crois à l'influence qu'on peut avoir sur le processus de guérison », affirme la gastro-entérologue. Et voici ce que dit l'orthopédiste à propos de la façon de prodiguer des soins :

« Je pense que le reste, ça va aider à la guérison, parce que même si tu connais tout, si tu sais pas faire, si tu ne mets pas les patients de ton bord, tu peux faire des belles affaires, des belles chirurgies, ça peut ne pas fonctionner. C'est pas

forcément [que le patient] ne guérira pas, mais il va guérir bien mieux et il va avoir bien moins de complications si tu l'as mis de ton bord, ah oui... »

Il y a les techniques, les « belles chirurgies », les médicaments et il y a « le reste ». Ce « reste » difficile à cerner et dont les effets sont difficilement mesurables est quelque part dans la manière de soigner. « Mettre le patient de son bord », construire cette « alliance thérapeutique » que les médecins jugent essentielle, ne serait-ce que pour favoriser l'adhésion du patient au plan thérapeutique, cela commence souvent par la formulation du diagnostic. Comme on le verra dans la prochaine section, « nommer et expliquer » sont, pour les médecins, des tâches essentielles de la pratique médicale.

Nommer le mal

Pour les médecins interviewés dans le cadre de cette recherche, le diagnostic constitue un moment crucial dans le processus de guérison. Le diagnostic est important parce qu'il permet de répondre à l'incertitude du patient, de ranger son mal dans une catégorie connue, de fournir une feuille de route pour la guérison. Dans la logique même de la pratique biomédicale – comme de la plupart des pratiques thérapeutiques – le fait d'identifier la maladie permet de choisir la cure appropriée et d'enclencher la stratégie thérapeutique devant mener à la guérison : « Si on n'a pas mis de nom sur la maladie, on ne sait pas quel traitement choisir et si on ne sait pas quel traitement choisir, on ne peut pas guérir », note laconiquement l'oncologue, tout en soulignant qu'il n'y a là rien de « chamanique »...

« Les gens ont besoin d'étiquettes. Ne pas savoir est très anxiogène, note la gastro-entérologue. Quand on va voir le médecin et qu'il dit: *Vous avez telle chose, et puis voici le chemin qu'on va parcourir [pour répondre à ce problème], je pense que c'est rassurant.* »

L'oncologue croit que le fait de nommer la cause des symptômes n'aide pas à guérir, mais à soigner (il fait à plusieurs reprises cette distinction entre guérir et soigner, qui, à prime abord, renvoie à la distinction entre l'anglais *to cure* et *to care*, mais qui, dans son discours, renvoie également à la distinction entre *to cure* et *to heal*) :

« En général, c'est plus facile d'être malade quand on met un sens sur ses symptômes, je pense, qu'on guérisse ou qu'on ne guérisse pas (...). Le fait de nommer les symptômes et leur cause facilite l'acceptation et souvent diminue la souffrance. Il y a des études qui ont bien montré ça, c'est connu. (...) Le fait de dire par exemple: *Oui, tu as mal au ventre, et si tu as mal au ventre, c'est parce qu'on est en train d'arrêter la morphine et que tes intestins recommencent à travailler*, ça diminue la douleur, parce que les gens savent pourquoi. »

Plusieurs médecins mentionnent l'importance de fournir des explications crédibles au patient. Pour la pédiatre, nommer et expliquer sont des tâches essentielles :

« Quand les gens viennent nous voir, ils veulent savoir. C'est finalement l'essentiel de notre tâche. C'est ça. C'est de poser un diagnostic ou plutôt d'expliquer aux gens c'est quoi le problème. (...) Quand on sait c'est quoi la nature du problème, à ce moment-là, quand on fait des recommandations, on devient crédible. Quand on va voir un docteur, puis qu'il ne sait pas ce qu'on a, puis qu'il nous donne un traitement, la majeure partie du temps, on ne suit pas les recommandations. On s'en rend compte [qu'il ne sait pas ce qu'on a]. Comment voulez-vous être rassurant si vous n'êtes même pas capable de dire aux gens ce qu'ils ont? Même si on ne donne pas de nom, si on leur dit : *Écoutez, ce que vous avez, c'est tel problème, c'est ça qui ne marche pas et pour corriger ça, il faut faire telle affaire*, à ce moment-là, ils vont nous écouter. Donc, c'est important pour notre crédibilité, si on veut inspirer confiance aux gens. Il faut qu'on arrive à leur faire comprendre qu'on sait c'est quoi leur problème. Par la suite, si on est capable d'inspirer confiance, on va avoir des gens qui vont nous écouter et être rassurés sur le fait que ce qu'on leur demande et ce qu'on leur dit qui doit être fait, c'est vraiment [la bonne chose]. »

Les situations où il est difficile pour le médecin de se prononcer sur un diagnostic précis sont sources de frustration pour le patient et ses proches, note le neurologue :

« Quand on peut mettre une étiquette sur quelque chose, les gens vont nous le dire, même si c'est mauvais, ils préfèrent ça que s'il n'y a pas d'étiquette. Même quand on leur dit : *Écoutez, on n'a pas d'étiquette, mais il n'y a rien d'anormal et je ne pense pas que ça va être sévère, je pense que l'évolution va être favorable*, ils n'aiment pas ça. Ils veulent vraiment une étiquette et quand je leur dis : *Écoutez, si je mets une étiquette, les chances sont que peut-être vous allez rester avec l'étiquette, peut-être qu'on va rester avec des problèmes qui ne guériront pas ou qui ne disparaîtront pas...* Ils disent: *Ah oui ? Mais quand même on aurait préféré que...* Donc, il faut croire que dans l'esprit de l'homme, ça lui plaît de connaître ou de savoir ou au moins de penser qu'il sait. »

Selon l'interniste₁, ce n'est pas l'étiquette en soi qui compte, mais le bagage de connaissances qui l'accompagne et qui permet de répondre aux parents qui s'interrogent sur la condition de leur enfant :

« Les parents en général se foutent pas mal [du nom de] la maladie. Ils veulent savoir ce qui va arriver. Est-ce que mon enfant va avoir des séquelles ? Est-ce qu'il va traîner ça toute sa vie ? Est-ce qu'il va être dépendant des médicaments ? Quand c'est une maladie bien connue, tu peux expliquer son histoire naturelle, avec toutes ses variantes. Il n'y a pas [un enfant] qui est pareil, mais en général, ils ont ça, ça, ça. Quand tu es devant un diagnostic inconnu, ce qui frustre les parents, ce n'est pas tellement qu'on ne sait pas ce qu'il a, c'est qu'on ne sait pas ce qu'il va avoir. Et tout est là. L'enfant est un être en devenir. »

Dans les cas où les chances de guérison sont élevées, nommer la maladie fait partie du processus de guérison, croit la chirurgienne : « Une hernie, c'est simple. Les gens arrivent ici, on les rassure. De savoir ce qu'on a, qu'on peut faire telle ou telle chose, déjà la guérison est commencée. »

Mais dans les cas plus graves, dans les cas de vie ou de mort, nommer peut être perçu comme dangereux, du moins par certains patients ou par leur entourage :

« Moi j'étais toujours très déconcertée quand j'étais résidente en chirurgie et que je faisais mon stage. [Dans l'hôpital où j'étais], il y avait beaucoup d'immigrants, des patients grecs ou italiens, et ces gens-là sont très très contre l'idée de donner un diagnostic de cancer au malade. Tu ne pouvais pas le dire au patient. Tu l'opérais mais ... la famille disait *non, non, non*, s'il l'apprend, il va mourir. »

Pour le psychiatre, nommer la maladie est une partie importante du processus de guérison, mais il lui arrive de ne pas nommer :

« Des fois, je ne le fais pas, parce que je pense que ce n'est pas toujours thérapeutique. En général, c'est important. En général, c'est structurant ou ça dégage les familles. Mais dans certains cas, nommer, ça peut être violent. Et à ce moment-là, on laisse les choses beaucoup plus ouvertes, on va plus parler des difficultés, des points forts, des points faibles, des choses qu'il faut mettre en place pour renforcer l'enfant. Mais il y a des cas où je ne nomme pas (...), dans les cas où il y a des parents plus fragiles, où je pense que cela va avoir un effet traumatique. »

Les cas où il vaut mieux ne pas nommer sont multiples, explique le psychiatre. Nommer peut être traumatique pour les parents à cause des représentations qu'ils associent à la maladie mentale, à cause de leur histoire, parfois à cause de leur origine culturelle. Dans certains cas, le diagnostic ne veut rien dire. Dans d'autres cas, si on n'est pas sûr du diagnostic, il peut être dangereux de nommer, comme l'a déjà suggéré le neurologue : « Nommer c'est figer quelque chose qui n'est pas encore tout à fait, dit le psychiatre... Parce que les enfants évoluent. Par exemple, dans les cas de trouble envahissant du développement ou d'autisme, nommer peut être inapproprié parce qu'on n'est pas sûr, parce que ça referme une démarche qui doit rester ouverte dans certains cas. »

Dans certains cas, il peut aussi être réducteur de nommer un mal, alors que la situation est complexe et que les difficultés se situent à plusieurs niveaux. À

titre d'exemple, le psychiatre mentionne un diagnostic de schizophrénie qu'il s'est refusé à donner, dans le doute, en partie parce que la mère du patient attendait de ce diagnostic une exonération de responsabilité à l'égard de la maladie de son fils :

« Si on nomme les difficultés de l'enfant, le risque, dans certaines situations, c'est que tout se concentre sur l'enfant et que les autres aspects qui ont été mis en évidence dans le processus (situation familiale, à l'école, etc.) passent au second plan. Parfois, on ne veut pas ça. Parce que nommer, ça ramasse le focus sur un élément très particulier, et des fois, je trouve que c'est mieux de laisser les choses plus ouvertes. Parce que des fois, ça peut réduire la complexité de certaines situations de nommer, ça peut les simplifier et un peu les fausser. »

Nommer peut aider à soigner ou être potentiellement dangereux. Pour les médecins que nous avons interviewés, nommer signifie expliquer, construire du sens. C'est l'explication crédible et raisonnable qui rassure le patient et qui assure son adhésion au traitement. Mais les médecins, même les meilleurs spécialistes, sont fréquemment dans le doute. Comme on le verra dans la prochaine section, l'incertitude est leur lot quotidien.

L'incertitude au quotidien

« Toute la clinique que je fais, c'est entièrement une clinique d'incertitude », affirme l'oncologue. Pour presque tous les spécialistes interviewés dans le cadre de cette recherche, l'exercice de leur profession est associé à un haut degré d'incertitude. Certains ont même l'impression que leur spécialité est particulièrement marquée par l'incertitude.

« Surtout en neurologie, [l'incertitude] fait partie de notre vie quotidienne, parce qu'il n'y a pas vraiment de tests auxquels on peut se fier », dit le neurologue, expliquant que le cerveau qui paraît normal sur les images qu'il est possible

d'obtenir grâce aux techniques d'imagerie actuelles peut être celui d'un enfant souffrant d'une atteinte sévère. « Par exemple, dans le cas de l'autisme, un cerveau très normalement formé est associé à un comportement très dévastateur. Au contraire, parfois, tu peux avoir un cerveau qui est malformé dès la naissance, dès avant la naissance, et qui parfois fonctionne assez bien – pas normalement, mais assez bien. »

Pour le neurologue, l'incertitude est d'autant plus grande qu'elle touche un être en développement :

« On peut soupçonner des choses, mais on ne peut jamais être tellement précis au point de dire aux parents : *Voilà, on s'attend à ça, ça, ça, exactement*. On peut penser que c'est un enfant qui est à risque d'avoir une insuffisance intellectuelle, soit légère ou sévère, mais on ne peut pas dire aux gens : *Il va marcher dans un an, ou dans trois ans*. On ne peut pas dire ça sur la base d'une évaluation. C'est une multitude d'évaluations de différents types qui nous aident à diagnostiquer, jusqu'à un certain point. »

De même, le psychiatre croit que l'incertitude est plus grande en pédopsychiatrie qu'en médecine et plus grande aussi qu'en psychiatrie pour adultes :

« On est toujours dans des situations assez floues, assez incertaines. On a un même symptôme qui peut vouloir dire 10, 15 ou 20 choses différentes. C'est pour ça d'ailleurs... Quand les résidents de psychiatrie viennent faire leur stage en pédopsychiatrie – en général, ils ont fait une année de psychiatrie adulte avant –, il y en a qui sont complètement déstabilisés et qui détestent ça. C'est beaucoup plus insécurisant. Même les outils qu'on a... Le DSM, c'est pas fait pour les enfants, c'est fait pour les adultes. »

Aucun des médecins ne cherche à diminuer la part d'incertitude que comporte l'exercice de la médecine. Pour la pédiatre, l'apprentissage de la médecine est un peu l'apprentissage de l'incertitude :

« Il y a beaucoup de choses qu'on ne sait pas. Et plus on en connaît, plus on sait qu'on ne connaît pas grand-chose. Les étudiants qui commencent, ils s'imaginent qu'ils vont tout savoir quand ils vont avoir fini, puis quand ils arrivent à la fin du cours de médecine, ils se rendent compte qu'ils n'en connaissent pas assez. Moi, c'est ce qui m'est arrivé. [Je me suis dit:] *Il y a beaucoup trop de choses que je ne connais pas, je ne peux pas traiter du monde comme ça.* Je suis allée faire une résidence et à la fin de la résidence, je me suis dit: *Je connais pas mal plus de choses, mais il m'en manque encore beaucoup.* Puis, à un moment donné, on accepte qu'on ne connaît pas tout. »

L'incertitude liée à la difficulté de poser un diagnostic devant des symptômes souvent non spécifiques est soulevée par plusieurs médecins. L'interniste₁ explique l'incertitude inhérente au diagnostic différentiel :

« La médecine n'est pas une science exacte. C'est un peu une approche probabiliste. (...) Quand il n'y a pas de test diagnostique disponible, tu dois faire un diagnostic différentiel, c'est-à-dire te demander quelles sont les possibilités autour de cette constellation de symptômes. Devant un symptôme non spécifique comme le mal de tête, il y a certainement une cinquantaine de diagnostics différentiels. Mais tu ne peux pas dire aux parents que c'est soit un, deux, trois, quatre, cinq, jusqu'à 50... »

Le clinicien doit avoir une opinion, être capable de se prononcer entre le diagnostic possible no 1 et le diagnostic possible no 50. Il est formé pour cela. Mais certains cas sont plus difficiles que d'autres :

« Je dis toujours qu'en médecine, le patient le plus compliqué, c'est celui qu'on ne sait pas ce qu'il a, dit l'interniste₂. Pas celui qu'on sait ce qu'il a. Parce que si je sais ce qu'il a, je vais le traiter, je vais attendre les résultats et je vais me sentir en paix. (...) Alors que celui que je ne sais pas ce qu'il a, je ne sais pas ce qui va lui arriver demain ou après-demain. Celui-là, on le ramène à la maison [dans sa tête]... »

Pour l'oncologue, qui dispose de tests diagnostiques relativement précis, la question de l'incertitude, tout aussi prégnante, ne se pose pas de la même façon :

« Je suis certain du nom de la maladie, je suis certain, parfois, quand il y a des données scientifiques, (...) que le taux de guérison dans tel cas est de 50 %. Mais fondamentalement, devant chacun de mes patients, je suis incertain. Une fois que j'ai dit 50 %, je ne sais pas comment tel patient va se comporter. Donc, c'est l'incertitude. Et puis, quand on choisit les traitements, on a parfois des degrés d'incertitude importants. On a souvent des choix à faire en situation d'incertitude. »

La chirurgienne, tout en concédant un certain niveau d'incertitude, affirme que « la majorité du temps, on est assez certain du diagnostic ». Selon elle, si on ne l'est pas, si les tests diagnostiques ne révèlent pas ce qu'est le problème, « on peut dire aux gens: *Voilà, on ne trouve pas la solution à votre problème, on n'identifie pas de problème qu'on peut aider à régler.* »

La pédiatre reproche aux chirurgiens de se désintéresser aussitôt des cas qui ne sont pas opérables. Selon elle, les chirurgiens se débarrassent ainsi d'un fardeau moral auquel les autres spécialistes, tenus au minimum de faire quelque chose pour contrôler les symptômes du patient et diminuer sa souffrance, ne peuvent échapper.

Mais, pour la chirurgienne, il est évident que le problème doit être identifié et doit avoir une solution chirurgicale pour qu'une intervention soit envisagée, même si le succès de celle-ci n'est pas assuré. À la question : « Est-ce qu'il arrive aux médecins de poser un diagnostic ou d'ordonner un traitement, même dans l'incertitude, simplement pour favoriser le processus de guérison ? », elle est pratiquement la seule à répondre: « Moi, c'est sûr que non. » Selon elle, cela arrive probablement en médecine générale, où l'on est confronté à des patients qui veulent absolument une prescription d'antibiotiques ou « qui reviennent tout le temps » avec « des problèmes plus flous, plus au niveau biopsychosocial. » Mais pas en chirurgie :

« Moi, dans mon domaine, c'est sûr que je ne vais pas recommander une chirurgie si elle n'est pas essentielle. Ça va arriver par contre qu'on va traiter même si on n'est pas certain, parce qu'on pense que si on ne traite pas (...), ça pourrait être grave. Mais certainement pas pour faire plaisir à la famille. »

L'oncologue affirme qu'en soins palliatifs, cela lui arrive de prescrire un traitement dont il n'est pas convaincu de l'utilité, mais jamais – ou presque – dans la lutte contre le cancer comme telle :

« Oui, ça m'arrive, oui. Mais, encore une fois, (...) ça n'aide pas la guérison. C'est plutôt du côté des soins, de la prise en charge des symptômes, de l'amélioration de la situation et tout ça. Dans le cadre de la guérison, non, je ne crois pas qu'il me soit jamais arrivé – ou peut-être une fois ou deux – de prescrire un traitement dans le but de plaire à la famille ou à l'enfant pour qu'ils acceptent *le* traitement qui va conduire à la guérison. Non, pas vraiment. Par contre, oui, donner un traitement pour la douleur, pour la constipation, pour ci ou pour ça, dont je pensais qu'il n'était pas absolument nécessaire mais dont les parents ou les patients ont besoin, dans une espèce de relation de tractation ou d'échange entre eux et moi, oui, ça m'arrive assez souvent. »

Comme la chirurgienne, les médecins s'opposent aux traitements prescrits par complaisance – nombreux sont ceux qui dénoncent la prescription abusive d'antibiotiques, notamment dans les cas de rhumes ou d'otites. Par contre, ils se sentent fréquemment tenus de « faire quelque chose », d'adopter une stratégie thérapeutique malgré une grande incertitude qui persiste au niveau du diagnostic. À cause de la nature probabiliste du diagnostic différentiel, il leur arrive souvent de prescrire un traitement sans être certains de viser la bonne cible.

« Oui, ça peut arriver qu'on mette en place certaines choses ou qu'on suggère certaines choses parce qu'on pense que ça va aider, même si on n'a pas tout compris, dit le psychiatre. En fait, je dirais même qu'en pédopsychiatrie, ça fait partie de notre lot quotidien. »

La gastro-entérologue explique qu'il lui arrive, quand il n'existe pas de test pour faire la preuve de son diagnostic, de poser un « diagnostic de travail » à partir duquel un essai thérapeutique sera mis en œuvre :

« Si le traitement a relativement peu d'effets secondaires, on propose de faire un essai thérapeutique contrôlé (...). On dit qu'on fait trois mois d'essai thérapeutique, qu'on se revoit et qu'on analyse la situation. On fait ça. Mais il faut prendre plus de temps pour expliquer [ce qu'on fait] et être sûr que les gens ont compris, qu'on est sur la même longueur d'onde, que c'est vraiment un essai. »

La pédiatre insiste elle aussi sur l'honnêteté que le médecin doit démontrer par rapport à l'incertitude de la stratégie thérapeutique :

« Disons qu'il faut le faire de façon honnête. Autrement dit, je peux arriver et dire: *Je ne le sais pas, le plus probable, c'est "ça"*. Maintenant, c'est quoi mes risques de donner un traitement et de me tromper? J'ai un enfant qui vient avec de la fièvre, il a mal à la tête, il a l'air d'avoir une infection. Ça ressemble à une méningite. Mais je ne sais pas. Si je lui donne un médicament et que c'est une méningite, il va guérir. S'il a une méningite et que je ne lui donne pas de médicament, il va être pire. Si c'est pas une méningite et que je lui donne un médicament, est-ce que je lui fais du tort? Oui, un petit peu. Mais est-ce que le risque de ce tort-là est plus grand que celui de ne pas lui donner de médicament? Il faut que j'évalue mes risques si je me trompe dans un sens ou dans l'autre. Il faut être honnête: *Je pense que c'est ça et qu'on devrait le traiter. Si je me trompe... C'est sûr qu'il y a des risques que je me trompe, puis qu'il y a des risques d'effets secondaires si je lui donne un médicament et que je me trompe... Sauf que le risque dans l'autre sens est beaucoup plus grand.* Donc, il faut être honnête quand on explique cela aux gens. Par contre, si je sais pas ce qu'il a, puis que je donne un diagnostic comme ça qui n'a pas d'allure, si je dis aux gens: *C'est ça que vous avez, point*, alors que je ne le sais pas du tout, et que je donne un médicament, puis que je ne le dis pas aux gens... C'est pas honnête. »

Plusieurs informateurs insistent sur cette importance d'être honnête avec les patients et la famille à propos de l'incertitude de la démarche thérapeutique adoptée. Pourtant, cela n'empêche pas certains d'entre eux de considérer l'incertitude comme le fardeau du médecin. Selon ces derniers, il est très important que ce fardeau ne retombe pas sur les épaules du patient ou de la famille. L'établissement d'une bonne relation de confiance et le succès de la prise en

charge en dépendent. Voici comment l'interniste₂ exprime son souci de ne pas transmettre son incertitude à ses patients :

« Est-ce que, dans ma tête, je suis certain ou pas certain ? Oui, [on porte souvent un jugement clinique] dans un contexte d'incertitude, mais comme je dis souvent, il ne faut pas que le patient ait cette perception-là. Ça, c'est majeur. (...) J'aime dire que c'est ce qui fait que l'homéopathe est meilleur que moi parfois. Lui, il sait toujours. Puis, il sait ce que je dois prendre pour que j'aille mieux. Alors, il a au moins deux certitudes : ce que j'ai et ce que je dois faire. Il faut faire attention, parce qu'à trop douter, on ne guérit plus. »

« À trop douter, on ne guérit plus » : on y reviendra. Le même informateur poursuit en affirmant que seul le médecin doit être dans l'incertitude et que c'est l'une des raisons pour lesquelles on le paie aussi cher : « de [devoir] rentrer à la maison avec l'incertitude. »

Il est toutefois possible d'exposer la part d'incertitude d'une situation tout en demeurant rassurant, affirme la gastro-entérologue :

« Il ne faut pas, sûrement pas, être générateur d'angoisse. Il me semble fondamental que, même dans l'incertitude, on trouve des raisons, on trouve des explications, on trouve des façons d'approcher le patient pour qu'il sente qu'on contrôle la situation. On dit qu'il faut être honnête avec les patients. Sûrement, mais on peut (...) expliquer des options, on peut expliquer notre démarche, sans laisser des patients dans l'incertitude. Ça, c'est intolérable. Que nous ayons de l'incertitude, de l'angoisse, ça me paraît normal, mais la transmettre, ce n'est pas bien faire notre métier. Je préfère ne pas dormir qu'empêcher quelqu'un de dormir. »

Comment faire pour ne pas laisser les patients dans l'incertitude ? Le médecin peut y parvenir en montrant qu'il sait où il s'en va et que sa démarche est cohérente, explique la gastro-entérologue :

« Quelques fois, ce qui est rassurant, quand on n'a pas de diagnostic, c'est une explication cohérente. J'explique ma démarche au patient et à ses parents. Expliquer qu'on a deux,

trois ou quatre possibilités et le fait de l'expliquer clairement, c'est déjà rassurant. On revient à cette notion de confiance dans la personne qui joue le rôle de guérisseur. Pour certaines personnes, il faut aller plus loin et pas seulement poser un diagnostic, mais expliquer pourquoi on est arrivé à cette conclusion. Je pense que tout le monde ressent cela : les gens sont contents quand ils ont une réponse à leurs questions, une réponse raisonnable expliquée sur des bases raisonnables. »

Un peu de la même façon, l'interniste₁ tente d'expliquer comment un médecin peut être transparent par rapport à ses doutes sur le diagnostic ou la marche à suivre, tout en restant cohérent et en inspirant confiance :

« Il faut que tu croies en quelque chose. Il n'y a rien de pire qu'un médecin ambivalent. Il y a une façon d'être incertain qui a l'air logique, il y a une façon d'être incertain qui a l'air de ne pas savoir de quoi tu parles. (...) Tu as droit à l'erreur, mais tu dois quand même te prononcer. Si tu es incapable de te prononcer et ça arrive, tu dois dire, humblement: *J'ai besoin de réfléchir, j'ai besoin de faire des tests, on va y aller étape par étape, on va y arriver, mais pour l'instant je n'ai pas d'opinion.* »

La gastro-entérologue insiste sur la nécessité pour le médecin de ne pas se défilier devant les cas trop complexes: « Des fois, ça arrive qu'on dise: *Je vois le problème, mais je ne suis pas la meilleure personne pour le résoudre et on va demander à un collègue.* On va demander [un avis] à quelqu'un d'autre, et ça, c'est correct. Mais laisser un patient dans l'incertitude et dire: *Je ne peux pas vous aider,* ça me semble trop facile. »

Pour tous les informateurs, l'honnêteté et la transparence sont des vertus cardinales de la relation thérapeutique. L'injonction à la transparence commandée par la nouvelle éthique médicale apparue depuis le milieu du siècle dernier a été totalement intégrée par les médecins que nous avons interviewés. Elle doit néanmoins s'accommoder d'une autre exigence liée à la relation thérapeutique, celle qui consiste à inspirer confiance, à susciter l'espoir et à reconforter, comme le suggère le neurologue :

« Il y a des écrits sur l'espoir. Et on est pris parce que... Souvent, évidemment, même si on est supposé dire la vérité, on ne le fait pas. On dit les choses d'une façon peut-être pas tout à fait franche. Parce qu'on veut laisser la porte ouverte à l'espoir. Parce que si on était vraiment franc, ça écraserait les gens. Donc, il faut donner le temps aux gens de cheminer dans le processus de deuil pour arriver à accepter une condition *x*. Et donc, souvent, on donne l'information en laissant la porte ouverte à une possibilité... Il y a toujours un espoir de... »

Le neurologue donne l'exemple d'un bébé présentant une atteinte sévère due à un manque d'oxygène au cerveau à la naissance :

« Ça arrive et on sait que ces enfants-là seront sévèrement handicapés, mais tu ne vas pas dire ça à une famille après deux jours de vie de leur enfant.. (...) Tu vas dire : *Il y a des possibilités qu'il ait des atteintes neurologiques, ça peut être très variable*. Ce n'est pas faux ce qu'on dit. Mais si tu regardes [les statistiques], il y a peut-être 5 % des patients nés comme ça qui vont bien évoluer et il y en a 95 % qui n'évoluent pas de bonne façon. »

Même si elle n'est pas toujours exprimée aussi clairement, une tension apparaît entre ces deux exigences : l'exigence d'honnêteté et de transparence d'un côté, et, de l'autre, l'exigence de réconforter. Même dans l'incertitude, même en l'absence d'un diagnostic précis, le médecin a pour devoir d'inspirer confiance. Comme on l'a vu dans la partie sur l'« alliance thérapeutique », cette habileté à nouer une relation de confiance avec le patient est un art que le médecin doit absolument maîtriser. Est-ce un don ? C'est la question qui sera explorée dans la prochaine section.

Un don ?

Pour les cliniciens que nous avons rencontrés dans le cadre de cette recherche, la guérison n'est pas un don au sens de quelque chose que l'on donne. Pour quelques informateurs, la notion de don évoque le don d'organe, mais, dans

ce cas, c'est l'organe qui est donné, et non la guérison. Pour plusieurs autres, l'idée de « donner la guérison » évoque tout de suite le « charlatanisme » des ramancheurs, *faith healers* ou autres guérisseurs chamaniques, dont la plupart tiennent à se distinguer.

« À part le don d'organe, non [la notion de don n'évoque rien], dit la pédiatre. Au sens large, on peut donner son temps, son affection, on peut donner de l'énergie, on peut donner du sang. Mais, c'est plus au niveau de la famille [que l'on donne], beaucoup plus qu'au niveau du médecin. Le médecin ne donne pas. »

Au sens large, il est évident que les soins sont donnés, mais les médecins sont rémunérés pour donner des soins, souligne cette informatrice. Il ne s'agit donc pas d'un don (quoique l'on verra plus loin qu'un autre médecin est moins affirmatif sur cette question). Par ailleurs, plusieurs cliniciens insistent sur le fait que le médecin ne peut pas « donner la guérison », puisque c'est la nature ou le patient lui-même qui guérit. Le médecin ne fait qu'indiquer une voie à suivre :

« Je pense que tout est dans la confiance que tu as dans la personne, dit l'interniste₁. Il y a des médecins qui ont le pouvoir de créer une alliance thérapeutique et de mettre [leurs patients] en confiance, ce qui va beaucoup aider à la guérison. Et c'est ce qu'on appelle soigner. Soigner, c'est accompagner. Et donc, le médecin soigne, la nature guérit... »

« La grande majorité du temps, les gens guérissent tout seuls, dit la pédiatre. Tout ce que l'on a à faire, c'est de leur dire que ça va bien aller et de ne pas s'énerver, puis de laisser l'organisme faire. Et, finalement, on les rassure. C'est la grande majorité des cas. Il y en a quelques-uns où on va avoir des médicaments ou des traitements à offrir, mais dans beaucoup de situations, on va surtout être rassurant, dire : *Oui, c'est un virus, ça va passer tout seul, on va vous donner des conseils pour soulager [vos malaises] en attendant que ça guérisse...* »

Si la guérison n'est pas un don que le médecin fait au patient, la majorité des informateurs croient que certains praticiens sont plus doués que d'autres pour inspirer confiance et créer une « alliance thérapeutique ».

« Je ne pense pas [que certains médecins ont un don], dit le neurologue. Mais je pense qu'il y a certains médecins qui, peut-être, en raison de leur personnalité, sont capables de [faire en sorte que] les patients se sentent en confiance, et ils ont une approche, il y a quelque chose chez ces médecins-là qui fait que les personnes y croient et qu'elles ont confiance en lui ou en elle. »

« Il y en a qui sont plus habiles que d'autres... mais pas comme les *faith healers*, qui auraient un " don de guérison ", croit la pédiatre. [En médecine], ça ne marche pas de même... La façon dont la médecine, on la perçoit aujourd'hui, c'est... On essaie de comprendre c'est quoi le problème réellement, donc de comprendre comment l'organisme fonctionne et comment il fonctionne mal. Une fois qu'on comprend, on peut voir comment on peut changer les choses... pour [retrouver] un bon fonctionnement. (...) Ce qui est une habileté, par contre, c'est la capacité de communiquer avec les gens, de les écouter, de les convaincre, d'être rassurant, d'être convaincant. Ça, si on peut appeler ça un don ... [En tout cas], c'est difficile à apprendre. Il y a des gens qui sont meilleurs que d'autres pour écouter, puis pour faire passer un message. »

« Moi, je pense que ce qui fait la grosse différence entre quelqu'un qui est doué et quelqu'un qui ne l'est pas, c'est l'empathie, dit la chirurgienne. Tu peux avoir les meilleures connaissances, être très très doué dans ton domaine, si tu n'as pas d'empathie, la personne va se sentir inquiète... Alors que moi j'ai vu des chirurgiens peut-être un peu moins bons, mais qui sont adorés de leurs patients parce qu'ils sont tellement gentils. La personne va se sentir en confiance. (...) Je ne pense pas que c'est un don comme si le bon dieu avait fait un *flash* magique, mais c'est clair que les gens qui ne se sentent pas en confiance [guérissent moins bien]... »

Pour la plupart des informateurs, il est important de préciser que les cliniciens plus « doués » n'ont pas reçu un don au sens de pouvoir imposer les mains sur un patient pour lui transmettre la guérison. « Pour moi, la maladie, c'est un accident de parcours qu'on essaie de réparer, dit l'interniste₂. Il y a peut-être de meilleurs réparateurs que d'autres, mais je ne suis pas sûr qu'il y en a qui " donnent " la guérison plus que d'autres. » L'interniste₁ tient le même discours :

« Ce n'est pas un don au sens intrinsèque, croit-il. Mais si t'es un bon médecin parce que t'es capable d'écouter, t'es capable de faire de bons diagnostics... Parce que, avant tout, si tu proposes un traitement, il faut que tu sois certain que le traitement soit approprié et avant de sauter à cette étape-là, il faut que tu aies fait tout le travail de ce que j'appelle l'enquête pour déterminer exactement, de façon précise, le problème. Donc, ça, je pense que c'est un don parce qu'il y en a qui sont meilleurs que d'autres. Car tu peux connaître tous les traitements, si tu n'es pas capable de poser le bon diagnostic, d'avoir le discernement, la finesse pour arriver... l'intuitivité, des fois, nous donne le diagnostic... Eh bien, c'est sûr que ça fait de toi un moins bon médecin. Mais à pathologies égales, je ne pense pas qu'entre deux médecins, il y en ait un qui... juste le fait d'être devant le patient, ait ce don d'avoir un plus grand succès... »

Ce n'est pas un don magique qu'on a reçu du ciel qui fait que l'on guérit davantage. Mais certains médecins semblent avoir un don particulier pour les tâches centrales de la pratique thérapeutique – poser le diagnostic, établir l'alliance thérapeutique. Dans une certaine mesure, même si la guérison n'est pas considérée comme quelque chose que l'on donne, on peut dire que ces tâches consistent à « donner » de soi-même, comme le constate l'interniste₁ un peu plus loin :

« Il faut que tu prennes le temps pour bien donner les explications, et donner les bonnes explications, c'est la boucle de l'alliance thérapeutique. Il faut que les parents t'aient compris, que l'enfant t'ait compris, qu'ils aient confiance, qu'ils sachent que tu vas être là s'il y a des ajustements à faire. Il faut que tu expliques, que tu anticipes un peu. Tu fais de la guidance anticipatoire sur ce qui peut arriver et sur ce qu'on fera à ce moment-là. Et ça, c'est adaptable à chaque individu. Il y a des gens qui veulent avoir ton plan B, ton plan C, qui sont excessivement anxieux. Ceux qui ne veulent pas le savoir, tu n'as pas avantage à leur exposer un plan B ou un plan C, parce que tu vas leur exposer finalement que tu n'es pas sûr de ton plan A. Et ça, c'est un don. L'approche doit être individualisée. Il y en a avec qui tu peux passer cinq minutes, il y en a d'autres avec qui ce n'est même pas une question de temps, c'est une question de répétition. Tu vas devoir les revoir dans deux semaines ou le lendemain, pour parfois reprendre presque avec le même angle l'exposé que tu [leur] as fait. C'est un don, ça. (Rires). C'est un don parce que... L'analogie, c'est que parfois tu te sens vidé, donc forcément c'est parce que tu as donné... Émotionnellement, tu te sens vidé parfois... *J'ai donné parce*

que je suis drainé. Wow ! Ça a été lourd. Ce n'est pas technique, la médecine, c'est vraiment un rapport humain. »

Dans ce rapport, évidemment, quelque chose est donné. Mais pas seulement par le médecin. Dans la citation suivante, le psychiatre explique pourquoi l'association entre la notion de don et celle de guérison ne lui semble pas particulièrement pertinente. Même s'il affirme que cela est probablement dû à la particularité de la pratique psychiatrique, ses explications expriment quelque chose en rapport avec la construction de la relation thérapeutique qui rappelle les réserves de ses collègues des autres spécialités :

« Je ne sais pas comment c'est utilisé dans la littérature anthropologique, la notion de don, mais moi je parlerais davantage d'échange, même si je sais que dans la notion de don, il y a éventuellement la notion de contre-don, et donc d'échange, qui est associée... Mais je mettrais plus de l'avant la notion d'une co-construction. Finalement, le travail thérapeutique, surtout quand on fait des psychothérapies, c'est de construire quelque chose qui fait du sens à partir de l'univers du patient et de notre univers à nous, et quand ça devient cohérent, il y a en général quelque chose de thérapeutique qui peut émerger de ça. Pour moi, la notion de don est plus difficile à insérer là-dedans. »

(...) « Nous, on ne se voit pas vraiment comme des gens qui donnent la guérison parce que, finalement, la guérison va dépendre en bonne partie de l'implication et de ce qui se passe chez le patient lui-même, contrairement peut-être [aux praticiens qui exercent dans des] champs plus médicaux... C'est pour ça que je parlais d'une co-construction. Il y a vraiment un travail qui doit se faire, un travail mutuel. Évidemment, il y a un certain nombre de choses qui doivent venir du thérapeute, qui doivent être organisées, qui doivent être mises en mots, mises en récit par le thérapeute... Donc, il a quand même un rôle important, mais il ne peut pas être l'unique porteur de la guérison. »

Comme on l'a vu, les autres spécialistes ne se voient pas non plus comme « des gens qui donnent la guérison » pour des raisons assez parallèles à celles invoquées par le psychiatre. Eux aussi, tout en reconnaissant leur rôle spécifique, particulièrement au niveau du diagnostic et des indications de traitement, insistent sur la part jouée par les patients, le personnel soignant et la famille.

« Vous n'êtes pas là pour guérir le monde, dit la pédiatre à ses étudiants de dernière année. Ça, c'est [le rôle des] infirmières, puis [des] parents. Si vous pensiez que vous guéririez du monde, oubliez ça, vous n'allez pas guérir le monde. Mais vous allez leur dire comment faire pour guérir. Vous n'allez pas guérir les patients. Mais tous pensent pouvoir guérir du monde. Quand je leur dis ça, ils sont tout surpris. *Non, non, ce n'est pas ça, votre job. Votre job, c'est de comprendre c'est quoi le problème, c'est de l'expliquer et après ça de dire aux gens ce qu'il faut faire pour guérir, quel médicament prendre, quoi faire et eux vont le faire. Et leur dire quand est-ce qu'il faut qu'ils s'inquiètent et qu'ils reviennent. C'est ça qu'il faut faire. Ça m'a pris du temps avant de comprendre ça.* »

Même si la guérison n'est pas « donnée », certains médecins sont plus doués que d'autres pour la faciliter. Contrairement à ses collègues, le psychiatre utilise même l'expression « avoir un don pour guérir » :

« Par rapport au *don* dans le sens d'avoir un *don pour guérir*, ça, je pense que ça peut être pertinent. Dans le sens que, dans mon domaine, on peut être très doué sur le plan théorique, mais être un piètre thérapeute. On peut avoir peu d'outils conceptuels, mais arriver quand même à engager quelque chose qui soit thérapeutique. Il y a eu plusieurs études qui ont montré que lorsqu'on essaie de comparer l'efficacité de différents types de thérapies, les facteurs les plus importants sont les facteurs non spécifiques : l'enthousiasme du thérapeute, son engagement et tout. Donc, ce ne sont pas des facteurs liés aux techniques elles-mêmes. Pour certains types de maladies, certaines techniques seront malgré tout plus efficaces, mais de façon générale, les aspects non spécifiques sont extrêmement importants et thérapeutiques. Donc, je ne sais pas si on peut associer ça à la notion du don, mais il y a quelque chose qui appartient à la personne elle-même. »

Les meilleurs médecins ont-ils la vocation? Les informateurs sont divisés sur cette question. Certains disent que c'est la vocation qui fait qu'on accepte de faire ce que doit faire tout bon médecin : écouter, expliquer, répéter... Pour d'autres, y compris le psychiatre, cela n'a rien à voir avec une vocation au sens de « quelque chose qui vous tombe dessus ». Par contre, certains médecins auraient vécu des expériences qui les destineraient plus particulièrement à la médecine, et cela serait plus vrai encore en psychiatrie, affirme le psychiatre :

« Il y a beaucoup, aussi, dans la littérature psychiatrique, particulièrement transculturelle, l'idée du *wounded healer*. Le guérisseur blessé... Quand même, beaucoup des gens qui vont dans cette profession-là sont des gens qui ont fait – et je pense que c'est pareil dans d'autres cultures – le chemin pour arriver à être guérisseur... En général, on a été confronté soi-même à certaines difficultés qu'on a dépassées dans une certaine mesure et qui, après cela, font en sorte qu'on a envie, peut-être pour continuer à se guérir, de devenir soi-même dans une position de guérison. Donc, il y a toujours cette idée-là qu'il y a quelque chose qui est ancré dans l'histoire personnelle, qui est " remétabolisé ", réutilisé, transformé. (...) Je pense que tous les médecins ont un certain désir de réparation, entre guillemets d'être des sauveteurs, mais en psychiatrie, c'est particulièrement important. »

Les médecins ont-ils tous un désir de réparation ? Dans les entrevues, ce désir apparaît en négatif. Quelques informateurs ont fortement insisté sur la déception qui attend les étudiants en médecine, qui commencent leurs études avec la certitude que la médecine consiste à guérir des gens, alors que la réalité de leur pratique se révèle généralement tout autre.

« Quand tu commences ton cours de médecine, tu es tellement dans la pathophysiologie (...), dit le neurologue. On te parle de tous les traitements, on te parle de toute la technologie. Donc, tu as peut-être une fausse impression de ce que la médecine peut faire, et souvent la médecine à cette étape-là est très *focusée* sur ces aspects-là. Quand tu arrives dans la pratique, la vraie vie te montre que c'est rare que tu vas guérir quelqu'un et que c'est surtout du dépannage que tu fais. Tu éteins des feux. »

L'interniste₂ trouve passionnantes les questions de l'entrevue et affirme qu'un cours sur le sujet de la guérison devrait être offert à la Faculté de médecine. On prémunirait ainsi les étudiants, qui embrassent leur carrière avec l'idée qu'ils vont guérir leurs patients, d'une grande déception.

« C'est un deuil à faire. Il y a même des étudiants qui, face à ce deuil-là, abandonnent la médecine, affirme ce spécialiste. *Parce que, si c'était votre objectif, moi je leur dis: Allez dans les maladies infectieuses. Au moins vos chances*

seront meilleures. Ce n'est pas impossible [de guérir des gens]. Mais il faut savoir choisir sa discipline. Moi, comme je dis, je viens de la médecine interne. (...) En médecine interne, c'est peut-être encore plus vrai [qu'il y a un deuil à faire]. Parce qu'on a beaucoup de maladies chroniques. Et plus vous en avez, moins vous êtes un guérisseur... »

Les aspirants médecins rêvent de guérir, mais même les plus doués d'entre eux n'auront pas toujours ce pouvoir. Comme on le verra dans la prochaine section, le « pouvoir de guérison » du clinicien, lié à la science qu'il possède et aux technologies qu'il maîtrise, est indéniable. Mais, derrière les succès hautement médiatisés de la médecine de pointe et à côté de tous les petits maux qui guérissent tout seuls, le pouvoir du médecin, confronté à la maladie et à la souffrance, se heurte continuellement à ses propres limites.

Le pouvoir de guérir

« Le pouvoir médical, le pouvoir de guérir, le pouvoir de traiter... Oui, je pense que oui, il y a un pouvoir là, dit l'interniste₂. Le guérisseur du temps avait un très grand pouvoir et je pense que les docteurs se sont un peu approprié ce pouvoir-là. Oui, je pense que le pouvoir de guérir existe. (...) Je pense que notre statut est lié à ça. Je dis toujours un peu à la blague que si on gagne si cher, c'est à cause de ça. »

Tous les collègues de ce spécialiste ne formuleraient pas les choses ainsi, mais contrairement à la notion de transformation ou à celle de don, la notion de pouvoir évoque clairement quelque chose pour la plupart des médecins. Comme les autres notions que nous avons abordées dans les entrevues, cette notion n'est pas interprétée de la même façon par tous. Pour certains, la notion de pouvoir évoque clairement l'idée d'un « pouvoir de guérir ». Chez d'autres, elle est plutôt associée à la question du pouvoir médical – surtout dans le sens du pouvoir du médecin sur le patient – et plus particulièrement à la notion de paternalisme.

« Quand une personne se sent malade et qu'elle va demander de l'aide, comme n'importe quelle personne qui va demander de l'aide, elle est toujours en situation d'infériorité, explique la gastro-entérologue. La personne qui est le guérisseur, c'est-à-dire le médecin, est en situation de pouvoir. Quand on prend conscience de ceci, on contrôle ce pouvoir qu'on a. Parce que l'important, ce n'est pas d'avoir un pouvoir... On a tous à un certain moment un pouvoir, on a des décisions à prendre, on a une conduite à suivre... Mais le risque, toujours, c'est d'abuser de ce pouvoir. »

La gastro-entérologue ne rejette pas l'idée que le patient recherche un pouvoir de guérison chez le médecin, mais signale que ce pouvoir peut parfois devenir pernicieux :

« On le voit parfois dans la dépendance qui se crée... Il y a des patients qui vont appeler 30 fois, qui ont de la difficulté à prendre de la distance. Là, plutôt que d'abuser de notre pouvoir et de devenir paternaliste, il faut les aider à prendre de la distance... C'est extrêmement plaisant de se sentir protecteur, mais (...) quand on crée une dépendance, les patients n'ont plus confiance dans les autres médecins qui sont de garde. Ce n'est pas bon. »

Le psychiatre considère lui aussi que la notion de pouvoir est inscrite dans la relation thérapeutique, tout en soulignant le lien qui existe entre pouvoir et guérison :

« Oui, oui, ça le pouvoir, c'est un enjeu important pour les psychiatres. Pour les médecins aussi, mais pour les psychiatres peut-être encore plus. Ça va avec les inquiétudes qu'on peut avoir par rapport aux problèmes de santé mentale, donc avec la vulnérabilité des gens qui consultent. C'est très difficile d'aller consulter en psychiatrie et c'est peut-être encore plus difficile d'aller consulter en pédopsychiatrie pour son enfant. Donc, je pense que c'est une situation qui fait en sorte que le thérapeute a un pouvoir important. Il est à la fois craint, à la fois idéalisé, à la fois... Il y a une certaine ambivalence parfois dans ce qu'il peut représenter. Il peut représenter une sorte de personnage parental, aussi. Donc, il a beaucoup de pouvoir (...) et je pense que ça engage toute une série de responsabilités et de règles d'éthique pour le thérapeute. Mais, bon, c'est le pouvoir aussi qui fait que tu peux guérir. Ce sont

les attentes que les gens mettent en toi, ce qu'ils imaginent que tu vas pouvoir faire, c'est ça aussi qui te donne une marge de manœuvre pour travailler... »

Ce lien que fait le psychiatre entre le pouvoir social (et/ou charismatique) du thérapeute et son pouvoir de guérir existe-t-il en dehors du domaine psychiatrique ? Y a-t-il un lien entre le pouvoir du médecin, au sens de son statut social ou de son charisme, et la guérison de ses patients ? L'interniste₁ avance une réponse :

« Je sens que j'ai un pouvoir de... Pouvoir, c'est peut-être un peu prétentieux, je n'aime pas tellement ce mot-là. Tu peux utiliser ton pouvoir médical pour avoir une certaine autorité et possiblement une certaine influence sur ce qu'on appellerait la *compliance*, sur l'observance. (...) Tu peux finir par avoir un certain pouvoir parce que tu peux influencer les gens (...) Il ne faut surtout pas avoir une approche uniforme. Mais ça fonctionne chez certains. Il y en a qui recherchent ce paternalisme et il faut que tu l'utilises quand c'est ce que les gens recherchent. Il y a des moments... Il y a des catégories de parents qui le recherchent... C'est dans le non-verbal. Il n'y a pas de patients qui arrivent et qui disent : *Docteur, soyez tout-puissant!* Tu le saisis après quelques minutes d'entretien... »

Chez ce médecin, même si la notion de pouvoir suscite la méfiance, pouvoir et paternalisme ne sont pas entièrement connotés négativement : un certain paternalisme, recherché par une certaine catégorie de patients, peut faire partie des stratégies visant à établir l'alliance thérapeutique.

Pour l'orthopédiste, il est certain que le médecin a un pouvoir, même si ce pouvoir ne permet pas nécessairement de guérir :

« C'est sûr que j'ai un pouvoir... Pas de guérir, mais de favoriser la guérison des malades, ou au moins d'essayer d'améliorer [leur condition] si on ne peut pas les guérir complètement... Dans les maladies chroniques, il n'y a pas de guérison, vraiment, mais tu peux essayer d'améliorer l'état du patient pour qu'il soit vivable. Donc, oui, ce pouvoir-là, il est évident qu'il nous est donné... Mais c'est aussi du fait qu'on a acquis des connaissances. »

Pour plusieurs spécialistes, le pouvoir du médecin est nettement lié au savoir qu'il détient : « C'est sûr qu'il y a le pouvoir des connaissances. Ça, c'est clair. (...) Il n'y a pas d'autres personnes qui ont ces connaissances-là et de cet angle-là, oui, il y a un pouvoir », note la chirurgienne.

La pédiatre pense toutefois qu'il ne faut pas exagérer l'importance de ce pouvoir : « Parce que, finalement, on n'a pas tant de contrôle. (...) On connaît des choses que les autres ne connaissent pas. Bon... c'est comme dire qu'un plombier a un pouvoir... »

Pour l'oncologue, le pouvoir est une notion politique qui peut être pertinente pour parler de la relation entre le médecin et les autres membres du personnel soignant. Il est le seul informateur à mentionner cet aspect du pouvoir médical. Mais la notion de pouvoir n'a, selon lui, rien à voir avec la guérison. À moins, dit-il, de faire référence à un quelconque « pouvoir surnaturel ». Mais cela, précise-t-il, « n'évoque rien du tout » pour lui.

Si certains médecins cherchent à se dissocier clairement de tout pouvoir thérapeutique « surnaturel », d'autres évoquent d'emblée le caractère mystérieux de la guérison. Ainsi, selon l'interniste₂, le statut social du médecin est fondé, non seulement sur l'importance accordée à la santé dans la société ainsi que sur l'importance, pour chaque personne, de guérir, mais également, sur un troisième élément : « Le mystère qui entoure la guérison. Mystère qui diminue, c'est ça, le problème. »

Mieux informés, entre autres grâce à Internet, les patients sont plus critiques à l'égard des traitements prescrits. Cette diminution du mystère entourant la guérison aurait des effets à la fois positifs et négatifs.

D'un côté, le patient va s'apercevoir « que le principal pouvoir de guérir, c'est lui qui l'a », souligne l'interniste₂, qui approuve cette appropriation par le

patient de son propre pouvoir de guérison. Selon lui, c'est en favorisant la responsabilisation de chaque individu par rapport à sa santé que seront accomplis les prochains progrès en matière de santé publique.

D'un autre côté, le fait que les patients soient mieux informés et plus critiques à l'endroit de la profession médicale n'empêche pas l'expression d'une sorte de pensée magique par rapport à la médecine, déplorée par plusieurs médecins. Selon l'interniste₁ :

« Il y a une espèce de mentalité *fast food* en ce moment en médecine. Les gens veulent un diagnostic en 10 minutes. À cause de l'Internet aussi. C'est la conception "garage" de la médecine : *Je t'amène mon char, je veux que tu le ré pares*. Il y a des gens qui ont cette conception "garage" de la médecine : ils entrent au garage pour leur enfant et le lendemain, il faut presque leur tendre une garantie d'un an promettant que les morceaux vont être corrects... »

Selon l'interniste₂, la diminution du mystère entourant la pratique médicale s'accompagne d'une augmentation de l'attraction exercée par « toutes les pratiques alternatives complètement farfelues », comme « l'urinothérapie ou l'aromathérapie ». Ces pratiques seraient attirantes parce qu'elles offrent la dose de magie que les patients recherchent dans l'acte médical. Mais cette quête de magie s'oppose à l'autonomisation désirée du patient, à sa propre prise en charge de sa condition. Ainsi, l'interniste₂ trouve qu'« il y a encore un aspect un peu magique » dans la consultation médicale, « quelque chose qui est attendu et qui est encore trop porté par les guérisseurs, tant qu'à moi, et pas assez par le patient. » Il explique qu'il faut responsabiliser les jeunes patients à l'égard de leur santé et les amener à adopter de saines habitudes de vie qu'ils conserveront tout au long de leur existence. Il ajoute que l'attitude passive du patient âgé traditionnel doit changer :

« Les patients âgés, ils vous écoutent comme si vous étiez le bon dieu. J'espère que les futurs grands-papas vont dire : *Je prends soin de ma santé, puis je ne vais pas aller voir le docteur tout de suite parce que je sais quoi faire pour aller*

mieux, puis je ne vais pas aller au centre d'accueil, parce que je suis capable de m'occuper de moi-même. »

Tout en formulant le souhait d'une plus grande responsabilité personnelle de chacun à l'égard de la santé, ce médecin ne rejette pas l'idée d'un pouvoir thérapeutique associé au statut de médecin. C'est d'ailleurs lui qui, comparant son incertitude aux certitudes de l'homéopathe, dit qu'« il faut faire attention, parce qu'à trop douter, on ne guérit plus. »

De son côté, la gastro-entérologue espère que les patients qui la consultent croient en son pouvoir de guérison, « sinon, dit-elle, c'est très difficile de les aider ». Selon elle, certaines personnes se sentent déjà mieux, du simple fait de franchir les portes de l'hôpital, à cause du caractère imposant du lieu qu'on compare parfois, « à la blague », à une « cathédrale ou à l'Olympe » (une comparaison qui évoque également, selon elle, le danger que le pouvoir médical devienne « un peu pernicieux »). « Les gens ont parfois besoin de croire à la magie, de faire confiance, dit-elle. Si tu n'as pas confiance en un guérisseur, il ne va rien guérir. »

Pour l'oncologue, comme on l'a déjà vu, il n'y a pas de magie dans la guérison. Selon lui, le médecin est un technicien qui détient les connaissances lui permettant d'appliquer des traitements qui peuvent mener ou non à la guérison (au sens où il l'entend de rémission complète). Par contre, il y a selon lui une autre dimension dans la médecine, qui n'a rien à voir avec la guérison mais avec la façon qu'a le médecin d'accompagner le patient et sa famille dans l'épreuve de la maladie. C'est ce qu'il appelle la dimension du soin, « dans laquelle il y a un peu de magie au sens de la capacité de rapport avec les êtres humains, de la capacité de s'ouvrir au bon moment. »

Pour l'oncologue, cette « magie » se limite au rapport humain et n'a pas d'effet physiologique comme tel. D'ailleurs, il ne croit pas que l'effet placebo joue un rôle dans le traitement du cancer. « Par contre, encore une fois, l'effet placebo

est très important dans le soin, dit-il. C'est-à-dire dans la façon dont [le patient et sa famille] vont traverser l'épreuve et en sortir plus ou moins grandis. »

Le psychiatre est l'un des rares informateurs qui reconnaissent clairement la présence d'un effet placebo engendré par la relation thérapeutique. « C'est clair que l'alliance, que tout ce qui se passe au niveau relationnel est l'ingrédient... est probablement l'ingrédient majeur [de la réussite thérapeutique] », dit-il.

Au contraire, et même s'ils insistent sur l'importance de la relation thérapeutique, la plupart des cliniciens réagissent négativement à l'évocation de l'effet placebo, qu'ils associent au mensonge, à la tromperie et aussi à une médecine de la facilité, trop prompte à répondre aux attentes des patients.

« Il existe, l'effet placebo, c'est l'effet le plus facile à obtenir chez un patient, dit l'interniste². C'est la façon [donner un médicament pour obtenir un effet placebo] la plus facile de se débarrasser d'un patient. Maintenant, ce n'est pas la plus efficace, tant qu'à moi, et c'est surtout celle qui risque d'avoir l'effet le plus court. (...) C'est bref et c'est pervers parce que, après ça, le patient va toujours rechercher une solution de cette nature-là. Je vais donner un exemple. Si un patient est toujours constipé et que je lui dis de prendre tel médicament, ça va marcher, mais si je l'aide à changer ses habitudes alimentaires, ce serait peut-être le meilleur truc. C'est plus compliqué, c'est plus long, mais c'est plus durable. »

Aux questions sur l'effet placebo, plusieurs médecins ont répondu en dénonçant les prescriptions d'antibiotiques non nécessaires médicalement et les effets de la surconsommation de ces médicaments sur la santé publique. En général, les cliniciens que nous avons rencontrés trouvent que la pratique médicale repose trop souvent sur la prescription de médicaments et ils associent l'effet placebo à cette situation. Selon eux, la prescription de médicaments non justifiée, quand elle n'est pas carrément nuisible, est inefficace car elle *se limite* à un effet placebo, un effet peu durable, qui ne règle pas le problème et ne fait que le masquer temporairement.

Plusieurs médecins associent automatiquement « effet placebo » à « effet non médical d'un médicament », inerte ou non. La notion d'un effet placebo associé à la relation thérapeutique est moins familière, même si la plupart des praticiens, comme on a l'a déjà souligné à maintes reprises, reconnaissent l'importance de cette relation dans le succès de la prise en charge. Plusieurs questionnent d'ailleurs la pertinence de faire appel à la notion de placebo dans ce contexte.

« Disons que si les gens écoutent ce que l'on dit, ils vont mieux appliquer les traitements, de façon plus régulière, avec une meilleure compréhension. À ce moment-là, le processus de guérison est meilleur, dit la pédiatre. Mais c'est pas... de là à dire que parce qu'ils nous font confiance, ils vont guérir, non... c'est parce qu'ils font les choses mieux, eux-mêmes. »

Cette spécialiste, qui compte parmi ceux qui insistent le plus sur les assises scientifiques de la médecine, ajoute avec un petit sourire : « Je ne penserais pas que je suis capable d'influencer l'évolution d'une maladie par mon attitude ou ma présence ou l'imposition des mains »... Selon elle, l'effet placebo (d'un médicament ou de la relation thérapeutique) agit au niveau de symptômes non mesurables comme la douleur ou les étourdissements, mais il est impuissant à combattre la cause de la maladie :

« Quand on utilise un placebo, est-ce que c'est juste notre façon de voir les choses qui change ? Surtout quand on parle de douleurs, d'étourdissements... Il y a beaucoup de problèmes qui sont... comme on les perçoit. Et, à ce moment-là, le placebo va avoir une grande influence là-dessus. Mais est-ce qu'on est capable d'influencer la maladie elle-même ? Ça, c'est plus difficile. (...) La plupart des maladies qui guérissent bien avec le placebo, ce sont des maladies qui... où on mesure la douleur, où on mesure le bien-être, pas des choses qu'on peut calculer. »

Un peu plus loin dans l'entrevue, la pédiatre soulève à nouveau la question de l'efficacité du placebo pour venir à bout de la maladie :

« Est-ce que ça fait partir les bibittes, est-ce que ça va tuer les bibittes ? Il y en a qui disent que oui, parce que ça pourrait stimuler, parce que la confiance pourrait stimuler certaines choses au niveau de l'organisme dans le processus de guérison... C'est difficile à mesurer. Ce n'est pas simple à mesurer et je ne suis pas capable de répondre à ça. »

Selon elle, il existe peut-être des mécanismes physiologiques non élucidés qui pourraient expliquer l'effet placebo, mais, étant donné la nature difficilement mesurable de ces effets, cette hypothèse reste en suspens. En général, l'usage de médicaments comme placebos est considéré néfaste, mais la pédiatre précise qu'il est acceptable pour un médecin de faire une prescription qu'il juge inutile si son but est d'éviter un comportement dangereux chez le patient ou ses parents, par exemple pour éviter que la mère ne médicamente elle-même son enfant.

Contrairement à la pédiatre et à la plupart des autres médecins, le psychiatre croit que la prescription d'un médicament comme placebo peut avoir des effets positifs. Il lui arrive donc de prescrire des médicaments qu'il ne juge pas absolument nécessaires sur le plan physiologique :

« D'habitude, je ne prescris rien à l'urgence. Mais là, j'ai prescrit quelque chose parce que j'avais l'impression qu'il fallait [que le patient et sa famille] repartent avec quelque chose de concret. Et la pilule, c'est un peu le thérapeute en condensé. Dans certains cas, on va utiliser ça au maximum, cet aspect-là, on peut appeler ça " placebo " ou autre chose. De temps en temps, on l'utilise vraiment très consciemment, mais dans toute une série de situations, je dirais que c'est un peu implicite. »

Le monde des émotions ne peut pas tout expliquer, croit le psychiatre. D'ailleurs, il dit que « les médecins ont un peu raison » de prendre le contre-pied de certaines théories qui mettent « de l'avant les émotions (...) et qui, finalement, vont beaucoup culpabiliser les gens pour les problèmes de santé qu'ils ont, ce qui n'est pas approprié non plus ». Mais il est indéniable, selon lui, que les médicaments ont un effet qui ne dépend pas seulement de leurs propriétés chimiques :

« On est complexe, on existe sur différents niveaux, et donc ce n'est pas vrai que le pouvoir de la pensée peut tout guérir. Mais cela a un impact. Si je rencontre quelqu'un une fois et que je lui prescris un antidépresseur, l'antidépresseur va fonctionner parce qu'il s'agit d'un médicament efficace, évidemment, mais le contexte dans lequel le médicament est donné, à mon avis, joue aussi pour beaucoup. D'ailleurs, il y a certaines situations où on ne va pas... On ne va pas le donner à quelqu'un qui ne veut pas prendre d'antidépresseurs ou qui a extrêmement peur de prendre des antidépresseurs, parce qu'on sait que ça ne marchera pas. »

Le médicament peut aussi avoir un effet nocebo, indique le psychiatre, qui raconte le cas d'un enfant dont le père avait très peur du Ritalin, sans être opposé à la médication comme telle :

« Le père ne pouvait pas supporter l'idée que son fils prenne du Ritalin. C'est ce que m'a dit la mère en entrevue. Je n'ai pas prescrit de Ritalin. J'ai prescrit un autre médicament, qui était peut-être un peu moins approprié, mais (...) à partir du moment où il y avait un parent qui était tout à fait opposé à l'idée du Ritalin et que donc l'enfant allait être confronté aux réactions de ses parents, c'était suffisant pour que la pilule ne fonctionne pas ou que même si elle fonctionne un peu, les effets secondaires soient tellement importants que ça ne donne rien. Ça montre à quel point [tout ce qui entoure le médicament] est important. »

Avec le psychiatre et l'orthopédiste, la gastro-entérologue fait partie des rares médecins qui reconnaissent l'importance de l'effet placebo dans la guérison de leurs patients :

« Ce n'est pas que je le pense, c'est démontré. Honnêtement, je pense que les rapports qu'on établit avec les parents, avec la famille et avec l'enfant... Beaucoup de choses guérissent ou s'améliorent simplement grâce à une petite influence ou à une modification du milieu. Parfois, on ne résout pas le problème, mais le fait de rassurer la famille ou l'enfant, ça aide ... d'être écouté. Ça aide de se sentir compris et l'enfant vit son problème avec beaucoup plus d'équilibre et il devient beaucoup plus tolérant... »

La relation peut donc avoir un effet thérapeutique, en partie parce qu'elle contribue à transformer la perception qu'a le patient de son état. D'ailleurs, si la plupart des médecins interviewés dans le cadre de cette recherche ne sont pas à l'aise avec la notion d'effet placebo, plusieurs sont d'avis que la qualité de la relation thérapeutique a une influence sur la guérison. Pour certains, comme on l'a déjà indiqué, la qualité de la relation thérapeutique a surtout un effet sur l'observance au traitement. Mais pour d'autres médecins, cela va plus loin. Ainsi, l'orthopédiste croit à l'effet placebo de la prise en charge, particulièrement lorsqu'il s'agit de compenser l'insuffisance des techniques médicales :

« Il y a beaucoup de patients chez les jeunes, les adolescents et adolescentes, qui ont mal dans le dos et chez qui on ne trouve rien. Je fais une investigation standard, et je suis sûr que le fait que j'y mette le temps, que je leur parle, que je les revoie, que j'aie fait le tour, que j'explique ce que j'ai fait... Je pense que ça aide. Puis, je dis au patient : *Là, moi, je ne trouve pas de raison particulière pourquoi tu as mal dans le dos. Tu as mal dans le dos. J'en vois souvent des jeunes comme toi qui ont mal dans le dos.* Puis, là, j'en remets pour leur dire qu'ils ne sont pas tout seuls... »

Pour ce médecin, la reconnaissance de la souffrance du patient est fondamentale, « parce que même si c'est de la somatisation, même s'ils somatisent, ça fait mal pareil. Ça peut même être pire. Sous la souffrance, il y a peut-être autre chose qui ne marche pas. » Incapable d'identifier une cause physiologique à cette souffrance, et donc de la combattre, le médecin a quand même un rôle important à jouer en réinsérant symboliquement la personne souffrante dans la communauté humaine : « j'en remets pour leur dire qu'ils ne sont pas tout seuls... »

Pour le médecin, il n'est pas toujours possible de trouver la source du mal, et, même quand il la trouve, il n'a pas toujours de solution à proposer. Voici comment la pédiatre décrit ce type de situation où le médecin est confronté aux limites de sa science et de son pouvoir :

« Je pense qu'il faut être honnête et dire : *Ça, je le sais. Ça, je ne le sais pas. Je pense que c'est ça. Ça pourrait être ça* (...) Même si on n'est pas sûr du diagnostic, on est capable de le voir, à un moment donné, qu'on n'est pas capable de traiter quelque chose ou de le guérir. Même, des fois, on a le diagnostic, puis on va dire : *C'est bien beau, mais je ne peux rien faire*. Ça arrive, malheureusement. (...) Des fois, on ne le sait pas. On sait qu'on ne le sait pas. C'est bête à dire, mais c'est ça. Il faut expliquer aux gens le problème, et le problème, ça peut être qu'on n'est pas capable d'aller plus loin, parce qu'on n'a pas les moyens de le faire, parce que les connaissances n'existent pas. »

C'est dans des moments-là comme ceux-là que la relation de confiance devient cruciale. Encore une fois, la pédiatre insiste sur l'importance d'expliquer la situation au patient et à ses parents :

« Malheureusement [pour ceux qui veulent faire vite], c'est long. Il faut prendre le temps de le faire. Quelqu'un qui travaille vite a plus de difficulté à passer son message. Quand on travaille dans des maladies très complexes, on finit par ne pas avoir le choix. Mais ce qui arrive aussi, c'est que les gens qui acceptent de travailler dans des maladies comme ça, c'est des gens qui, par définition, sont capables de faire ça, sinon ils ne vont pas là-dedans. »

Certains spécialistes sont davantage confrontés que d'autres à l'impossibilité de guérir. Ainsi, le neurologue rit quand on lui demande si la notion de pouvoir évoque quelque chose pour lui :

« Pas du tout. Dans le sens que je pourrais comprendre qu'en chirurgie, on puisse avoir [un sentiment] de pouvoir parce que, effectivement, là, souvent, on peut guérir. On a une appendicite, on l'enlève, les gens sont guéris. C'est certain qu'en chirurgie, souvent, tu guéris. Mais pas en médecine interne. »

Le neurologue explique qu'une bonne partie de son temps est consacré à donner des explications sur les limites de ce qu'il peut faire et donc à décevoir les attentes des patients et de leur famille :

« Quand je leur dis que, malheureusement, cette médication ne guérit pas l'épilepsie, qu'elle ne fait que prévenir les crises – quand ça fonctionne –, ils sont déçus, évidemment, parce qu'ils s'attendent à ce qu'on leur donne une réponse claire et nette. Souvent, je suis vague dans mes réponses : Est-ce que ça va disparaître ? Est-ce que j'ai trouvé la bonne médication ? Est-ce qu'ils vont être normaux dans le futur ? Etc. Ce qui fait aussi partie de ça, c'est que je ne guéris jamais. C'est vrai qu'ils viennent en espérant que je vais avoir la solution miracle, mais... »

Même les grands spécialistes ne peuvent pas toujours faire de miracles pour guérir un enfant malade. Voici comment s'exprime l'interniste₁ sur cet aspect particulièrement difficile de la pratique médicale, dans un contexte social où les miracles de la science, étalés à la télévision, créent dans la population des attentes qui dépassent les capacités actuelles de la médecine :

« On est au 21^e siècle, on a une médecine moderne, on donne plein d'argent aux téléthons... Tout devrait être guérissable. Et c'est là où ça peut être difficile, dans ma pratique. De plus en plus, je vois des enfants qui sont lourdement handicapés et pour lesquels il n'y a pas de guérison possible, pour lesquels, au mieux, il y a un contrôle, il y a une absence d'évolution de la maladie et ça, c'est au mieux. Au pire, c'est un contrôle des symptômes, mais la maladie va progresser. Ça, c'est très dur pour les parents qui viennent dans un lieu très vénéré, un hôpital de haut niveau. [Ils se disent:] *De nos jours, vous n'êtes même pas capable de guérir ça!* C'est une grosse déception, quand c'est au niveau individuel, que c'est leur enfant qui est affligé de telle maladie et que tu as à leur annoncer que cette maladie-là... Premièrement, qu'on n'est pas sûr de quoi souffre l'enfant, mais que les marqueurs ou les signes, soit à l'imagerie, soit au niveau biologique, nous indiquent que c'est très mauvais... »

Quand on parle de guérison, il faut que ce soit clair, ajoute-t-il, que « parfois c'est simple et parfois on nage dans l'inconnu ». Devant un bébé de trois mois présentant des atteintes neurologiques majeures, la science médicale n'a pas grand-chose à offrir de plus que des probabilités souvent très sombres :

« Le père, l'autre jour, me demande : *Va-t-il pouvoir jouer au hockey?* [Je lui réponds:] *On va se rendre à la première*

étape : Va-t-il être capable de marcher ? Mais le parent, quand il met un enfant au monde, c'est la suite de son propre rêve à lui. L'enfant est notre continuité et c'est un deuil majeur quand on est confronté au fait que ça ne se passe pas comme on l'avait prévu. (...) L'espoir de guérison est très important et très douloureux en même temps. »

La médecine a beaucoup progressé, convient la gastro-entérologue, mais il reste énormément de zones d'ombre dans la pratique médicale. Ainsi, on est en mesure de diagnostiquer beaucoup plus de maladies qu'auparavant, mais pas toujours de les traiter. Au fur et à mesure que la science médicale progresse, on se rend compte que de nombreux traitements utilisés dans le passé étaient « atroces ». Parmi les nouvelles techniques thérapeutiques, certaines sont encore très approximatives : « Mes étudiants rigolent quand je leur dis qu'on se trouve encore à l'étape où on tue des canards avec des missiles, dit la gastro-entérologue. Alors penser qu'on est des grands médecins, je pense que c'est extrêmement arrogant et prétentieux. »

Le psychiatre croit lui aussi que le médecin doit rester modeste : « Je pense que, dans notre travail, il faut être humble en rapport avec nos objectifs et notre pouvoir thérapeutique. On a certains outils, on a certaines compétences, mais on n'a pas de baguette magique. »

Le médecin est-il un guérisseur ?

La plupart des médecins que nous avons interviewés ne se perçoivent pas comme des guérisseurs. À la question « Est-ce que le médecin est un guérisseur ? », la majorité ont répondu : « non ».

« Il faudrait définir, trouver l'étymologie du mot, dit l'orthopédiste. Pour moi, guérisseur, ça me rappelle le " ramancheur " de mon village à l'époque, les gens qui imposent les mains. Dans ce sens-là, sûrement pas. Je pense que le médecin met ses connaissances – et son âme, j'espère –, pour aider le patient. À partir de là, il va espérer que le patient

guérisse. Mais ce n'est pas un guérisseur au sens populaire du terme. »

Selon la pédiatre, les étudiants en médecine qui embrassent la profession en croyant qu'ils vont guérir leurs patients subissent un choc lorsqu'ils se rendent compte, dans la pratique, que leur rôle ne consiste pas à guérir des gens, mais à « leur dire comment faire pour se guérir ». Selon elle, ce ne sont pas les médecins qui guérissent. Guérir les gens, c'est le « job » des infirmières, des parents, des patients eux-mêmes. Selon cette spécialiste, les chirurgiens, par contre, sont des guérisseurs, puisqu'ils pratiquent eux-mêmes les actes qui mènent à la guérison. « Eux autres, ils guérissent. Ils changent des " affaires ". C'est ça, la plus grosse différence entre un chirurgien et un médecin. »

Comme on l'a vu, la pédiatre n'est pas la seule à faire ce type de distinction entre la pratique médicale et la chirurgie. Elle n'est pas la seule non plus à refuser l'étiquette de guérisseur à cause d'un défaut, d'une impuissance à « guérir ». Est-ce que le médecin est un guérisseur ?

« Non, répond l'interniste₂. (...) Quand vous venez de la médecine interne, si vous [ne] voulez pas vous décourager, vous êtes mieux de ne pas penser que vous êtes un médecin guérisseur. Moi, je n'en ai pas guéri beaucoup dans ma vie. Je n'ai pas un gros taux de succès. Une cohorte de diabétiques... Entre vous et moi, je n'en guéris pas beaucoup. »

Malgré tout, quelques informateurs ne rejettent pas le terme de « guérisseur ». Pour la gastro-entérologue, le médecin, « c'est un peu un guérisseur, c'est un peu un scientifique ». Mais, plus fondamentalement, selon elle, le médecin clinicien « est un être humain qui se prépare à aider les autres avec un succès mitigé ».

Quand on œuvre auprès de malades chroniques, de patients handicapés ou atteints de maladies mentales, la guérison est un concept dont il faut se méfier, croient plusieurs informateurs :

« Je pense qu'on se met dans un contexte d'omnipissance quand on parle de guérison [et] qu'il ne faut pas se mettre dans cette position-là, dit l'interniste². Ce n'est pas la meilleure façon de traiter. On doit davantage se placer dans un contexte de compétence, d'accompagnement, de traitement et de collaboration à la guérison. »

Le neurologue croit qu'il faut se questionner sur la conception même du médecin comme quelqu'un qui devrait guérir. Cette conception pose problème, notamment lorsqu'il faut passer des soins curatifs aux soins palliatifs : « Dans les conditions chroniques [graves], on fait ci, on fait ça ... Puis oups! Soudainement, on décide qu'il n'y a plus rien à faire. Et, souvent, les gens ne l'ont pas vu venir. Donc, cette transition entre le traitement actif et le traitement palliatif se fait très mal. »

Cette transition est difficile en partie à cause de la structure du système médical, parce que beaucoup d'intervenants sont impliqués, parce que ceux-ci ont tous leurs propres objectifs et leurs propres valeurs et parce que la multidisciplinarité ne s'exerce pas toujours dans l'harmonie, explique-t-il. Mais la rapidité avec laquelle les décisions sont prises reflète aussi la difficulté d'être confronté à l'échec thérapeutique. Cette perception d'un échec ne vient-elle pas de la conception du médecin « comme quelqu'un qui devrait guérir ¹ » ?

« Je pense que le médecin ne devrait pas être défini comme un guérisseur, dit le neurologue, mais comme quelqu'un qui vise à alléger la souffrance, à améliorer la qualité de vie de son patient. Guérir... C'est rare qu'on va guérir. Puis, de toutes façons, guérir veut dire aussi qu'on a une bonne définition de ce qui est sain et pas sain, et je pense qu'il y a beaucoup de variation dans la perception de ce qui est sain et de ce qui ne l'est pas. »

La chirurgienne est parmi les seuls informateurs à avoir accepté l'étiquette de guérisseur, avec certaines réserves: « Oui, [le médecin est un guérisseur], je pense qu'il faut dire oui, sinon... Mais pas dans le sens magique. Dans le sens

¹ Remarquons que le neurologue utilise le mot « guérir » strictement dans le sens d'éradiquer la maladie et non dans celui plus englobant de *to heal*.

scientifique. On applique nos connaissances. Parce que... quand j'entends " guérisseur ", je pense " village en Afrique "... »

Pour l'oncologue, la cause est entendue : dans son domaine d'expertise, le médecin n'est « pas du tout » un guérisseur. Mais dans la dimension du « soin », qu'il distingue nettement de la guérison de la maladie (celle-ci étant strictement considérée comme un phénomène physiologique), il croit que le médecin fait beaucoup de choses que font les guérisseurs :

« Le médecin, c'est deux choses. C'est un technicien de très haut niveau qui choisit les meilleurs traitements selon les données actuelles de la science. Première chose. Et c'est ça qui conduit à la guérison et rien d'autre, dans ma pratique. Si j'étais psychiatre, ce serait très différent. Et puis, deuxième chose, le médecin, c'est aussi un soignant (...) qui aide à traverser l'épreuve de la façon la moins désagréable possible. Il peut donner des clés pour que le patient et sa famille en sortent grandis. Puis, d'une certaine manière, il a pour but de calmer l'injustice, de lutter contre l'injustice qu'il y a d'avoir un cancer quand on est un enfant. Et, dans ce cadre-là, oui, en effet, il y a beaucoup de choses dont vous avez parlé qui peuvent être importantes, comme les rituels, comme l'empathie, qui sont même cruciales et qui font que je pense que je ne suis pas seulement un médecin, mais que je crois être un bon médecin. »

Pour être un bon médecin, il ne faut pas seulement savoir utiliser les bonnes techniques, il faut aussi être un bon soignant et le bon soignant, c'est celui qui a pour but, d'une certaine manière, de lutter contre l'injustice qu'il y a à être malade. En ce sens, le médecin rejoint le guérisseur.

Pour le psychiatre, le terme de « guérisseur » ne pose pas de problème. « Oui, je pense qu'on est dans ce domaine-là, dit-il. Bon, il y a des différences, si on compare des psychiatres avec des guérisseurs qui ont été formés dans des contextes traditionnels. Mais je trouve qu'il y a beaucoup d'aspects qui se rejoignent. » Comme plusieurs autres médecins, le psychiatre souligne toutefois la difficulté à être guérisseur et à guérir :

« On n'a pas de barèmes très clairs qui disent quand les gens sont guéris. En médecine oncologique, tu peux compter le nombre de globules rouges, le nombre de globules blancs, et après un certain nombre d'années, tu peux dire si le patient est guéri. Nous, c'est pas mal plus flou. La guérison, c'est assez fort comme concept. Nous, on n'utilise pas ça, en fait. On ne dit pas que les patients sont guéris. Et quand on le dit, en fait, c'est un peu avec dérision, on ne se prend pas trop au sérieux. »

L'interniste₁ évoque la même ironie dans l'utilisation du mot « guérir » :

« [Le médecin] n'est pas un guérisseur dans le sens de... Une partie de ce qu'il fait, c'est d'aider à guérir. Mais la définition de " médecin ", ce n'est pas " guérisseur ". Ce serait réducteur. Mais (...) il y a parfois des situations... Des fois, il y a une forme d'ironie là-dedans. Quand tu vois un enfant et que tu ne le trouves pas très malade, et que tu sens que les parents sont inquiets... Des fois, d'amorcer ça de façon un peu prétentieuse, puissante, tu sais: *On va le guérir, votre enfant, on va le sauver !* Et tu sors de la chambre en disant: *On vient de sauver une vie !* Ça peut désamorcer beaucoup d'anxiété et les parents peuvent l'apprécier. »

Pour la plupart des informateurs, le médecin n'est pas un guérisseur puisque sa fonction ne se réduit pas (ou même ne consiste pas) à guérir, au sens d'éradiquer la maladie. De toute façon, souvent, il ne guérit pas. À l'exception du chirurgien, qui a le pouvoir de « transformer » littéralement le corps du malade, le médecin considère qu'il a pour mission principale de diagnostiquer la maladie, de soulager la souffrance du patient et de l'accompagner dans le parcours vers la guérison. Comme l'a révélé notre survol de la littérature anthropologique, cela se rapproche beaucoup des choses que font les guérisseurs.

Le mode à la fois emphatique et ironique sur lequel est utilisé le mot « guérir » révèle bien le degré d'incertitude qui caractérise la pratique médicale et qui la distingue sans doute des autres pratiques de guérison. C'est parce qu'ils rejettent la connotation « magique » du mot, mais aussi à cause de cette incertitude et de ce doute que les médecins refusent l'étiquette de « guérisseur ». Paradoxalement, ce rejet s'explique également parce que le terme « guérisseur »

est perçu comme signifiant essentiellement « celui qui guérit » (au sens d'éradiquer la maladie, plus proche de l'anglais *to cure*), alors que les médecins que nous avons interviewés mettent beaucoup d'emphasis sur la dimension plus englobante incluse dans l'anglais *to heal*, ce que l'oncologue associe à la dimension du soin. Contrairement à ce qui est véhiculé dans la littérature anthropologique, les médecins que nous avons interviewés ont l'impression que leur rôle consiste tout autant, sinon davantage, à faire les choses que recouvre le verbe anglais *to heal*, qu'à guérir au sens de *to cure*.

CONCLUSION

Dans une perspective comparative, la perception de la maladie et de la guérison varie grandement selon que l'on habite Montréal, une grande ville chinoise ou un village népalais. Mais partout dans le monde, dans toutes les cultures, il existe des personnes socialement investies du pouvoir de guérir. Dans les sociétés occidentales, bien que des guérisseurs concurrents revendiquent également une part de légitimité, c'est le médecin du système biomédical qui fait office de guérisseur légitime. C'est celui que l'on consulte, le plus souvent, quand on souffre. Est-ce à dire que le médecin est aussi un guérisseur ?

Cette question et d'autres qui en découlent sont à la base de ce projet de recherche, qui a permis de les explorer avec neuf médecins spécialistes oeuvrant au Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine de Montréal. Ces quelques médecins ne sauraient exprimer le point de vue du corps médical de cet hôpital et encore moins celui de la profession médicale au Québec. Mais ces six hommes et trois femmes exerçant différentes spécialités¹ de la pédiatrie moderne nous éclairent sur le sens qui peut être donné par des médecins d'aujourd'hui à ce qui, selon Kleinman (1980), constitue l'objectif ultime de tout système médical : la guérison.

La revue de la littérature anthropologique sur la guérison a permis d'identifier une série de thèmes qui sont apparus pertinents pour explorer les perceptions des

¹ La psychiatrie, la chirurgie, l'oncologie, la médecine interne, la pédiatrie, la neurologie, la gastro-entérologie et l'orthopédie.

médecins entourant ce phénomène. Regroupés dans la grille d'entrevue¹, ces thèmes – le don, l'incertitude, le rituel, la transformation, la magie, le pouvoir – ont forcé les spécialistes que nous avons rencontrés à réfléchir à leur pratique d'une manière inusitée pour eux. Ce choix méthodologique inhabituel par rapport à la pratique dominante de l'entrevue ouverte visait à « briser » le discours des médecins afin d'en faire émerger le sous-texte, un peu à la manière dont Bibeau et Corin proposent de « briser » le texte ou le fait culturel dans l'interprétation du matériel ethnographique (1995). Tout en restant très fidèle à la parole des médecins rencontrés, cette démarche a permis de sortir d'un certain discours convenu et d'aborder des aspects rarement discutés de la relation entre le médecin et son patient.

Dans le milieu biomédical, la guérison est un concept qui dérange, souligne Kleinman (1980), parce que ce concept fait référence à la nature archaïque du geste médical et parce qu'il questionne les limites de la médecine scientifique. Pour certains de nos informateurs, la guérison est une notion à la limite étrangère à la médecine. En tout cas, c'est un concept auquel plusieurs ne sont pas habitués de réfléchir.

La plupart des médecins que nous avons interviewés ne se voient pas comme des guérisseurs, d'abord parce qu'ils rejettent la connotation « magique » qu'ils associent à ce terme. Pour la même raison, la plupart sont mal-à-l'aise avec la notion d'effet placebo, qui heurte leur conception positiviste de la médecine. Si certains informateurs sont convaincus que la relation entre le médecin et le patient est porteuse de guérison, indépendamment des techniques utilisées par le clinicien, la plupart se montrent très ambivalents sur cette question. C'est un intéressant paradoxe : plusieurs rejettent l'idée d'un effet placebo lié à la relation thérapeutique, mais, en même temps, tous insistent sur l'importance de cette relation. On utilise même une expression à forte teneur symbolique, l'« alliance thérapeutique », pour la désigner.

¹ Voir l'Annexe 1.

Est-ce que la même recherche, menée auprès de médecins spécialistes pratiquant dans un hôpital pour adultes ou de généralistes en cabinet aurait donné des résultats complètement différents ? Nos résultats ne permettent pas de répondre à cette question. Mais le portrait qui se dégage des propos que nous avons recueillis contraste avec l'image d'arrogance que l'on se fait du médecin de la biomédecine. Les pédiatres qui ont participé à cette recherche n'ont pas hésité à révéler la grande incertitude dans laquelle ils pratiquent leur métier et la relative impuissance qui est souvent la leur. C'est aussi par défaut, à cause d'une grande difficulté à guérir, que certains médecins refusent de se considérer comme des guérisseurs.

Qu'est-ce que guérir ? D'emblée, la plupart de nos informateurs définissent la guérison comme un retour à la santé. Mais cette première définition a tendance à se complexifier dès qu'on quitte la théorie pour aborder la pratique sur le terrain. Travaillant dans un hôpital de troisième ligne, plusieurs des médecins spécialistes que nous avons interviewés font face quotidiennement à des problèmes médicaux complexes pour lesquels il n'existe pas de solution miracle et qui comportent de multiples répercussions sur la vie de leurs patients. Dans de nombreux cas de maladies chroniques ou de lésions irréversibles, le pédiatre ne peut rien faire de plus que de tenter de contrôler les symptômes du patient et de mobiliser les ressources disponibles autour de lui pour l'aider à fonctionner et à se développer le mieux possible. On ne peut pas viser la guérison comme un « retour à la santé » quand on prend en charge un patient qu'on ne pourra jamais délivrer de son mal et qui possiblement n'a jamais connu la santé. Ainsi, certains des bébés traités à l'unité de néonatalogie deviennent des cas lourds qui nécessiteront un suivi à l'hôpital toute leur vie, sans espoir de guérison.

En dehors du système biomédical, la guérison est souvent perçue comme l'atteinte d'un équilibre, que cet équilibre soit conçu en termes physiologiques, psychologiques, sociaux ou même cosmiques (Desjarlais, 1992). Même si la plupart des médecins prennent soin d'exclure toute dimension cosmique ou spirituelle de leur

définition de la guérison, plusieurs la voient en termes d'équilibre. Ainsi, faisant référence à la définition de l'Organisation mondiale de la santé¹, la gastro-entérologue affirme que la santé est « un équilibre au niveau physique, psychique et social » et que la guérison est ce qui permet de retrouver cet équilibre.

Tous les informateurs n'utilisent pas le mot « équilibre ». Plusieurs préfèrent parler de la capacité de l'enfant à fonctionner dans ses divers milieux de vie. D'ailleurs, certains affirment que le but du traitement n'est pas la guérison – au sens d'un retour à la santé, impossible à obtenir, par exemple, dans les cas de maladies chroniques –, mais l'atteinte du meilleur état fonctionnel possible, à déterminer en fonction de chaque patient. Ce meilleur état fonctionnel inclut évidemment la dimension physiologique (qu'il s'agisse de réduire le nombre de crises d'épilepsie, d'améliorer la capacité de marcher, de digérer ou de respirer), mais aussi les dimensions psychologique et sociale (notamment le fonctionnement dans la famille et à l'école).

L'orthopédiste raconte qu'il croyait, au début de sa carrière, qu'il allait soigner des maladies. « Je me suis vite rendu compte que c'est la personne qu'il fallait traiter », dit-il aujourd'hui. Cette conception holistique de la guérison étonne un peu dans le contexte biomédical. En effet, la littérature anthropologique, inspirée notamment par Foucault, a montré à quel point la démarche biomédicale est fondée sur une réification du corps du malade et de la maladie (Hahn et Kleinman, 1983 ; Amarasingham Rhodes, 1996). Exclusivement axée sur le corps malade, la biomédecine serait incapable de prendre en compte les conditions sociales et culturelles de production de la souffrance et de la guérison.

¹ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition apparaît dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée en 1946 à New York. Source : www.who.int/about/fr/.

Les médecins que nous avons interviewés étaient loin de vouloir prendre leurs distances par rapport à l'approche biomédicale, qui, au contraire, leur paraît garante de l'excellence de la médecine qu'ils pratiquent. Mais pour nos informateurs, la revendication d'exercer une médecine « scientifique » n'exclut absolument pas la possibilité d'une pratique centrée sur le rapport humain. En fait, c'est sur ce point que la plupart ont établi une distinction entre les « bons » médecins et les « moins bons », ceux qui agissent en techniciens de la médecine. La médecine, plusieurs l'affirment clairement, n'est pas seulement une affaire de science ou de technique.

Évidemment, l'expérience de chaque praticien module sa perception de la guérison. Les médecins en sont conscients. À peu près tous ont mentionné que leur vision serait différente s'ils appartenaient à une autre spécialité. Ainsi, dans les domaines où les signes de la guérison sont plus marqués, les médecins ont une perception de celle-ci qui colle davantage à la définition théorique proposée, soit un retour à un état de santé initial. Le patient arrive avec un problème médical – une infection, une jambe cassée, un cancer – on le traite et il guérit. La guérison consiste à éradiquer le problème pour lequel un traitement est demandé.

Cette conception de la guérison, très centrée sur le bien-être physiologique, est particulièrement frappante chez la chirurgienne, ainsi que chez l'oncologue. « Les enfants sont guéris quand ils n'ont plus la maladie qu'ils avaient initialement », dit laconiquement ce dernier. Point à la ligne ? Pas vraiment. L'idée que la guérison est plus compliquée que cela, qu'elle comporte également des dimensions psychologiques et sociales n'est jamais loin. Ainsi, l'oncologue affirme que les médecins et le personnel soignant ont aussi un rôle à jouer pour aider l'enfant à sortir « grandi » de l'épreuve que constituent la maladie et son traitement. Selon lui, maintenant que les taux de succès des traitements anticancéreux se sont beaucoup améliorés chez les enfants, on commence à se préoccuper davantage de cet aspect de la prise en charge.

Le concept de transformation, suggéré par la littérature, s'avère particulièrement pertinent pour comprendre les deux pôles entre lesquels oscille l'idée que les médecins se font de la guérison. D'un côté, la guérison est perçue comme l'éradication de la maladie. Elle vise à ramener l'enfant à son état « normal » ou à sa trajectoire de développement « normal ». Le traitement a pour but de retransformer le corps transformé par la maladie. De l'autre côté, la guérison est plutôt perçue comme un passage qui transforme la personne qui s'y engage, soit parce que le retour à un état de santé initial est impossible, soit parce que la personne a été transformée par l'expérience de la maladie et du traitement. « Il reste une séquelle, une marque, un stigmate. Il y a eu un passage », dit un interniste.

Pour quelques informateurs, l'idée de transformation évoque le changement des habitudes de vie souvent réclamé des patients. Ainsi, un interniste rejette la notion de transformation au sens spirituel du terme (« transformation, pour moi, ça réfère un peu à " sortir le mal " [de la personne] ou le transposer ailleurs, c'est un peu spirituel comme approche et, en médecine, on n'est pas entraîné pour avoir cette approche-là »), mais il croit que le médecin peut inciter le patient à transformer ses habitudes de vie et que c'est une chose qu'il devrait faire davantage.

Quelques spécialistes (y compris la chirurgienne) soulignent le pouvoir particulier qu'a le chirurgien de transformer littéralement le corps de ses patients. Ce pouvoir de transformation est associé à un pouvoir de guérison important. Mais il n'est pas l'apanage du chirurgien. Dans la mesure où leurs interventions visent un changement dans l'état physique et/ou mental de la personne, tous les médecins peuvent susciter des transformations. Ainsi, mentionne le psychiatre, certains enfants sortent transformés de la thérapie, au point où certains sont physiquement transfigurés.

Si la cure psychiatrique a souvent été comparée à la guérison traditionnelle ou chamanique, cela est moins vrai de la consultation médicale. Pourtant, toute

consultation comporte des aspects symboliques et rituels (Moerman, 1979, 2000 ; Brody, 1992 ; Csordas et Kleinman, 1996), ce dont les médecins conviennent assez aisément. D'emblée, quand on leur soumet la question du rituel, plusieurs font allusion à des aspects de la pratique qui ont tendance à être ritualisés, que ce soit en rapport avec l'habit, le langage, le déroulement de l'entrevue ou les gestes qui sont posés. Selon certains, ces aspects sont importants dans la mesure où ils peuvent contribuer à former l'« alliance thérapeutique » avec le patient. Mais la plupart de nos informateurs tiennent à marquer leur distance par rapport au sens chamanique, ésotérique ou religieux que peut revêtir la notion de rituel. Le chirurgien ne peut opérer sans son chapeau de chirurgien, mentionne l'orthopédiste, mais cette obligation ritualisée est liée à un protocole scientifique régissant le déroulement de l'opération chirurgicale, non à un protocole magique.

L'ambivalence des informateurs, qui affirment tout à la fois que les rituels sont indissociables de la pratique et qu'ils ne guérissent pas, est illustrée par le cas de l'oncologue. Ce dernier affirme qu'il ne croit pas au pouvoir du rituel de guérir, mais qu'il a son propre « rituel de guérison » visant à souligner le fait que l'enfant est « guéri » : il prononce des mots, toujours les mêmes, une sorte de formule ou de phrase rituelle qui, dans son esprit, marque très clairement la réintégration de l'enfant dans le monde des bien portants. Il est le seul médecin à avoir mentionné ce type de rituel, mais cela ne signifie pas que les autres n'ont pas leurs propres formules toutes faites, leurs propres incantations pour consacrer la guérison ou enclencher son processus.

Plusieurs cliniciens soulignent l'aspect protocolaire de la consultation médicale, le fait que certaines paroles soient échangées, certains gestes posés (quelques informateurs ont mentionné l'importance de toucher le patient dans certains cas) et que les choses se déroulent selon un ordre convenu. Si la plupart des informateurs semblent d'accord avec l'idée que ce « séquençage attendu » de la consultation puisse avoir un effet rassurant sur les patients et ainsi, selon certains,

faire partie du processus thérapeutique, la notion de rituel évoque par ailleurs une rigidité dont les médecins pensent qu'il faut se méfier. Au lieu d'un rapport froid et protocolaire, nos informateurs préconisent une approche ouverte, adaptée à chaque patient et à chaque famille, et explicitement axée sur la communication.

« Annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un en le tutoyant, ce n'est pas la même chose qu'en le vouvoyant..., dit un interniste. (...) Et ça, ce sont des choses qui ne s'apprennent pas. Il faut que tu les vives pour comprendre que tu as un certain pouvoir en modulant ton approche. »

Comme on l'a déjà souligné, les médecins sont très soucieux de la relation interpersonnelle qu'ils établissent avec leurs patients. Comme le montre Finkler (1994) dans sa comparaison entre les médecins du système biomédical et les guérisseurs spiritualistes, on considère à tort que les médecins occidentaux sont ceux qui écoutent le moins leurs patients et qui accordent le moins d'importance à la relation thérapeutique. En réalité, contrairement au guérisseur spiritualiste, le médecin du système biomédical, qui ne peut se fier à un esprit ou à une divinité pour le guider dans son travail de guérison, est très dépendant de la relation qu'il réussit à former avec son patient. En effet, la collaboration du patient et de ses proches est souvent essentielle pour établir le diagnostic, ainsi que pour l'administration des traitements.

Nos informateurs ont tous insisté sur l'importance qu'ils accordent à bâtir ce que certains d'entre eux appellent l'« alliance thérapeutique », par laquelle le médecin s'engage devant le patient à prendre en charge « une partie de la responsabilité » de sa maladie. De cette alliance dépendent en partie la collaboration du patient (et de sa famille), la fidélité au traitement, le bon déroulement du processus thérapeutique et, jusqu'à un certain point, son issue, du moins pour certains médecins. Les observations de certains informateurs portent à croire que les aspects ritualisés de la consultation contribuent à la formation de cette alliance, mais pour la majorité d'entre

eux, celle-ci est surtout le résultat de la bonne communication entre le médecin et son patient.

En accord avec la théorie des modèles explicatifs (Good, Eisenberg, Kleinman, 1978), la plupart des médecins que nous avons interviewés croient que la construction du sens à donner aux symptômes fait partie intégrante du processus thérapeutique. Selon eux, c'est une explication crédible et raisonnable de ses symptômes qui rassure le patient et qui assure son adhésion au traitement. Quand les chances de rétablissement sont élevées, la plupart des médecins sont d'avis que le diagnostic fait partie intégrante du processus de guérison et même quand les nouvelles sont mauvaises, les parents préfèrent souvent avoir un nom à mettre sur les symptômes de leur enfant.

Dans certains cas, toutefois, il peut être dangereux pour le médecin de nommer le mal. Nommer entraîne le danger de figer, dans l'esprit des parents ou du malade, une condition qui pourrait évoluer favorablement. C'est le cas avec le diagnostic d'autisme, par exemple. À cause des représentations associées à certaines maladies, particulièrement les maladies mentales, nommer peut être source de traumatisme pour les parents ou pour l'enfant. Quand les difficultés sont multiples, cela peut être un geste réducteur ayant pour résultat de masquer la complexité d'une situation. Comme dans ce cas où le psychiatre refuse de se prononcer sur un diagnostic de schizophrénie : il s'agit d'éviter que toute l'attention se concentre sur le diagnostic de maladie mentale, alors que les problèmes de l'adolescent se situent à plusieurs niveaux.

Étape cruciale de la rencontre thérapeutique, nommer le mal peut aider à guérir ou être potentiellement dangereux. Mais il n'est pas toujours facile ni même possible d'identifier la source d'un problème de santé. Confirmant les données de Fox (1988, 2000) sur l'incertitude médicale, presque tous les médecins interrogés ont insisté sur l'important degré d'incertitude qui caractérise leur pratique et, plus

particulièrement, la technique du diagnostic différentiel. Devant un ensemble de symptômes non spécifiques comme le mal de tête, le mal de ventre ou les douleurs aux membres, « 50 diagnostics sont possibles », note un interniste. Chaque fois que le médecin se prononce pour l'une ou l'autre de ces possibilités, il risque l'erreur. Comme le souligne Finkler (1994), les guérisseurs qui reçoivent l'aide d'une entité spirituelle pour émettre leurs diagnostics vivent, en comparaison, beaucoup moins d'incertitude.

Dans certains domaines, les tests diagnostiques permettent de travailler avec un plus grand degré de certitude. Mais le choix de la meilleure stratégie thérapeutique à adopter pour chaque patient reste une source d'incertitude. Même quand le médecin est relativement certain du traitement indiqué, l'incertitude demeure. Ainsi, mentionne l'oncologue, savoir qu'un patient a 50 % des chances de s'en sortir ne dit pas si ce patient-là, que l'on a devant soi, fera partie de ceux qui s'en sortiront ou qui mourront...

Selon plusieurs auteurs (Parsons, 1951 ; Moerman, 1979 ; Fox, 1988 ; 2000), l'incertitude qui caractérise la pratique médicale a pour effet d'entraîner une forme de comportement magique, l'« optimisme ritualisé » du médecin. Contrairement à la prescription d'Hippocrate (« surtout, ne pas nuire »), le médecin subit une forte pression pour intervenir. Bien sûr, tous nos informateurs s'opposent aux traitements prescrits par complaisance : nombreux sont ceux qui dénoncent la prescription abusive d'antibiotiques, notamment dans les cas de rhumes ou d'otites. Mais tous se sentent fréquemment tenus de « faire quelque chose », d'adopter une stratégie thérapeutique malgré une grande incertitude qui persiste au niveau du diagnostic. À cause de la nature probabiliste du diagnostic différentiel, il est évident, disent-ils, qu'il leur arrive relativement souvent de prescrire un traitement sans être certains de viser la bonne cible.

Plusieurs informateurs insistent sur l'importance d'être honnête avec les patients et la famille à propos de l'incertitude de la démarche thérapeutique adoptée, mais, en même temps, certains affirment avec force que l'incertitude est un fardeau qui doit être porté par le médecin seul. L'honnêteté exigée aujourd'hui dans la relation entre le médecin et le patient est source de contradictions (Brody, 1992). En effet, l'injonction à la transparence de la nouvelle éthique médicale doit s'accommoder d'une autre exigence liée à l'« alliance thérapeutique », plus ancienne et plus profonde, celle qui consiste à inspirer confiance, à susciter l'espoir et à reconforter.

Ce défi d'ouverture et de transparence imposé aux médecins est peu commun dans le répertoire de l'anthropologie médicale. En effet, le pouvoir du guérisseur étant toujours fondé, en bonne partie, sur le caractère ésotérique de son savoir (Fassin, 1996), on ne lui demande pas d'exposer au malade les limites de ses techniques. La plupart des cliniciens que nous avons interviewés croient pourtant, à l'instar du médecin et philosophe Brody (1992), qu'il est possible pour le médecin d'inspirer confiance tout en révélant au patient ses limites personnelles, ainsi que les limites de la médecine. Tout dépend, selon nos informateurs, de la force de l'« alliance thérapeutique », de la façon dont les choses sont dites et expliquées. Même dans l'incertitude, même en l'absence d'un diagnostic précis, la pédiatre pense qu'elle peut, en expliquant sa démarche, réussir à reconforter le patient et sa famille.

Selon nos informateurs, ce ne sont pas tous les médecins qui prennent cette peine ou qui ont ce talent. D'ailleurs, comme on l'a déjà indiqué, plusieurs d'entre eux ont tenu à préciser qu'ils se considéraient comme de bons médecins à cause de cette capacité à établir une relation de confiance avec leurs patients.

D'où vient cette capacité particulière ? S'agit-il d'un don ? Dans la littérature anthropologique, le thème du don revient fréquemment, à la fois dans le sens d'un talent particulier, d'origine céleste ou non, et dans le sens de quelque chose qui est donné. Dans l'esprit des médecins que nous avons rencontrés, l'idée de « donner la

guérison » évoque tout de suite le « charlatanisme » des ramancheurs, *faith healers* et autres guérisseurs chamaniques, dont la plupart tiennent à se distinguer. Plusieurs insistent sur le fait que la guérison n'est pas un don que fait le médecin, puisque ce n'est pas le médecin qui fait le travail de guérison, mais la nature ou le patient lui-même. Dans bien des cas, soutiennent-ils, le médecin se contente d'indiquer une voie à suivre : dire quoi manger ou ne pas manger, quel remède prendre et à quelle fréquence, ordonner de bouger ou au contraire de prendre le lit.

Si la guérison n'est pas vue comme un don que le médecin fait au patient, la majorité des informateurs croient que certains praticiens sont plus doués que d'autres pour la médecine, même si ce « don » n'est pas vu comme un « don pour guérir ». Ce n'est pas « un don magique qu'on a reçu du ciel » ou qu'on peut exercer en « imposant les mains » qui fait que l'on guérit davantage. Mais certains médecins semblent posséder un talent particulier pour les tâches centrales de la pratique médicale – poser le diagnostic et établir la relation de confiance qui garantit l'« alliance thérapeutique » – qui n'est pas sans lien avec ce que Brody (1992) appelle le « pouvoir charismatique » du médecin.

La notion de pouvoir évoque clairement quelque chose pour la plupart des informateurs, mais comme les autres notions que nous avons abordées dans les entrevues, son interprétation varie. Pour certains, la notion de pouvoir évoque l'idée d'un « pouvoir de guérir ». Chez d'autres, elle est plutôt associée à la question de l'autorité du médecin sur le patient – et plus particulièrement à la notion de paternalisme. Même si l'attitude paternaliste du médecin est implicitement présentée comme « mauvaise » et contraire à l'approche ouverte et honnête préconisée aujourd'hui, certains informateurs font écho à la thèse de Brody (1992), selon laquelle le médecin peut utiliser sa position de pouvoir à des fins thérapeutiques. Avec une certaine catégorie de patients, qui s'attendent à cela, un certain paternalisme aide à bâtir l'« alliance thérapeutique », affirme l'un des internistes.

Si plusieurs médecins cherchent à se dissocier d'un quelconque pouvoir thérapeutique « surnaturel », certains évoquent d'emblée le caractère mystérieux de la guérison. Ainsi, selon l'autre interniste, le statut social du médecin serait fondé, non seulement sur l'importance accordée à la santé par la société ainsi que sur l'importance, pour chaque malade, de guérir, mais également sur un troisième élément : « le mystère qui entoure la guérison ».

Ces observations rappellent une autre thèse de Brody (1992), selon laquelle le mystère est essentiel au pouvoir de guérison. « Mais le problème, dit l'interniste, c'est que ce mystère diminue. » En fait, la diminution du mystère entourant la guérison est, d'un côté, présentée comme une chose positive puisqu'elle favorise l'autonomisation du patient, qui serait ainsi plus enclin à questionner le médecin, mais aussi à prendre sa santé en charge et à modifier ses mauvaises habitudes de vie, ce qui est un souhait exprimé par de nombreux informateurs. Mais d'un autre côté, cette diminution s'accompagne d'une augmentation de l'attraction exercée par « toutes les pratiques alternatives complètement farfelues », qui seraient attirantes parce qu'elles offrent la dose de mystère que les patients recherchent dans l'acte médical. Or, selon l'interniste, cette quête de magie s'oppose à l'autonomisation du patient.

Cette opposition, que Brody (1992) déconstruit en montrant que le médecin peut à la fois favoriser l'autonomisation du patient et assumer son « pouvoir magique de guérison », est implicitement présente chez de nombreux cliniciens. Ainsi, plusieurs sont très sceptiques vis-à-vis de l'effet placebo – le résultat de la « magie » du médecin, selon Brody (1992) et Moerman (1979) –, qu'ils associent automatiquement à une supercherie (dans le cas du médicament inerte) et à une médecine de la facilité (dans le cas des médicaments prescrits sans motif médical valable).

Quand le médecin donne du sens aux symptômes de son patient, quand il le rassure et lui inspire confiance face à l'issue de sa maladie, il transforme la perception

qu'a le patient de sa souffrance. Dans la mesure où l'esprit est porté par le corps, dans la mesure où il n'y a pas de séparation entre le corps qui perçoit et le corps malade ou souffrant, on peut croire – selon la théorie de l'effet placebo – que le médecin qui transforme la perception de son patient transforme aussi son corps (Moerman, 1979, 2000 ; Hahn et Kleinman, 1983b ; Rossi, 1997). Mais comme le soulignent Budd et Sharma (1994), les médecins résistent à cette idée que la relation médicale puisse avoir un effet thérapeutique justement parce que cela contredit leur conception positiviste de la médecine, qui sépare le corps de l'esprit.

Plusieurs informateurs croient que la « magie du médecin » n'a pas d'effet physiologique comme tel, que l'effet placebo ne fait que moduler la perception de symptômes non spécifiques comme la douleur, les étourdissements ou la constipation. Selon l'oncologue, l'effet placebo n'existe pas dans le traitement du cancer. On le retrouve seulement dans la dimension du « soin » (tout ce qui vise à améliorer le bien-être du patient pendant le traitement ou en période de soins palliatifs), « dans laquelle il y a un peu de magie au sens de la capacité de rapport avec les êtres humains, de la capacité de s'ouvrir au bon moment. »

Certains médecins se montrent plus sensibles que d'autres aux aspects symboliques de la guérison, probablement pour des raisons liées à leur parcours personnel ou à leur pratique. Ainsi, l'effet placebo est une évidence pour la gastro-entérologue. Quant au psychiatre, il établit un lien direct entre le pouvoir du médecin, la relation thérapeutique, l'effet placebo et la guérison. D'autres affirment qu'il y a de la « magie » et du « sacré » dans la guérison.

Loin de s'opposer, magie et techniques scientifiques vont souvent de pair, observe Malinowski (1948), la première servant à ritualiser l'optimisme humain, à conforter sa foi en la victoire de l'espoir sur la peur quand l'efficacité des secondes est aléatoire ou limitée. Ainsi, c'est dans les cas où ses techniques sont impuissantes à

soulager ses patients que l'orthopédiste observe l'effet le plus fort lié à la relation thérapeutique :

« Je fais une investigation standard, et je suis sûr que le fait que j'y mette le temps, que je leur parle, que je les revoie, que j'aie fait le tour, que j'explique ce que j'ai fait... Je pense que ça aide. Puis, je dis au patient : *Là, moi, je ne trouve pas de raison particulière pourquoi tu as mal dans le dos. Tu as mal dans le dos. J'en vois souvent des jeunes comme toi qui ont mal dans le dos.* Puis, là, j'en remets pour leur dire qu'ils ne sont pas tout seuls... »

Le médecin a aussi pour rôle de reconnaître la souffrance de ses patients : ici, c'est l'« investigation standard » menée avec soin qui a un effet thérapeutique, même si l'orthopédiste ne trouve pas la cause des symptômes de son patient. Tous les informateurs confirment l'importance de cette attention accordée au malade. D'ailleurs, même si plusieurs se montrent sceptiques à l'endroit de l'effet placebo, la plupart se disent d'accord avec la définition de Moerman (1979), selon laquelle cet effet résulte de l'interaction entre l'interventionnisme enthousiaste du médecin et la confiance du patient en ce dernier.

Il se passe donc quelque chose dans l'« alliance », dans l'interaction entre le médecin et le patient, qui favorise la guérison. Mais, contrairement à Moerman, la plupart des médecins refusent de croire que ce quelque chose puisse être un effet placebo qui guérit vraiment.

Plusieurs informateurs insistent sur le lien entre savoir (guérir) et pouvoir (guérir). Mais le pouvoir du médecin n'est pas seulement médical (lié à ses connaissances), souligne Brody (1992). Il est aussi charismatique (lié à son charisme personnel) et social (lié à son statut). Comme le chaman de Lévi-Strauss (1958 et 1974), le médecin tire une partie de son pouvoir de guérison du fait que les autres sont convaincus de son pouvoir de guérir. C'est à cela que l'interniste fait allusion quand il établit un lien entre le statut social du médecin et le mystère qui entoure la guérison. C'est aussi cela qu'illustre la gastro-entérologue quand elle dit que le

patient qui entre à l'hôpital, cette grande institution aux allures de temple ou de cathédrale, se sent déjà pris en charge et que sa confiance dans le pouvoir de guérison du médecin ne peut que l'aider à guérir.

Fortement médiatisées, les prouesses de la médecine moderne renforcent l'impression que le tout-puissant médecin peut vaincre tous les maux. Mais le pouvoir du médecin a ses limites. Plusieurs des spécialistes que nous avons interviewés soignent régulièrement des enfants ayant subi de lourds traumatismes ou souffrant de maladies qui ne guériront jamais. Pour le neurologue, cela signifie passer une bonne partie de son temps à donner des explications sur les limites de la médecine, et donc à décevoir cruellement les attentes des patients et de leurs familles.

Si les écoles de médecine excellent à convaincre les aspirants médecins de leur pouvoir de guérir, comme l'affirme Moerman (1979), l'expérience de la médecine dans un hôpital comme Sainte-Justine, où l'on est appelé à traiter les cas les plus lourds de la province, a tendance à inculquer aux médecins, du moins à plusieurs de ceux que nous avons rencontrés, une grande modestie par rapport à leur pouvoir de guérison. À l'exception de la chirurgienne et de l'oncologue, qui, malgré des taux de succès imparfaits, font régulièrement l'expérience d'une guérison aux signes clairs et marqués, nos informateurs en sont souvent réduits à gérer la souffrance associée à des handicaps que la médecine ne sait pas vaincre. « Je pense qu'il faut être humble en rapport avec nos objectifs et notre pouvoir thérapeutique, dit le psychiatre. On a certains outils, on a certaines compétences, mais on n'a pas de baguette magique. »

Cette expérience de l'échec ou des demi-succès n'est pas le propre de certains spécialistes aux prises avec des cas lourds et complexes. Meme, le guérisseur népalais décrit par Desjarlais (1992), a lui aussi des patients qui résistent aux soins, qui ne guérissent pas ou qui s'améliorent un peu pour rechuter ensuite. On peut d'ailleurs penser qu'il en va de même pour les guérisseurs de toutes les traditions. Mais peut-être, comme le suggère Brody (1992), suffit-il de quelques miracles occasionnels, de

quelques guérisons spectaculaires, pour alimenter la confiance du patient – et du guérisseur, dans le pouvoir de guérison de ce dernier.

Le médecin est-il un guérisseur ? La majorité de nos informateurs ne se perçoivent pas comme des guérisseurs, d'abord, comme on l'a déjà souligné, parce que le mot « guérisseur » évoque des pratiques magiques qu'ils opposent à leur approche scientifique. Cette volonté de la plupart des médecins de se distancier de toute pratique magique est conséquente avec le paradigme biomédical, mais également avec leur conception de l'autonomie du patient, qui oppose responsabilité individuelle et pensée magique.

Ironiquement, on retrouve le même accent sur la responsabilité personnelle à l'égard de la santé dans plusieurs des thérapies « nouvel âge » décriées par les médecins (McGuire, 1988). Comment interpréter ce discours ? Certains l'associent à la promotion d'un nouveau puritanisme et d'une autodiscipline des corps répondant parfaitement à des objectifs politiques et économiques de contrôle des coûts de santé (McGuire, 1988 : 257). Le pouvoir médical, rappellent Scheper-Hughes et Lock (1987), sert aussi à renforcer la norme d'un corps sain, bien alimenté et régulièrement soumis à l'exercice physique. Mais comme dans les groupes de thérapie « nouvel âge » étudiés par McGuire (1988), l'emphase sur la responsabilité individuelle peut aussi être perçue comme une volonté de renforcer l'autonomisation des patients. C'est certainement ainsi que les médecins la voient.

Le médecin, comme n'importe quel guérisseur, ne travaille pas seulement à transformer le corps. C'est aussi la perception qu'a le patient de son corps, de ses faiblesses et de ses souffrances qui se transforme dans le processus de guérison. Selon Csordas et Kleinman (1996), il faut toujours analyser la guérison comme processus de transformation des perceptions en tenant compte du lien qui existe entre pouvoir de guérison et pouvoir politique, de façon à pouvoir distinguer la guérison comme forme de renforcement de l'oppression, la guérison comme tentative de colmater la

misère et la pauvreté et la guérison comme véritable forme d'autonomisation des patients. Les médecins que nous avons rencontrés ne se perçoivent évidemment pas comme des agents de renforcement de l'oppression. Mais il est clair que leur action ne parvient pas toujours à renforcer l'autonomisation des patients et que leur rôle consiste souvent à colmater la misère et la souffrance. Comme dit l'oncologue, le médecin a aussi pour but de « lutter contre l'injustice qu'il y a d'avoir un cancer quand on est un enfant ».

Le discours sur l'autonomisation du patient et la façon dont certains informateurs tendent à diminuer l'importance de leur rôle et à se décrire comme des accompagnateurs ou de simples techniciens ne les empêchent pas d'exprimer l'angoisse liée à leur fonction, et, en particulier, à l'obligation de se prononcer, dans un contexte souvent incertain, sur des questions qui ne sont jamais triviales et qui peuvent avoir une incidence sur la vie ou la mort d'une autre personne. C'est aussi par défaut, à cause d'une impuissance à guérir, que certains informateurs refusent l'étiquette de guérisseur. Contrairement au guérisseur spiritualiste décrit par Finkler (1994), le médecin de Sainte-Justine n'est pas toujours convaincu de la puissance de ses techniques.

On a beaucoup reproché à la biomédecine de s'intéresser seulement à la maladie, en ignorant la personne et sa souffrance (Hahn et Kleinman, 1983). Les médecins de tous les âges que nous avons rencontrés dans le cadre de cette recherche offrent une autre image de leur profession. Il est probable que ces médecins, qui nous ont été référés et qui ont accepté de nous rencontrer, comptent parmi les praticiens les plus intéressés par la dimension humaine – et, pour certains d'entre eux, par la dimension symbolique – de leur pratique. Le fait d'exercer la médecine dans un contexte pédiatrique n'est probablement pas étranger non plus au niveau de compassion qu'ils semblent démontrer dans leurs relations avec leurs patients. Il n'en demeure pas moins que l'idéal d'un médecin respectueux de l'autonomie du patient,

usant avec modestie de son pouvoir et s'adressant à la personne dans toutes ses dimensions ressort clairement des entrevues que nous avons menées avec eux.

À partir de ces résultats, on peut faire l'hypothèse que la critique adressée à la biomédecine par les sciences sociales au cours des 40 dernières années a eu un certain écho. En tout cas, elle était partiellement réfléchi dans le discours de nos informateurs, d'ailleurs très critiques envers ce qu'ils présentaient comme une tendance répandue au sein de la profession à une médecine expéditive, dominée par la technique et déshumanisée.

Les études sur l'univers de travail des médecins et leurs conceptions de la pratique médicale, comme celles proposées par Renée Fox (1988, 2000) et Robert Hahn (1995), restent peu nombreuses en anthropologie médicale. Elles fournissent pourtant un contrepoint intéressant à la connaissance étendue que nous avons du point de vue des patients. Par ailleurs, elles révèlent que la pratique de la biomédecine diffère passablement des descriptions de la biomédecine comme système et, dans une perspective critique, elles sont à même de découvrir les germes d'une remise en question du système biomédical émanant de la base, c'est-à-dire des praticiens eux-mêmes (Amarasingham Rhodes, 1996 : 178).

Ce mémoire avait pour but d'explorer le point de vue des médecins et leurs perceptions du rôle qu'ils jouent dans la guérison. Ce faisant, il avait également pour objectif de contribuer à une connaissance plus approfondie de la notion de guérison dans une perspective comparative. Encore une fois, il s'agit d'un vaste champ de recherche, encore peu prospecté. Selon Csordas et Kleinman (1996 : 18), peu de progrès ont été accomplis dans l'élaboration d'une théorie du processus thérapeutique qui permettrait d'inclure tout le répertoire des pratiques de guérison, du chamanisme sud-américain à la chirurgie biomédicale. Pour combler cette lacune de l'anthropologie médicale, il faut selon eux entreprendre davantage d'études empiriques de différents types de guérison, comme celles menées par Finkler (1994)

et Csordas (2002). La présente étude sur les médecins de Sainte-Justine et la guérison a cherché à apporter une modeste contribution à ce programme de recherche.

Certains aspects du sujet mériteraient d'être mieux fouillés. Ainsi, la question de la formation et de l'initiation n'a pas été directement abordée dans les entrevues. Selon le psychiatre, certains médecins auraient vécu des expériences de souffrance qui les destineraient plus particulièrement à la médecine. Cela serait encore plus vrai en psychiatrie. Les médecins ont-ils tous un désir de réparation ? Dans les entrevues, ce désir apparaît en négatif. En effet, quelques informateurs ont fortement insisté sur la déception qui attend les étudiants qui commencent leurs études avec la certitude que la médecine consiste à « sauver » des gens, alors que la réalité de leur pratique se révèle souvent tout autre.

Les médecins, à l'instar des guérisseurs d'autres traditions, sont des initiés qui ont subi un long entraînement pour être admis dans la confrérie médicale. Comme le souligne Hahn (1995), la formation médicale est certainement l'une des plus terribles épreuves inventées par les sociétés humaines. Le savoir que les médecins acquièrent leur confère un statut important qui s'accompagne d'un pouvoir certain. Mais comment cet entraînement prépare-t-il les médecins à jouer leur rôle de guérisseur ?

Selon le Dr Patrick Vinay, ancien doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, on ne peut pas enseigner la médecine sans parler de guérison et l'on ne peut pas parler de guérison sans se tourner vers une approche beaucoup plus englobante que celle qui a cours en ce moment dans les facultés de médecine. Pour développer cette approche, il faut, selon lui, parler aux étudiants de l'importance de la compassion. « Si l'on ne développe pas une compassion basée sur sa propre vulnérabilité, on n'occupe que la moitié du champ de la médecine », affirme le Dr Vinay (Bourdon, 2004).

Évidemment, la qualité intuitive qui fait le bon médecin, la capacité à communiquer et à « s'ouvrir au bon moment », à rassurer et à convaincre sont des choses difficiles à enseigner. Les médecins que nous avons rencontrés semblaient chercher à transmettre ces qualités à leurs étudiants par l'exemple, lors des tournées. Selon certains informateurs, les aspirants médecins auraient aussi intérêt à s'interroger sur la nature et le sens de la guérison pendant leur formation académique. Il serait pertinent, dans une recherche future, de consulter les manuels médicaux sur le thème de la guérison et aussi de questionner les médecins sur leur formation à cet égard.

Malgré l'emphase mise sur l'« alliance thérapeutique », considérée comme fondamentale par la plupart des médecins, l'approche réductionniste de l'enseignement médical semble engendrer un refus de considérer que la relation thérapeutique puisse avoir, en tant que relation portée par des corps, des effets physiologiques, placebos ou nocebos. On peut se demander si le programme de formation en médecine prévient suffisamment les futurs médecins du pouvoir qui, selon les anthropologues à tout le moins, accompagne la fonction à laquelle ils se préparent. Nos informateurs auraient peut-être moins de raison de déplorer le manque d'humanisme d'une grande partie de leurs collègues si on insistait davantage, à la faculté de médecine, sur les études qui montrent à quel point l'attitude du médecin peut avoir une influence sur les symptômes du patient (Thomas, 1987 ; Hahn, 1995 ; Moerman, 2000).

Les résultats de la recherche indiquent que le phénomène de la guérison n'est pas perçu de la même façon selon que l'on exerce la médecine en tant que chirurgien, oncologue, psychiatre ou interniste. Plus les traitements dont le médecin dispose transforment effectivement le corps de ses patients, plus l'idée de la guérison se rapproche d'un idéal de retour à la santé. Plus le médecin s'occupe de maladies chroniques, de maladies complexes ou irréversibles, plus la guérison est vue comme un équilibre à atteindre, impliquant les différentes dimensions de la vie du malade. Une étude portant sur un plus grand nombre de spécialistes de différentes sous-

disciplines permettrait de mieux décrire ces différences de perception et d'approfondir les comparaisons qui ont été esquissées entre les différents types de pratique. Elle pourrait aussi permettre de comparer les perceptions des pédiatres à celles des médecins pour adultes, celles des hommes et des femmes (on pourrait entre autres s'interroger sur les effets de la féminisation de la profession médicale), celles des praticiens plus jeunes et plus âgés.

La taille restreinte de l'échantillon sur lequel a porté cette recherche et la méthode utilisée – celle des entretiens semi-dirigés – comportent des limites évidentes. D'une part, une recherche de plus grande envergure permettrait de raffiner l'analyse des perceptions des médecins. D'autre part, de nombreuses pistes de réflexion sur les liens entre guérison et « alliance thérapeutique » gagneraient à être explorées dans le cadre d'une étude comportant un volet axé sur l'observation de consultations médicales. Ainsi, certains médecins ont évoqué l'importance du toucher : « Toucher un patient, c'est déjà un pas vers la guérison » ; « Parfois, le médecin sent qu'il doit toucher le patient. » Observer sur le terrain les interactions, les gestes posés ainsi que tout le « cérémonial » de la consultation permettrait de mieux documenter certains aspects de la rencontre, et plus particulièrement la dimension rituelle de l'« alliance thérapeutique ».

Dans un discours à la Société Royale du Canada, Gilles Bibeau (1992) a dit que « l'anthropologue aime se présenter comme un expert en différence et [que] la tentation la plus grave pour lui est de ramener le différent au même, d'absorber le monde des autres dans le sien propre. » Ce mémoire, qui compare le médecin au guérisseur, pourrait être accusé de « ramener le différent au même ». Par contre, on conviendra qu'il ne cherche pas à absorber le monde des autres dans le nôtre. Au contraire, son but était de voir à quel point la réalité des autres, celle des guérisseurs, traditionnels ou religieux, peut avoir une résonance dans notre monde biomédical, technologique, technocratique et légaliste.

Le médecin est-il aussi un guérisseur ? Sans doute, au sens où la question n'en est pas une, au sens où celui qui fait acte de guérir est, par définition, un guérisseur. La plupart du temps, à cause de la connotation magique du mot et parce qu'il estime que sa fonction ne se résume pas à « guérir » (dans le sens d'« éradiquer la maladie »), le médecin ne se voit pas comme un guérisseur. Mais il fait beaucoup de choses que font les guérisseurs. Selon nos informateurs, il a pour tâches principales d'identifier la source du mal, de suggérer un traitement (parfois de l'appliquer) et d'accompagner le patient dans le parcours destiné à le ramener au meilleur état de santé possible selon sa condition, en assumant une partie de son angoisse. Malgré ce qu'en pensent plusieurs d'entre eux, cela se rapproche beaucoup du rôle du guérisseur.

BIBLIOGRAPHIE

Amarasingham Rhodes, L., 1996, « Studying Biomedicine as a Cultural System », dans Sargent, C.F. et T.M. Johnson (dir.), *Medical Anthropology : Contemporary Theory and Method, Revised Edition*, p.165-180. Westport, Praeger.

Aubrée, M., 2003, « Un néo-pentecôtisme brésilien parmi les populations immigrées en Europe de l'Ouest », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, no 1, 65-84.

Bibeau, G., 1992, *Entre sens et sens commun*, exposé de présentation à l'Académie des Lettres et des Sciences humaines de la Société Royale du Canada.

Bibeau, G. et E. Corin (dir.), 1995, *Beyond Textuality : Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*, introduction: « From submission to the text to interpretive violence », p. 3-54. Berlin, Mouton de Gruyter.

Boas, F., 1966, *Kwakiutl Ethnography*. Chicago, University of Chicago Press.

Bonte, P. et M. Izard, 2004, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, Presses Universitaires de France.

Bourdon, M.C., 2004, « Hippocrate, Esculape et le patient qui souffre », *Forum*, vol. 39, no 7, 18 octobre.

Brody, H., 1980, *Placebos and the Philosophy of Medicine*. Chicago, University of Chicago Press.

Brody, H., 1992, *The Healer's Power*. Londres, Yale University Press.

Budd, S. et U. Sharma, 1994, *The Healing Bond*. New York, Routledge.

Bush Lemelson, R., 2004, « Traditional Healing and Its Discontents : Efficacy and Traditional Therapies of Neuropsychiatric Disorders in Bali », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 18, no 1 : 48-76.

Corin, E. et G. Bibeau, 1975, « De la forme culturelle au vécu des troubles psychiques en Afrique. Propositions méthodologiques pour une étude interculturelle du champ des maladies mentales », *Africa: Journal of the International African Institute*, vol. 45, no 3 : 280-315.

Corin, E. et G. Bibeau, 1985, « Le burn out : une perspective anthropologique », *Annales médico-psychologiques*, vol. 143, no 7: 621-627.

Corin, E., G. Bibeau et E. Uchôa, 1993, « Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali », *Anthropologie et sociétés*, vol. 17, nos 1-2 : 125-156.

Corten, A., 1995, *Le pentecôtisme au Brésil: Émotion du pauvre et romantisme théologique*. Paris, Karthala.

Crépeau, R., 1997, « Le chamane croit-il vraiment à ses manipulations et à leurs fondements intellectuels ? », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. 27, nos 3-4: 7-17.

Crombez, J.C., 2003, *La guérison en écho. Un appel de l'indéfini*. Québec, MNH.

Csordas, T.J., 1993, « Somatic Modes of Attention », *Cultural Anthropology*, vol. 8, no 2 : 135-156.

Csordas, T.J. et A. Kleinman, 1996, « The Therapeutic Process », dans Sargent, C.F. and T.M. Johnson (dir.), *Medical Anthropology : Contemporary Theory and Method, Revised Edition*, p. 3-20. Westport, Praeger.

Csordas, T.J., 2002, *Body/Meaning/Healing*. New York, Palgrave Macmillan.

Desjarlais, R., 1992, *Body and Emotion : The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas*. Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

Fassin, D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Presses universitaires de France.

Favret-Saada, J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts*. Paris, Gallimard, coll. « Folio essais ».

Finkler, K., 1994, « Sacred Healing and Biomedicine Compared », *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol. 8, no 2: 178-197.

Fonseca, C., 1991, « La religion dans la vie quotidienne d'un groupe populaire brésilien », *Archives de sciences sociales des religions*, 73, janvier-mars: 125-139.

Fox, R., 1988, *L'incertitude médicale*. Paris, L'Harmattan, coll. Catalyses.

Fox, R., 2000, « Medical Uncertainty Revisited », dans Albrecht, G.L, R. Fitzpatrick et S.C. Scrimshaw (dir.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, p. 409-25. London, Sage Publications.

Good, B.J.; Delvecchio Good, M.J., 1981, « The Meaning of Symptoms : A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice », dans Eisenberg, L et A. Kleinman (dir.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, p. 165-196. Dordrecht, Pays-Bas, Reidel.

Good, B., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.

Hahn, R.A. et A. Kleinman, 1983, « Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions », *Annual Review of Anthropology*, 12 : 305-333.

Hahn, R.A. et A. Kleinmann, 1983b, « Belief as Pathogen, Belief as Medicine: " Voodoo Death " and the Placebo Phenomenon in Anthropological Perspective », *Medical Anthropology Quarterly*, 14 : 3, 16-19.

Hahn, R.A., 1995, *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. Londres, Yale University Press.

Humphrey, C., 1999, « Shamans in the City », *Anthropology Today*, vol. 15, no 3 : 3-10.

Hervieu-Léger, D., 1993, *La religion pour mémoire*. Paris, Cerf.

Hervieu-Léger, D., 2001, *La religion en miettes ou la question des sectes*. Paris, Calmann-Lévy, coll. Essai / Société.

Kleinman, A.M., L. Eisenberg et B. Good, 1978, « Culture, Illness, and Care », *Annals of Internal Medicine*, 88 : 251-258.

Kleinman, A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.

Kleinman, A., 1997, *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York, Free Press.

Horwitz, R.I., C.M. Viscoli, L. Berkman, R.M. Donaldson, S.M. Horwitz, C.J. Murray, D.F. Ransohoff, et J. Sindelar, 1990, « Treatment Adherence and Risk of Death after Myocardial Infarction », *Lancet*, no 336 : 542-545.

Le Breton, D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, Presses universitaires de France.

Lévi-Strauss, C., 1958 et 1974, *Anthropologie structurale*, chap. IX : « Le sorcier et sa magie » et X : « L'efficacité symbolique », p. 191-234. Paris, Plon.

Malinowski, B., 1948, *Magic, Science and Religion*. New York, Free Press.

McElroy, A. et M.A. Jezewski, 2000, « Cultural Variation in the Experience of Health and Illness », dans Albrecht, G.L, R. Fitzpatrick et S.C. Scrimshaw (dir.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, p. 191-209. London, Sage Publications.

Mary, A., 2000, « L'anthropologie au risque des religions mondiales », *Anthropologies et sociétés*, vol. 24, no 1 : 117-135.

McGuire, M.B., 1988, *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick, Rutgers University Press.

McGuire, M.B., 1996, « Religion and Healing the Mind/Body/Self », *Social Compass*, 43: 101-116.

Merriam-Webster / MedlinePlus [Internet], Bethesda (MD) : National Library of Medicine (US) ; Medical Dictionary [<http://medlineplus.gov/>], 2005.

Meintel, D., 2007, « When the Extraordinary Hits Home : Experiencing Spiritualism », dans J.G. Goulet et B. Miller (dir.), *Extraordinary Anthropology : Transformations in the Field*, p. 124-157. Lincoln, University of Nebraska Press.

Moerman, D.E., 1979, « Anthropology of Symbolic Healing », *Current Anthropology*, vol. 20, no 1.

Moerman, D.E., 2000, « Cultural Variations in the Placebo Effect : Ulcers, Anxiety, and Blood Pressure », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 14, no 1 : 51-72.

Organisation mondiale de la santé [Internet], *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*, [www.who.int/governance/eb/constitution/fr/index.html], 2007.

Parsons, T., 1951, « Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice », dans Parsons, T., *The Social System*, ch. X, p. 428-470. Glencoe, Free Press.

Peters, L., 1981, *Ecstasy and Healing in Nepal, an Ethnopsychiatric study of Tamang Shamanism*. Malibu, Undena Publications.

Pirès, A.P., 1997, « L'échantillonnage », dans *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 137-196. Montréal, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.

Poupart, J., 1997, « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », dans *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 198-237. Montréal, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.

Rossi, I., 1997, *Corps et chamanisme*, Paris, Armand Colin.

Scheper-Hughes, N. et M. Lock, 1991, « The Message in the Bottle : Illness and the Micropolitics of Resistance », *The Journal of Psychohistory*, vol. 18, no 4 : 409-432.

Stoller, P. et C. Olkes, 1989, *In Sorcery's Shadow: A Memoir of Apprenticeship among the Songhay of Niger*. Chicago, University of Chicago Press.

Stoller, P., 2004, *Stranger in the Village of the Sick : A Memoir of Cancer, Sorcery, and Healing*. Boston, Beacon Press.

Thomas, K.B., 1987, « General Practice Consultations : Is There Any Point in Being Positive ? », *British Medical Journal*, no 294 : 1200-1202.

Turner, E., 1992, *Experiencing Ritual. A New Interpretation of African Healing*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Turner, J.A., R.A. Deyo, J.D. Loeser, M. Von Korff et W.E. Fordyce, 1994, « The Importance of Placebo Effects in Pain Treatment and Research », *Journal of American Medical Association*, vol. 271, no 20 : 1609-1614.

Turner, V.W., 1972, *Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*. Paris, Gallimard.

Young, A., 1982, « The Anthropologies of Illness and Sickness », *Annual Review of Anthropology*, vol. 11 : 257-285.

ANNEXE 1

Grille d'entrevue

Premier volet

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine ?

Quelle formation avez-vous reçue ?

Pouvez-vous décrire votre pratique ?

Deuxième volet

Qu'est-ce que la guérison pour vous ? Qu'est-ce qui fait que vous considérez un patient guéri ?

La revue de la littérature anthropologique révèle que certaines notions sont fréquemment associées au concept de guérison. J'aimerais que vous réagissiez à ces associations que je vais vous présenter.

Premièrement, qu'est-ce qu'évoque pour vous l'association entre la notion de guérison et celle de don ?

Une autre notion communément associée à celle de guérison est celle de transformation. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous ?

Comment réagissez-vous à l'association qui est faite entre la notion de guérison et celle de pouvoir ?

Enfin, qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion de rituel en rapport avec la notion de guérison ?

Troisième volet

Est-ce que le fait de nommer la maladie ou de poser un diagnostic fait partie du processus de guérison ?

Peut-on dire que le jugement clinique du médecin est souvent marqué par l'incertitude ?

Est-ce qu'il arrive que les médecins posent un diagnostic ou ordonnent un traitement, même quand ils demeurent dans l'incertitude devant les symptômes manifestés par le patient, simplement pour favoriser la guérison ?

Considérez-vous que la façon dont vous prodiguez les soins à vos patients a un effet sur la guérison ?

En dehors des techniques médicales proprement dites, posez-vous des gestes, prononcez-vous des paroles ou adoptez-vous des attitudes qui, selon vous, favorisent la guérison ? Pouvez-vous donner des exemples ?

Considérez-vous généralement que la guérison de vos patients est en partie due à un effet placebo ? Si oui, considérez-vous que vous avez un rôle à jouer pour promouvoir cet effet ?

Selon l'anthropologue Daniel Moerman, c'est l'interaction entre ce qu'il appelle l'« activisme enthousiaste » du médecin et la foi du patient dans le pouvoir du médecin de le guérir qui crée l'effet placebo. Qu'en pensez-vous ?

Le médecin doit-il convaincre son patient de guérir ?

Le médecin est-il un guérisseur ?

