



HAL
open science

Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique

Marie-Noëlle Schurmans, Maryvonne Charmillot

► To cite this version:

Marie-Noëlle Schurmans, Maryvonne Charmillot. Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique. epi-revel. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, , 2009. hal-03424069

HAL Id: hal-03424069

<https://hal.science/hal-03424069>

Submitted on 10 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique

Marie-Noëlle Schurmans

Marie-Noëlle Schurmans, sociologue, est professeur ordinaire à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, à l'université de Genève. Elle s'est spécialisée dans le domaine de la construction sociale de la connaissance. Ses enseignements portent notamment sur l'épistémologie de la recherche, la construction des savoirs quotidiens et la transaction sociale. Ses recherches se centrent sur l'articulation entre représentations et action, du point de vue de l'interactionnisme historico-social.

Maryvonne Charmillot

Maryvonne Charmillot est maître d'enseignement et de recherche à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, à l'université de Genève. Ses enseignements portent sur la démarche compréhensive. Ses recherches, développées dans les champs de la santé et de la maladie, du lien social et de la formation, accordent une part importante aux dimensions épistémologiques et méthodologiques. Elle mène actuellement un travail de recherche sur l'expérience de la maladie comme source de formation de soi.

Ce texte reprend, avec l'accord des éditeurs, un article publié dans la revue *Sociologie Santé*, 2(26), juin 2007.

A partir d'une analyse critique des relations entre sciences sociales et sciences médicales, consistant à questionner l'inféodation des premières au point de vue des secondes, cet article propose un renversement de perspective basé sur les options de trois courants disciplinaires issus de l'anthropologie, la psychologie sociale et la sociologie, et qui ont en commun de s'attacher à saisir la construction sociale de la connaissance. L'analyse porte sur les processus par lesquels : 1) notre environnement sociétal construit, historiquement, des catégories nosologiques susceptibles d'appréhender, sous l'angle médical, des écarts quantitatifs et/ou qualitatifs à la norme ; 2) les acteurs sociaux, lorsqu'ils sont confrontés à la maladie, construisent leur propre espace d'interprétation ; 3) les constructions socio-historiques sont négociées, au présent, dans l'espace des interactions sociales.

construction sociale de la connaissance, sciences médicales,
analyse critique, épistémologie

Introduction

Cette contribution aborde les relations entre sciences sociales et sciences médicales sous un angle critique, consistant à questionner l'inféodation des premières au point de vue des secondes. Notre optique nous portera à proposer un renversement de perspective basé sur les options développées dans trois courants disciplinaires issus de l'anthropologie, la psychologie sociale et la sociologie, et qui ont en commun de s'attacher à saisir la construction sociale de la connaissance. L'articulation des perspectives générées par cette posture épistémologique commune met en évidence trois plans d'analyse relatifs aux processus par lesquels : 1) notre environnement sociétal construit, historiquement, des catégories nosologiques susceptibles d'appréhender, sous l'angle médical, des écarts quantitatifs et/ou qualitatifs à la norme ; 2) les acteurs sociaux, lorsqu'ils sont confrontés à la maladie, construisent leur propre espace

d'interprétation ; 3) les constructions socio-historiques sont négociées, au présent, dans l'espace des interactions sociales.

Notre propos référera à deux domaines d'investigation qui illustreront le renversement proposé : celui de la *maladie mentale*, et celui du *sida*. Ces deux domaines témoignent d'une part de la même difficulté consistant à quitter une perspective ciblée sur le pathologique en tant que fait de nature : les questions qui les traversent de manière dominante, en effet, relèvent essentiellement des soins, des traitements, de la guérison, et elles sont donc reliées à des problèmes d'intervention. Ces deux domaines d'autre part se distinguent : le premier relève de la construction socio-historique d'une interprétation médicale qui s'est progressivement imposée en Occident depuis le XVI^e siècle (Schurmans, 1990) ; le second relève en revanche d'un contexte d'urgence relativement récent, dans lequel les sciences sociales ont été fortement sollicitées par les sciences biomédicales ainsi que par les autorités publiques. Il nous semble par conséquent bien traduire les enjeux de l'autonomisation d'un discours propre aux sciences sociales. Dans les deux cas en effet, le développement d'approches critiques, en ce qu'elles inscrivent le discours médical dans une perspective historique et sociale, met en évidence la présence d'interprétations différentes et co-existantes, à partir desquelles tant les conceptions du face à face entre praticien et patient que celles des politiques de santé publique se modifient.

L'Inféodation des sciences sociales au paradigme médical

Quand il est fait appel aux sociologues, dans l'étude de l'objet « maladie », ou de certaines catégories nosologiques spécifiques, c'est à la sociologie médicale que l'on se réfère, le plus souvent. L'objet générique, ou la catégorie considérée, représentent alors un pré-construit qui ne se voit pas réinterrogé : l'objet est défini *en amont*, c'est-à-dire en référence à un discours médical préexistant. La sociologie médicale porte dès lors, de façon largement prioritaire, sur la façon dont les espèces de maladies – telles que la médecine les définit et les classe – se distribuent dans différents environnements socioculturels, sur l'accès différentiel aux soins et à l'information, ou sur les différents obstacles qui interviennent dans la diffusion des messages de prévention.

La sociologie des maladies mentales, dans sa toute grande majorité, n'échappe pas au même phénomène. Il s'agit, pour certains, d'étudier la corrélation entre le degré de concentration des catégories nosologiques psychiatriques et l'inscription des sujets dans différentes aires écologiques, de porter l'attention sur l'incidence des troubles mentaux en fonction de différentes catégories socioprofessionnelles et d'élargir cette approche aux caractéristiques générales des sociétés industrielles. Pour d'autres sociologues qui se penchent sur l'analyse institutionnelle, la tendance majeure sera d'étudier l'organisation hospitalière, les pratiques, les opinions, les relations, en fonction d'une finalité qui est également préétablie par le champ médical : l'efficacité thérapeutique. Lorsque la sociologie médicale, enfin, se penche sur les formes d'organisation des réponses sociales à une phénoménologie de la folie, c'est encore la finalité thérapeutique qui reste au centre de ses préoccupations : les caractéristiques sociologiques des patients détermineraient la nature des dispositifs thérapeutiques exercés. Dans le champ des recherches sur le sida, on retrouve également des études sociologiques qui renvoient à une problématique épidémiologique centrée sur les caractéristiques socio-économiques ou culturelles, dans l'objectif d'offrir un appui à des actions préventives ciblées, référant à la notion de « groupes à risque » communément adoptée dans cette perspective.

L'anthropologie médicale, tout comme la sociologie, relève les difficultés de sa rencontre avec une médecine dont les modes de connaissance et de pratique se sont recentrés autour de

la perspective biomédicale et se referment de plus en plus autour de ce seul paradigme (Corin, 1993).

En ce qui concerne la psychiatrie, par exemple, le DSM (*Diagnostic Statistical Manual*) se présente comme un outil dont l'objectif serait « de transcender tout infléchissement de la psychopathologie par des facteurs personnels et culturels et de rejoindre le noyau "réel" et métaculturel des troubles » (Corin, 1993 p. 7). Si l'on en croit la grande majorité des recherches réunissant anthropologues et promoteurs de la santé en dehors d'une perspective critique, il s'agit donc de connaître les systèmes symboliques de l'autre pour mieux les déjouer. Ainsi, dans le domaine des campagnes de prévention, par exemple, cherche-t-on essentiellement à tenir compte des savoirs endogènes pour rendre plus efficace la diffusion d'un message médical dont la normativité et la légitimité restent indiscutables, aux yeux des stratèges responsables des politiques de développement (Charmillot, 1997).

La même logique préside encore, de façon dominante, dans les rapports que nouent les sciences médicales et la psychologie sociale. Les savoirs propres des patients en matière d'étiologie ou de thérapeutique (Jodelet, 1989a, 1986 ; Herzlich, 1989, 1984) restent en effet le plus souvent compris comme des savoirs lacunaires, responsables de l'inefficacité des organisations sanitaires et susceptibles d'être redressés, complétés, corrigés, par un savoir médical conforme (Petrillo, 2000). Cette logique traverse un grand nombre d'enquêtes sur le sida qui cherchent à mettre en évidence les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques des différents groupes culturels et qui servent de base à l'élaboration de programmes de prévention ou d'éducation à la santé¹.

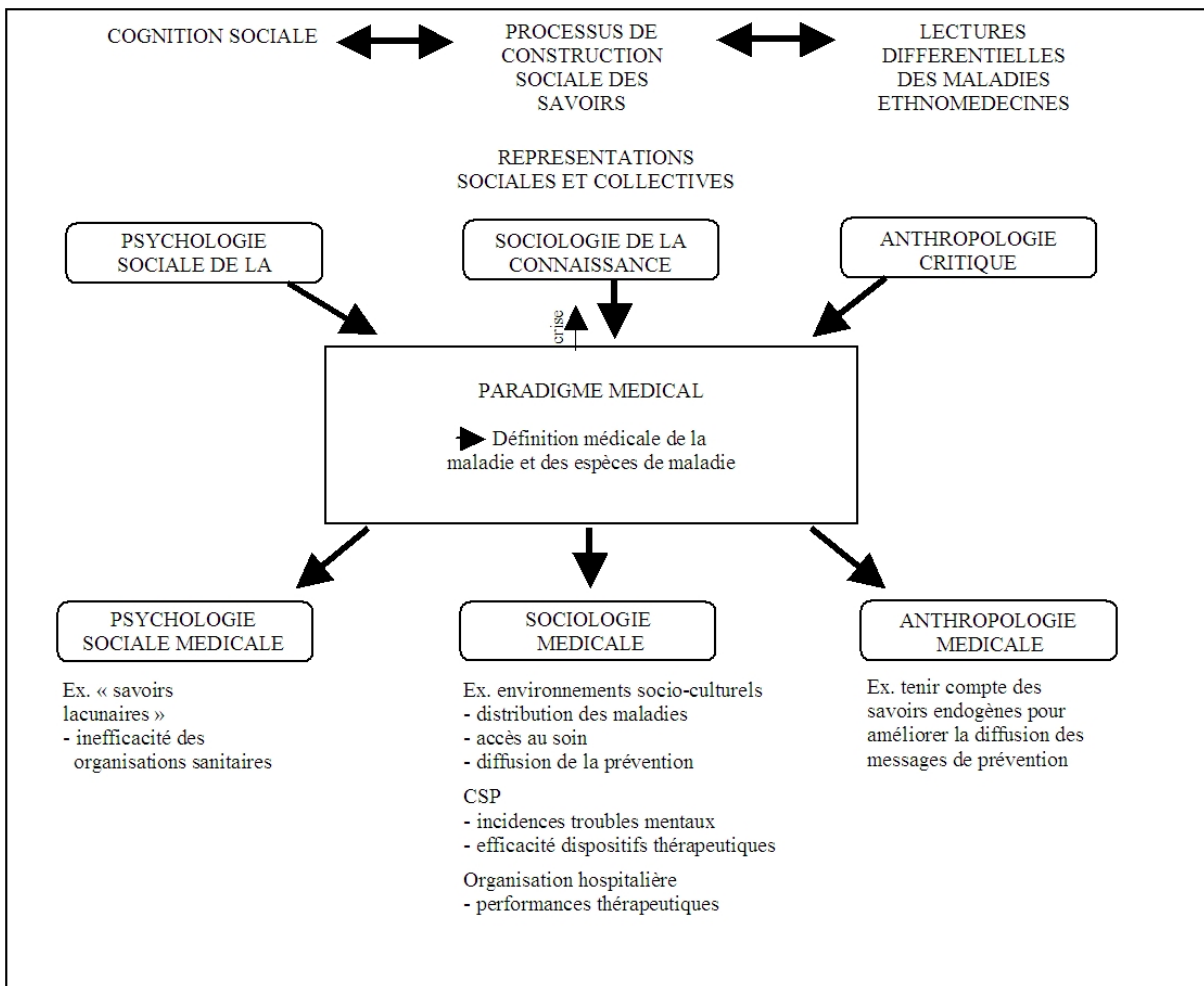
La pratique médicale, confrontée aux échecs partiels des politiques de soins au niveau macrosocial tout autant qu'à celui de la rencontre thérapeutique, s'est donc bien ouverte aux sciences sociales. Mais il n'en reste pas moins, d'une part, que la sociologie, l'anthropologie et la psychologie sociale restent dans leur grande majorité perçues, aux yeux de la médecine, comme des savoirs-ressources dans lesquels puiser pour contourner ce qui reste formulé en termes d'obstacles cognitifs et socioculturels aux campagnes de prévention et à l'exercice des thérapeutiques. Et que sociologie, anthropologie et psychologie sociale, d'autre part, se sont largement fait complices d'une telle inféodation au paradigme médical dans la mesure où elles ont participé de l'usage qui est fait d'elles en tant que sciences appliquées.

Ces quelques constats illustrent combien le point de vue des sciences sociales reste imprégné d'un médico-centrisme qui le rattache clairement aux perspectives d'une médecine sociale et préventive. Et combien ce point de vue appuie, dès lors, des politiques de la santé traditionnellement définies, c'est-à-dire pensées en fonction d'une étiologie et d'une thérapeutique identifiées par la médecine.

A côté de ces dominantes cependant persistent – et se développent – les démarches critiques d'une sociologie, d'une anthropologie et d'une psychologie sociale regroupées autour d'une perspective épistémologique fondamentalement différente – celle de la construction sociale de la réalité – à laquelle se rattache notre approche. Le schéma ci-dessous illustre les deux postures évoquées : en contre-bas celle de l'*inféodation*, du côté d'une psychologie sociale, d'une sociologie et d'une anthropologie *médicales* ; en haut la posture *critique*, du côté d'une psychologie sociale, d'une sociologie et d'une anthropologie *de la connaissance*.

Relations entre sciences sociales et sciences médicales (représentation schématique)

¹ Pour une critique de ce type d'enquête, voir Vidal 1995.



Un renversement de perspective

L'approche à laquelle nous nous rattachons se démarque donc des sciences sociales médicales et cherche à articuler sociologie, anthropologie et psychologie sociale critiques (Schurmans, 1994b, 1990, 1989, 1984 ; De Rosa & Schurmans, 1994 ; Charmillot, 1997, 2002a ; 2002b, 2004).

Concernant la maladie mentale, une telle démarche consiste à déconstruire l'objet pré-construit dans l'univers médical ou, autrement dit, à situer *en aval* l'objet médicalement défini en termes de maladie. Il s'agit d'une part de se pencher sur les lectures différentielles de la folie, ce qui implique d'adopter la posture méthodologique de l'anthropologie sociale, c'est-à-dire de considérer la psychiatrie comme une ethnomédecine qui correspond à une vision culturellement construite de la réalité insérée dans l'histoire des sociétés industrielles. Une telle approche n'a pas pour objectif de développer un schème alternatif de compréhension de la folie et des troubles mentaux mais bien « d'ouvrir des brèches, de réintroduire de l'épaisseur dans la dimension et la compréhension des phénomènes, de chercher à rendre compte des "blancs" de sens, des déplacements, des processus de symbolisation qui participent à son élucidation et à sa reconstruction » (Corin, 1993, p. 10). Très centrée sur le jeu du langage et des signifiants, l'optique vise donc à mettre en évidence ce qu'opacifient les discours portant sur la folie ou la marginalité, c'est-à-dire la façon dont un environnement social cherche à définir son identité et à cerner un espace collectif viable et pensable dans un contexte sociopolitique donné.

La démarche s'appuie d'autre part sur les recherches effectuées en psychologie sociale sur les représentations sociales (cf. *et alii* : Guimelli, 1994 ; Jodelet, 1989b). Cette approche s'est directement inspirée, tout d'abord, des travaux de Durkheim (1898), qui attira l'attention sur les représentations collectives, soit ces façons culturellement partagées de concevoir le monde, qui se sont forgées au cours de l'Histoire d'une collectivité et cristallisées dans des objets, et qui orientent, au présent, nos savoirs, nos opinions, nos jugements, nos sentiments ainsi que nos pratiques. Quittant une perspective macrosociale telle que la préconisait Durkheim, ce courant de psychologie sociale a ensuite été influencé par l'ethnologie (*et alii* Levy-Bruhl, 1922) ainsi que par le pragmatisme social et le courant interactionniste symbolique qui en est issu (*et alii* Mead, 1963, 1934). L'étude des représentations sociales s'est alors fortement développée, sous l'impulsion initiale de Moscovici (1976, 1961). Elle a bien montré combien la connaissance humaine se produisait à l'intérieur d'un système de relations et de communications (Petrillo, 2000). Elle a eu le mérite, d'une part, d'insister sur le fait que les savoirs de sens commun n'étaient nullement assimilables à des savoirs incomplets ou erronés mais qu'ils présentaient au contraire une cohérence particulière correspondant à une logique spécifique – la logique naturelle, selon Grize (1984). Elle a souligné d'autre part que, loin d'être par rapport aux savoirs savants dans un rapport de rupture épistémologique évidente, les représentations sociales s'infiltraient au cœur des discours tenus par les spécialistes eux-mêmes. L'étude des représentations sociales aborde donc la connaissance humaine sous l'angle de produits et de processus qui réfèrent à des personnes insérées dans des contextes spatio-temporels donnés, dans des dynamiques de groupe spécifiques et dans un jeu de relations sociales, chaque fois originales, au sein desquelles se négocient des positions sociales particulières (Petrillo, 2000).

La posture méthodologique et théorique où nous nous situons partage donc avec ces courants d'anthropologie sociale et de psychologie sociale un même fondement épistémologique – celui du constructivisme social (*et alii* Berger & Luckmann, 1966) –, et elle adopte certains de leurs outils conceptuels. Mais elle se nourrit aussi des travaux récents effectués depuis la sociologie des conventions (Boltanski & Thévenot, 1991 ; Thévenot, 1986a, 1986b, 1989) et la sociologie des transactions sociales (Blanc, 1992 ; Blanc, Mormont, Rémy & Storrie, 1994 ; Schurmans, 1994a, 1995, 1996). Dans cette optique, la construction sociale de la connaissance est conçue, en effet, comme un travail collectif de réduction d'une *situation d'incertitude*. Celle-ci correspond à une situation sociale dans laquelle la routinisation des pratiques se voit suspendue, soit par insuffisance des savoirs et, par conséquent, des normes comportementales et évaluatives qui leur sont attachées, soit par mise en présence d'intérêts divergents relatifs à l'action.

Dans la problématique de la santé mentale, notre démarche permet de saisir deux dimensions articulées. Il s'agit du long terme, tout d'abord, c'est-à-dire de la façon dont notre environnement sociétal a construit historiquement une grille de lecture de la folie en termes de maladie, dont cette grille de lecture a imposé sa légitimité à travers son appareillage dans des objets – tels que textes de lois, programmes de formation médicale, établissements hospitaliers, système nosologique, etc. –, dont elle s'est diffusée dans les savoirs de sens commun, et dont elle détermine aujourd'hui les normes collectives de prise en charge. Mais il s'agit également du court terme, c'est-à-dire de la façon dont les acteurs sociaux, au présent, lorsqu'ils sont confrontés à l'étrangeté de la folie, construisent un espace d'interprétation singulier en puisant dans les savoirs collectifs sans doute, mais également en repérant les contradictions et les insuffisances des interprétations dominantes et en renégociant le sens de ce qui leur arrive au cœur des interactions qu'ils développent – et ceci largement dans le cadre de leurs rencontres avec des spécialistes –, afin de se forger leurs propres normes d'action dans la situation spécifique qui est la leur.

Dans le champ des recherches sur le sida, la posture critique dont nous nous réclamons consiste, de la même manière, à quitter le point de vue qui fait des sciences sociales des partenaires « obligés » des recherches fondamentales générées par des préoccupations et des recherches en santé publique. Autrement dit à se distancer de sciences sociales qui travaillent dans l'horizon de la demande biomédicale sans réellement s'y confronter². Le rôle des sciences sociales critiques consiste en effet à refuser d'admettre le développement d'une maladie à deux vitesses (l'une curable et en voie de stabilisation, l'autre incurable et en extension) ainsi que les inégalités que cela traduit (inégalités entre le nord et le sud ; et, à l'intérieur de chacune des sphères, entre riches et pauvres, dominants et dominés). Ainsi, si les expressions métaphoriques comme « maladie de la pauvreté » ou « maladie du développement » ont le mérite de montrer que le sida est directement relié à de nombreux phénomènes propres notamment à l'Afrique contemporaine, et que les conditions de sa prise en charge passe par des refontes dans le domaine politique, économique, social et sanitaire, les sciences sociales ne pourraient s'y laisser enfermer (Becker *et al.*, 1999).

Illustrations

Deux exemples serviront d'illustration au renversement de perspective que nous proposons. Le premier concerne la rencontre thérapeutique entre des parents dont l'enfant souffre de ce que la médecine mentale qualifie de troubles psychiques, et les professionnels en charge du diagnostic et de la thérapie (Duruz, Schurmans *et al.*, 1997 ; Schurmans & Duruz, 1999a, 1999b ; Schurmans & Seferdjeli, 2000). Le second exemple, relatif au sida, reprend les principaux éléments d'une recherche réalisée en Afrique du Sud (Fassin, 2006), dans laquelle sont retracés les enjeux politiques de la crise épidémiologique que représente le sida, ainsi que la manière dont celle-ci met en cause autant les discours de la science que la gestion du pouvoir.

Premier exemple : la rencontre thérapeutique

C'est une interrogation clinique qui figure à l'origine de notre premier exemple (Duruz, Schurmans *et al.*, 1997). Des psychologues, engagés dans la clinique de l'enfant, avaient en effet formulé un certain nombre de questions de départ : comment se fait-il que, si souvent, la rencontre thérapeutique entre spécialistes et consultants se passe mal ; pourquoi les patients manifestent-ils si fréquemment un refus des thérapeutiques qui leur sont proposées ; comment comprendre les trajectoires complexes que réalisent les consultants qui s'adressent tantôt à des intervenants insérés dans un milieu médical spécialisé, tantôt à leur entourage, tantôt aux thérapeutes dits « alternatifs » ?

La prise en charge de ces interrogations s'est développée dans le cadre du renversement de perspective brièvement brossé jusqu'ici. La rencontre thérapeutique restait en effet, à nos yeux, trop souvent conçue comme la mise en présence d'un savoir légitime, celui du soignant, et d'une absence de savoir, ou d'un savoir lacunaire, qui caractériserait le consultant. Un tel point de vue appelle donc à s'interroger non seulement sur le statut des savoirs – ceux des spécialistes et ceux des consultants – mais aussi sur les échanges entre ces savoirs, sur les processus de communication entre interactants, sur la sélection d'éléments des discours savants qui sont adoptés par le sens commun, sur la façon dont ces éléments exogènes sont réinterprétés dans des visions du monde qui ne les ont pas produits, et sur la façon dont ces éléments sont insérés dans des systèmes de valeurs préexistants. Dans une perspective de sociologie de la connaissance, il s'agit donc de repérer le noyau des contradictions

² Becker (1999) parle de « relations lâches » pour exprimer le lien, très discutable à ses yeux, entre les sciences sociales et les sciences biomédicales.

potentielles qui peuvent advenir entre les systèmes interprétatifs des patients et des soignants, et de mieux comprendre la dynamique de l'échange qui s'élabore, se développe ou échoue, dans la rencontre thérapeutique.

Un apport conceptuel essentiel nous a été fourni par Laplantine (1986), qui propose en effet quatre modèles étiologiques et quatre modèles thérapeutiques permettant de rendre compte de l'ensemble des interprétations de la maladie, savantes tout autant que profanes. Ces modèles sont des « constructions théoriques à caractère opératoire » (Laplantine, 1986, p. 38) permettant de penser la réalité empirique. Une logique étiologico-thérapeutique constitue dès lors « une matrice qui consiste dans une certaine combinaison de rapports de sens et qui commande, le plus souvent à l'insu des acteurs, des solutions originales, distinctes et irréductibles, pour répondre au problème de la maladie » (Laplantine, 1986, p. 44). Cet apport a permis : a) de mettre en lumière les fondements logiques des interprétations qui prévalent dans *le discours spécialisé*, à propos de l'étiologie et de la thérapeutique ; b) d'analyser, sur la même base, *les conceptions développées par les parents* à propos de la causalité des problèmes de leur enfant ainsi que la façon dont ils concevaient l'intervention spécialisée ; c) de *situer ces conceptions* par rapport à celles qui sous-tendent la pratique des thérapeutes concernés.

a) *Les discours spécialisés* relèvent de la construction socio-historique d'une pensée médicale occidentale moderne en rupture avec l'interprétation religieuse des troubles mentaux, prévalant aux XVe et XVIe siècles. Sur le plan des étiologies, l'analyse de cette construction (Schurmans, 1990) fait apparaître cependant certaines parentés entre la pensée religieuse et médicale, centrées sur la valence négative – maléfique – de la causalité des aliénations. Mais elle indique également les contradictions fondamentales entre les deux systèmes d'interprétation : une causalité exogène, centrée sur la présence de puissances intelligentes situées entre Dieu et les hommes, ainsi qu'une conception relationnelle de l'origine des troubles, centrée sur l'idée de déséquilibre des relations entre l'humain et le divin, dominaient dans le discours religieux. Dans la pensée médicale qui s'affirme avec force dès le XVIIe siècle, s'instaure au contraire une conception essentiellement endogène et ontologique de la causalité : la folie est une entité-maladie dont le siège central est le cerveau. Sur le plan des thérapeutiques, la pensée religieuse comme la pensée médicale occidentale mettent en jeu une thérapeutique fondamentalement exorcistique, c'est-à-dire fondée sur l'idée d'extraction du mal. En revanche, une conception homéothérapique domine dans les systèmes interprétatifs religieux dans la mesure où il s'agit de réactiver les symptômes en accentuant le déséquilibre des relations entre le possédé et l'univers divin : l'eau bénite ou la présentation de la croix, par exemple, intensifient en effet le déséquilibre afin d'occasionner l'extraction des présences démoniaques – autrement dit, il y a affinité entre l'unité thérapeutique et l'unité pathologique. La pensée médicale, en revanche, prône l'allopathie, qui tente de juguler les symptômes par les contraires : il s'agit par exemple de calmer en cas d'excitation ou de stimuler en cas d'apathie.

L'investigation de l'Histoire indique également combien la définition médicale de la folie-maladie s'impose et se diffuse dans les milieux non spécialisés, dès le XVIIIe siècle. Pour reprendre la terminologie de Thévenot (1986b), cette conception se dote d'un appareillage fort – les établissements hospitaliers, les programmes de formation médicale, la précision accrue des catégories nosographiques, les textes de loi, etc. en témoignent – qui la constitue en *convention dominante*. Autrement dit, un format de connaissance conventionnel et un régime d'action conventionnel sont forgés : la légitimité du savoir et du faire médicaux en matière de maladie mentale sont socialement reconnus dans un régime public détaché du régime privé, c'est-à-dire des lieux de l'expressivité des pathologies, tels que les familles, par exemple. Nous utiliserons le terme de « modèle biomédical » pour résumer cette logique

prônée par le discours psychiatrique dominant au XIXe siècle et fondée sur une conception endogène et ontologique de l'étiologie ainsi que sur une conception exorcistique et allopathique de la thérapeutique.

Face à cette convention dominante, néanmoins, persistent des espaces d'interprétation différents. La médecine elle-même, par exemple, produit au XXe siècle un modèle qui diverge de la convention dominante : dans les interprétations psychanalytiques des troubles mentaux, dans l'approche systémique, ou dans les courants antipsychiatriques, émerge en effet un noyau de significations centrées, bien qu'avec des contenus très différents, sur les mêmes principes d'exogénéité de la causalité, d'origine relationnelle des troubles et d'homéothérapie, que ceux qui présidaient à l'interprétation théologique. Nous appellerons « modèle psychosocial » une telle configuration, dans la mesure où les noyaux de significations qui la sous-tendent sont compatibles avec les discours « psy » qui se positionnent comme alternatifs par rapport à la convention biomédicale dominante. L'analyse des représentations et des pratiques des thérapeutes concernés par notre recherche a ainsi mis en lumière la prégnance et la revendication du modèle psychosocial.

b) Que se passe-t-il du côté des parents ? Ceux-ci se trouvent, au départ, face à une situation d'incertitude relative à la mise en échec de leurs savoirs éducatifs. Ils arrivent en consultation avec une demande double : la première porte sur le savoir – ils veulent comprendre d'où proviennent et en quoi consistent les troubles de leur enfant – et la seconde sur l'agir – ils cherchent à adapter leur action éducative et à identifier des moyens leur permettant de remédier aux problèmes de l'enfant et aux difficultés familiales que ceux-ci peuvent entraîner. Ils rencontrent les thérapeutes ou les éducateurs spécialisés en ayant à l'esprit des observations qu'ils ont faites, quotidiennement, sur les manifestations du décalage entre un comportement qu'ils jugent « normal » et celui dont fait preuve leur enfant, des informations qu'ils ont puisées dans leur environnement ainsi que des savoirs en gestation concernant l'origine des troubles de l'enfant et l'attitude à prendre, les soins à apporter. Par ailleurs, ces parents arrivent en consultation avec des capitaux culturels, économiques et sociaux inégaux, caractéristiques de leur groupe social d'appartenance. Ceci implique qu'ils se positionnent et soient positionnés différemment dans la structure sociale et que ces effets de position se répercutent dans la dynamique relationnelle qui s'ébauche, puis progressivement se développe, entre les soignants et eux. Enfin, selon les expériences accumulées dans leurs histoires de vie, ils se sentent plus ou moins aptes à utiliser leurs connaissances ou à forger de nouveaux savoirs ainsi que plus ou moins perturbés émotionnellement par la problématique de l'enfant.

Les parents se retrouvent donc, d'une part, face aux grandes lignes de force disponibles dans leur environnement sociétal pour penser la maladie de manière générale et la maladie mentale en particulier. Cela signifie que, dans le savoir collectif socialement disponible, coexistent des paquets de signification – causalité endogène, origine relationnelle et thérapeutique homéotherapique *versus* causalité exogène, origine ontologique et thérapeutique allopathique – qui orientent les représentations spécialisées tout autant que les représentations profanes, et constituent des modalités très générales de coordination de la connaissance et de l'action. Par ailleurs, les parents ont à composer avec des savoirs et des normes d'action de nature différente : ceux qui se jouent au quotidien dans les rapports très localisés, particularisés, qui sont ceux de la sphère familiale et réfèrent à la façon dont ils gèrent leur fonction éducative, ressentent les difficultés rencontrées, projettent le devenir de leur enfant.

c) Dans la rencontre thérapeutique, se profile donc un lieu intermédiaire où les soignants occupent *de facto* un rôle de médiateurs entre le régime public et le régime de proximité (Boltanski et Thévenot, 1991), qui implique un travail de composition : l'enjeu, dans la relation soignants-parents, est la conjugaison de ces régimes moyennant un ensemble

d'accommodements, d'ajustements, de compromis qui pèsent sur chacun des partenaires. Ce travail réciproque de composition, ainsi que l'indiquent nos résultats, prend des formes différentes. Élaborations des savoirs et des normes d'orientation de l'action ou échecs de cette élaboration, cependant, ne se répartissent d'une part nullement au hasard et semblent d'autre part échapper largement à la conscience des acteurs. Notre recherche a permis en effet de mettre à jour *trois grandes modalités de rencontre* entre les thérapeutes qui, rappelons-le, valorisent le modèle psychosocial, et les parents concernés.

- 1. La première relève de la reconnaissance de l'existence d'un savoir spécialisé et dessine la possibilité d'une rencontre entre thérapeutes et consultants qui prend *une forme d'opposition active*. L'adhésion aux savoirs spécialisés est minimale, l'évaluation de l'histoire institutionnelle de l'enfant est négative, et les traits compatibles au modèle biomédical classique dominant (étiologie ontologique et refus d'une thérapie de type homéothérapique). Au sein de cette opposition, le sentiment de révolte personnelle peut cependant prendre deux formes majeures : soit, il s'accompagne d'une démarche de prise en charge ainsi que du sentiment de devoir agir et de devoir prendre l'initiative de l'action ; soit il penche du côté du blocage et de la réaction contre les spécialistes.
- 2. Il apparaît cependant aussi que la rencontre puisse être fondée sur *une prise en charge de l'action en collaboration*. Dans ce cas, l'adhésion avec le milieu psychothérapeutique est forte et les modalités étiologiques et thérapeutiques sont compatibles avec le modèle psychosocial prôné par les soignants ; le projet pour l'enfant est à la fois l'insertion sociale et le bien-être. Nos données ont également mis à jour une corrélation entre cette modalité de rencontre et un milieu social favorisé.
- 3. Le refus du dialogue ou l'incapacité ressentie d'avoir avec les professionnels une réelle interaction concernant l'explication de la pathologie de l'enfant s'accorde essentiellement, sur le plan des positions socio-affectives des parents, avec le constat passif d'une vie difficile et avec une représentation de soi comme objet de l'action. Ces caractéristiques vont de pair avec des positions floues caractéristiques d'une *logique de la perplexité*, c'est-à-dire manifestant l'absence d'un champ structuré de représentation ou, autrement dit, l'ambiguïté de la pensée et l'absence d'une construction d'un modèle explicatif des troubles de l'enfant, susceptible d'orienter l'action. Une corrélation entre cette troisième modalité de rencontre et un milieu social défavorisé apparaît dans nos données.

Le renversement de perspective que nous avons proposé apporte dès lors une saisie novatrice de la relation thérapeutique, en ce qu'il porte notre attention sur *la composition entre le régime public et le régime de proximité*. Autrement dit entre, d'une part, le registre des conventions qui prévalent au niveau sociétal et se départagent entre une convention dominante – le modèle biomédical – largement diffusée dans le public et une convention alternative, moins largement répandue – le modèle psychosocial – et, d'autre part, le registre localisé – familial, dans notre illustration – où se construit le sens du comportement pathologique particulier et l'orientation d'un traitement adressé à une personne singulière. Il convient donc, en ce sens, de redéfinir le rôle des soignants en termes de *médiation*, c'est-à-dire de les envisager en tant que personnes chargées de coordonner régimes public et privé dans le cadre d'une relation.

Le questionnement de cette recherche portait en effet sur le fait que la coordination soignants-parents s'élaborait ou échouait, sans que les partenaires de la relation thérapeutique arrivent à se l'expliquer. L'explication que nous proposons repose sur les constats suivants. Lorsque soignants et consultants occupent des positions relativement symétriques dans la structure sociale, ils ne ressentent pas de difficultés majeures à « parler le même langage », fusse progressivement, moyennant ajustements et compromis : les dimensions groupales des représentations, c'est-à-dire les fondements d'une reconnaissance des statuts réciproque et de

la complémentarité des apports de chacun en matière de dire et de faire jouent à plein. Ainsi, indépendamment des contradictions qui peuvent être liées à une interprétation exogène du trouble, les structures mêmes de l'interprétation se trouvent dans un rapport de compatibilité. Peut-être les interactants partagent-ils d'emblée les mêmes structures interprétatives ; peut-être, au-delà de leurs contradictions de départ³, n'ont-ils pas de peine à se reconnaître mutuellement comme interlocuteurs à part entière, c'est-à-dire dotés de capitaux culturels, sociaux et économiques de même valence. Lorsque les systèmes interprétatifs, en revanche, sont incompatibles, la situation, à l'évidence, est plus complexe : il s'agit des cas où, par exemple, l'interprétation exogène du thérapeute se trouve confrontée à une interprétation endogène du consultant. Plutôt que de tenter une conciliation en termes de compromis, il me semble que la démarche devrait consister en une élucidation des divergences susceptibles d'opposer les systèmes interprétatifs : il conviendrait, à mes yeux, de la part des soignants, de suspendre consciemment un conflit d'interprétation s'exprimant en termes de légitimité (« mon » interprétation est plus légitime que « la vôtre » dans la mesure où je suis spécialiste) pour entrer dans une logique de plausibilité (différentes interprétations coexistent, légitimement : elles sont l'une et l'autre « plausibles », dans la mesure où, effectivement, la médecine elle-même a produit des interprétations divergentes des pathologies psychiques).

Cette attitude, qui traduit bien le renversement de perspective proposé plus haut, a l'avantage d'éviter tant le conflit ouvert que la disqualification de l'un des partenaires de la relation. Le premier de ces écueils – le conflit –, selon moi, est un moindre mal : il laisse en effet à l'interlocuteur son statut d'acteur. Mais il peut également déboucher sur la rupture de la relation. Le second écueil me semble nettement plus dangereux : le déni des savoirs propres aux consultants correspond à un déni de leur statut d'interactant. Dans de tels cas, aucun savoir ne peut être partagé, aucun sens se forger et aucune thérapeutique être délimitée de façon cohérente. La condition minimale de la gestion d'une relation thérapeutique, en effet, consiste en une reconnaissance réciproque des partenaires comme co-constructeurs d'un savoir et d'un faire. Agentisé, le consultant ne peut que quitter la situation qu'il subit pour préserver son intégrité ou naviguer à vue dans un univers de non-sens dans lequel les injonctions qu'il reçoit sont ressenties comme des contraintes. Actoralisé, il est à la fois contraint et habilité : contraint par les problèmes rencontrés, contraint par les dispositifs de soins, contraint par la nécessité d'ajuster une réalité familiale et des savoirs conventionnels ; mais aussi habilité à forger du sens, à délimiter une ligne d'action, à composer régime public et régime de proximité en collaboration avec les médiateurs.

Deuxième exemple : l'expérience sud-africaine du sida

La recherche anthropologique de Fassin (2006) nous semble exemplaire à plusieurs égards de la posture critique des sciences sociales face au paradigme médical. Cette posture prend appui, dans sa totalité, sur une prise en compte de l'Histoire, et plus précisément sur une théorie de l'incorporation du monde social. Il s'agit en effet d'appréhender la « manière dont l'Histoire s'insinue de la façon la plus subreptice et la plus décisive dans les interstices de la vie quotidienne, dans les discours et les actes, dans les représentations et les pratiques » (Fassin, 2006, p. 332).

Sur le plan épistémologique, l'adoption de ce point de vue implique un ancrage anthropologique qui consiste à conjuguer altérité et contemporanéité, ce que Fassin traduit en ces termes : « Tout d'abord, il faut prendre au sérieux l'altérité, c'est-à-dire s'efforcer de saisir les représentations, les pratiques, en somme les faits sociaux en tant qu'ils sont inscrits

³ L'une des limites de notre recherche consiste en effet à ne pas avoir eu accès aux points de vue des parents tels qu'ils étaient au début du repérage des perturbations de l'enfant.

dans une histoire locale et appréhendés comme tels par des acteurs locaux. Le sida en Afrique du Sud ne peut être compris qu'à partir d'une ethnographie informée par une historiographie, et non dans la perspective ethnocentrique et atemporelle qui a souvent prévalu » (Fassin, 2006, p. 12). La notion de contemporanéité fait ainsi référence au fait que nous vivons tous dans un monde commun, vécu simultanément, et que c'est en tant qu'expérience partagée qu'il faut chercher à comprendre l'expérience d'autrui, plutôt que sous l'angle d'une différence qui ne permettrait d'envisager ni compréhension ni réciprocité. En effet, il s'agit « d'affirmer dans un seul mouvement que nous partageons le même monde et que le partage est inégal, que les mêmes référentiels circulent mais que les moyens d'accéder aux ressources ne sont pas équitablement répartis, que ce que vit un malade ne saurait nous être étranger quand bien même nos conditions sociales sont tellement éloignées » (Fassin, 2006, p. 13). Autrement dit, la commune humanité que nous partageons doit être pensée en termes d'inégalité et non de différence, comme une « question d'Histoire » davantage que comme une « affaire de culture ». Dans ce cadre, le travail de l'anthropologue consiste à affirmer des « principes d'intelligibilité », à apporter des éléments de compréhension susceptibles de jeter les bases d'une « communauté des destins et d'une réciprocité des regards ».

Sur le plan méthodologique, la prise en compte de l'Histoire – en d'autres termes la « lecture du passé dans le présent » – est offerte par l'approche biographique. Pendant cinq ans, Fassin a produit des récits de vie auprès de malades déshérités des *townships* de Soweto et d'Alexandra (au cœur de Johannesburg), et mené, parallèlement, des entretiens avec de nombreux responsables des politiques de santé sud-africains ou d'Onusida. L'objectif de ce double dispositif est de tenir les deux extrémités de l'histoire du sida, « celle qui se déploie dans le monde global et celle qui se joue dans l'espace local. Les politiques de l'Etat et la politique des sujets » (Fassin, 2006, p. 16). La construction de la recherche est à comprendre comme une « progression des macropolitiques vers les micropolitiques. Mieux : comme une exploration au cœur des politiques de la vie et de la mort » (Fassin, 2006, p. 16).

La théorie de l'incorporation du social inscrite au cœur de la posture critique de Fassin permet de mesurer le manque d'ancrage dans les structures économiques et sociales de la majorité des recherches et des discours qui ont été produits sur le sida en Afrique, depuis le début de l'épidémie, ainsi que leur caractère fortement ethnocentrique, et parfois raciste. L'une des illustrations les plus significatives de cet état de fait est l'ouvrage qui a servi de référence aux travaux sur le sida pendant une décennie : *Histoire du sida* de Mirko Grmek (1989), directeur d'études à l'Ecole pratique des hautes études et spécialiste internationalement reconnu d'histoire de la médecine. A lire son interprétation du « sida africain » (la maladie était ainsi qualifiée à l'époque), on pourrait croire, comme le fait remarquer Fassin, au discours d'un théoricien raciste patenté ou d'un homme politique d'extrême droite. Grmek écrit en effet : « Une très forte promiscuité est le seul facteur que les hétérosexuels africains ont en commun avec les homosexuels par lesquels débuta le sida en Amérique. Dans les villes africaines la surpopulation va de pair avec la surcopulation » (cité par Fassin, 1999, p. 228).

La majorité des recherches ont donc été guidées par une posture comportementaliste et culturaliste. Et elles se sont, pour la plupart, inscrites dans le langage désincarné de *la santé*. Elles ont en outre eu un effet stigmatisant par le fait de catégoriser une « sexualité africaine » dans le langage de la naturalité et de la promiscuité, ainsi que par la dénégation des déterminations socioéconomiques au profit des seuls comportements sexuels. Des recherches sur les conduites dites à risque, par exemple, dans lesquelles les représentations et les comportements en matière de sexualité et de prévention, de violences dans les rapports entre garçons et filles, et l'adoption des modes de protection contre l'infection n'apparaissent déterminées que par les réalités du moment.

Si l'on peut mettre en évidence une évolution des postures en matière de recherche sur le sida en Afrique, des années 80 à nos jours, évolution marquée notamment par l'émergence d'un « regard critique sur les faits et leur interprétation » (Fassin, 1999), il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui encore, le paradigme dominant reste comportemental, et centré sur un modèle explicatif fondé sur la sexualité. Cette focalisation a eu comme conséquence, sur le plan pratique, la négligence de co-facteurs, comme celui de la pauvreté⁴, et l'absence de prise en compte de la transmission iatrogène, notamment par le matériel d'injection dans les services de santé. Sur le plan politique, cette centration a « produit une image de l'Afrique et de ses habitants qui s'est répandue en Europe et en Amérique du Nord, constituant une vulgate qui mêle une représentation fantasmée de la sexualité et des données décontextualisées sur les comportements sexuels » (Fassin, 2006, p. 236).

Les constats auxquels aboutit Fassin sur l'expérience du sida en Afrique du sud rompent par conséquent avec les lieux communs sur la maladie, non seulement dans ce contexte spécifique mais aussi dans le contexte global. En regard de l'histoire de l'Afrique du sud, la chronique du sida peut se lire comme le contre-point de la Commission « Vérité et de réconciliation », qui s'est efforcée de solder l'héritage douloureux de l'apartheid. « La maladie vient révéler les lignes de fracture et les zones d'ombre de la démocratie sud-africaine », écrit Fassin (Fassin, 2006, p. 15) : à travers elles remontent à la surface des souvenirs que l'on pensait enfouis, les cicatrices de l'apartheid s'ouvrent à nouveau. L'histoire du sida renvoie en fait à l'histoire des épidémies, qui, en Afrique du sud, fait partie intégrante de l'histoire de la ségrégation raciale. On retrouve ainsi, dans le répertoire ordinaire de l'interprétation de l'épidémie (dans les récits biographiques comme dans certains discours du président sud-africain), une théorie génocidaire, autrement dit une interprétation de l'épidémie reposant sur l'idée d'extermination du peuple noir. Ce type d'interprétation peut être rattaché aux structures de la réponse sud-africaine au sida qui s'organisent, selon Fassin, autour d'une *économie morale du ressentiment*, celui-ci caractérisant, en référence à Nietzsche, la relation douloureuse des dominés à leur histoire : « Le sida, pour beaucoup en Afrique du Sud, et notamment pour ceux qui ont subi ou parfois combattu l'apartheid, est une expérience ressentie au sens strict. Il fait revivre le passé de violence, d'humiliation, d'indignité que l'on a connu ou que l'on a entendu raconter par ses parents et ses proches » (Fassin, 2006, p. 260). Parallèlement à cette économie morale qui renvoie au passé, les réponses sud-africaines au sida s'organisent autour d'une *économie morale du soupçon* qui se joue au présent : « L'expression de préjugés culturalistes et racistes dans les années qui ont suivi sa découverte, la mise en cause des comportements sexuels et des traditions locales, l'imposition de solutions résultant d'une vision à la fois réductrice et minimaliste de ce dont les Africains avaient besoin ou de ce qu'ils étaient en mesure d'accepter les ont confortés dans le scepticisme et la suspicion » (Fassin, 2006, p. 260).

Le futur n'est cependant pas en reste. A ces deux économies doit ainsi s'ajouter une logique de la praxis, autrement dit de la force d'action portée par tous ceux qui œuvrent au changement social. Cette logique laisse entrevoir la dimension proprement vitale qui s'exprime à travers l'expérience de la maladie, – au-delà de son caractère mortifère – non seulement au niveau individuel (pratique de régénération morale, ambition de vivre), mais aussi au niveau collectif (discours de la Renaissance africaine). Si la marge de manœuvre des habitants des *townships* est faible face aux inégalités et à la violence qui déterminent leurs conditions de vie, la maladie, produit de ces inégalités et de cette violence, fonctionne aussi par moment comme ressource sociale (ici, une allocation d'invalidité qui permet de sortir de

⁴ Encore que pour Fassin, plutôt que de penser le lien entre pauvreté et sida, il serait plus pertinent d'analyser la situation en termes d'inégalités sociales, entendues comme inégalités économiques, raciales et aussi de genre.

la spirale du malheur et de la domination ; là, l'engagement dans la vie associative comme source de reconstruction d'une autonomie). La posture critique de Fassin laisse ainsi entrevoir le « jeu des structures », autrement dit la dialectique, essentielle à la compréhension de toute réalité sociale, entre les actions singulières et l'activité collective.

La perspective développée dépasse de loin les seules frontières de l'Afrique du Sud, et elle révèle certains des enjeux les plus cruciaux du monde contemporain. « L'histoire du sida en Afrique du Sud, écrit en effet Fassin, tisse une toile de significations qui va bien au-delà des frontières du pays et bien au-delà des contours de la maladie. Elle raconte un ordre politique du monde qui est à la fois fait de configurations sociales et de dispositifs symboliques, de relations de savoir et de rapports de pouvoir, de représentations de soi et de discours sur l'autre » (Fassin, 2006, p. 398).

Conclusion

Dans le cadre de l'exemple relatif à la santé mentale, il s'est agi de lire la relation soignant-consultant sous l'angle de la reconnaissance d'un partenariat au cours duquel observations et interprétations se trouvent dans un rapport de transaction sociale. Cette clef de lecture permet de lire la rencontre thérapeutique sous l'angle d'un travail de composition entre les dimensions sociétales des représentations de la maladie mentale et les dimensions privées qui se forment concernant « ce malade-là » et dans le cadre de « cette famille-là ». Elle permet aussi de saisir le travail cognitif et relationnel des personnes confrontées à l'incertitude, et de redéfinir le rôle des soignants. Ces derniers occupent en effet une fonction de médiateurs, leur tâche consistant à produire, dans l'interaction, un univers de significations reliant dimensions sociétales, groupales et individuelles des représentations.

Concernant le sida, l'expérience sud-africaine a mis tout autant en évidence la perméabilité des frontières entre les dimensions collectives et individuelles, dans la compréhension de l'épidémie. La prise en compte de cette perméabilité fonde la possibilité de quitter le paradigme comportementaliste attaché à la perspective biomédicale, et d'inscrire la maladie au sein des structures sociales. Cette perspective permet donc également de comprendre qu'une épidémie – événement biologique s'il en est – n'en devient pas moins un fait social et politique. Et elle nous engage, pour en saisir la portée et parvenir à développer l'action, à prendre en compte les déterminants économiques et sociaux.

Les deux illustrations présentées ont donc en commun de rompre avec une conception traditionnelle en sciences, consistant à distinguer entre les perspectives macro- et micro-sociales. Toutes deux en effet s'inscrivent dans une conception dialectique qui met en tension les dimensions historico-sociales et les dimensions interactionnistes, c'est-à-dire dans une approche dynamique de la reproduction et de la production du social.

Des contraintes, forgées au cours de l'Histoire, encadrent bien en effet la pensée et l'action, par le fait de s'être cristallisées dans des conventions collectives et appareillées dans des objets. La dynamique actionnelle et la réflexivité qui se jouent au présent ne sont pas pour autant mécaniquement déterminées. Les interactions qui se jouent au présent constituent en permanence un espace de négociation du sens attribué aux objets du monde. Les dimensions socio-historiques et actionnelles sont dès lors dans un rapport constant de constitution réciproque. Le présent revisite le passé, et intervient dans la construction du futur.

Nos illustrations ont aussi en commun de tourner le dos aux cloisonnements disciplinaires pour, tout au contraire, s'appuyer sur la collaboration des focalisations complémentaires nourries par la sociologie, l'anthropologie sociale et culturelle et la psychologie sociale *de la connaissance*.

Elles s'attachent enfin également, à travers le regard critique qu'elles préconisent, à l'étude de ces préconstruits qui constituent nos catégories les plus spontanées de pensée et d'action.

Ceci afin d'éviter de considérer ces catégories comme des faits de nature, pour les concevoir, en revanche – qu'il s'agisse de catégories savantes ou de catégories de sens commun – sous l'angle d'interprétations de la réalité.

Nous l'avons vu à travers nos exemples, le renversement de perspective consistant donc à situer l'apport des sciences sociales en amont des disciplines médicales présente dès lors l'avantage essentiel de référer *aux contextes* dans lesquels sont produites les catégories relatives aux problématiques de la santé et de la maladie. Cette référence aux contextes de production permet ainsi de questionner les fondements normatifs qui connotent les catégories de la pensée et l'orientation de l'action, et qui renvoient à la fois à la structuration des espaces sociaux et aux enjeux de pouvoir traversant ces espaces.

BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine, TOURE Moriba, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999.

BERGER Peter, LUCKMANN Thomas, *The social construction of reality*, Doubleday and Company, New York, 1966.

BLANC Maurice (dir.), *Pour une sociologie de la transaction sociale II*, Paris, L'Harmattan, 1994.

BLANC Maurice, MORMONT Marc, REMY Jean, STORRIE Tom (dir.), *Vie quotidienne et démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale (suite)*, L'Harmattan, Paris, 1994.

BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.

CHARMILLOT Maryvonne, *Les savoirs de la maladie. De l'éducation à la santé en contexte africain*, Université de Genève-FPSE n° 81, Genève, 1997.

CHARMILLOT Maryvonne, « Quand les savoirs de la maladie se rencontrent et sont réinventés. Discours de femmes burkinabè à propos de deux pathologies », in Sabatier Colette, Douville Olivier, *Cultures, insertions et santé*, Paris, L'Harmattan, 2002.

CHARMILLOT Maryvonne, *Socialisation et lien social en contexte africain : une étude de cas autour du sida dans la ville de Ouahigouya (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat en sciences de l'Education, Genève, 2002.
<http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/CharmillotM/these.html>

CHARMILLOT Maryvonne, « Intervention sociale face à la maladie : la place du chercheur », *Sociedad y Estado*, Hors-Série, Brésil, Sao Paulo, 2004.

CORIN Ellen, « Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et sociétés. Folies et espaces de sens*, 17/1-2, 1993.

DE ROSA A, SCHURMANS Marie-Noëlle, « Dessiner la folie. Apports de l'analyse d'un matériel figuratif à l'étude des représentations sociales de la maladie mentale », *Education et Recherche*, 2, 1994, pp. 225-246.

DURUZ Nicolas, SCHURMANS Marie-Noëlle, LOB, R., MARTINEZ E, SEFERDJELI, L., « Les représentations sociales de la maladie mentale de l'enfant », Rapport de recherche pour le FNRS, n°114-40810.94, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Lausanne, 1997.

DURKHEIM Emile, « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de Métaphysique et de Morale*, tome VI, mai 1898.

FASSIN Didier, « L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », in C. Becker, J.P. Dozon, J.P. C. Obbo, C. et M. Touré, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999.

FASSIN Didier, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 2006.

GRIZE Jean-Blaise, *Sémiologie du raisonnement*, Ed. Lang, Bern, 1984.

GUIMELLI Christian (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Paris - Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994.

HERZLICH Claudine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984.

HERZLICH Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton, 1969.

JODELET Denise, *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989a.

JODELET Denise, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989b.

JODELET Denise, « Fou et folie dans un milieu rural français : une approche monographique », in W. Doise et A. Palmonari (éd.), *L'étude des représentations sociales*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1986.

LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.

LEVY-BRUHL Lucien, *La mentalité primitive*, Paris, Alcan, 1922.

MEAD Georges Herbert, *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF, 1963 (1ère éd. américaine, 1934).

MOSCOVICI Serge, *La psychanalyse, son image, son public*, 2e éd., Paris, PUF, 1976 (1ère éd. 1961).

PETRILLO Giovanna, (dir.), *La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, Paris, Delachaux et Niestlé, 2000.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Maladie mentale et altérité : deux thèmes antagonistes », in G. Petrillo (dir.), *La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, Paris, Delachaux et Niestlé, 2000.

SCHURMANS Marie-Noëlle, SEFERDJELI Laurence, « Transaction sociale et pression à l'inférence », in C. Garnier et M.-L. Rouquette (Eds), *Représentations sociales et éducation*, Montréal, Editions Nouvelles, 2000, (sous presse).

SCHURMANS Marie-Noëlle, DURUZ Nicolas, « Cooperating, fighting against or letting go in the therapeutic encounter. How social logics arise with parents with psychologically disturbed children », in J. Guimon & W. Fischer (Eds), *The image of madness : attitudes towards psychiatry, psychiatrists and psychiatric treatment*, Basel, Karger AG, 1999a.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Transaction sociale et représentations sociales », *Environnement et Société*, 17, 1996, pp. 57-71.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Acculturation et transaction sociale. Apports de la sociologie à la psychologie interculturelle », *Bulletin de Psychologie*, P. G. Coslin et G. Vinsonneau (Eds.), *Contacts de cultures : processus identitaires, Appartenances, Intégrations, Exclusions*, 419, 1995, pp. 250-259.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Rationalité médicale et actualité du mythe », *Psychoscope*, 4, 15, 1994b, pp. 12-15.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Négociations silencieuses à Evolène : Transaction sociale et identité sociale », in Blanc Maurice, Mormont Marc, Remy Jean, Storrie Tom (dir.), *Vie quotidienne et démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale (suite)*, Paris, L'Harmattan, 1994a, pp. 129-154.

SCHURMANS Marie-Noëlle, *Maladie mentale et sens commun*, Neuchâtel - Paris, Delachaux et Niestlé, 1990.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Maladie mentale : fait de nature, concept et représentation sociale », *Nervure. Journal de psychiatrie*, 4, tome II, mai, 1989.

SCHURMANS Marie-Noëlle, « Le fou pollueur », *Revue européenne des Sciences sociales*, tome XXII, n°66, Genève, Ed. Droz, 1984.

THEVENOT Laurent (dir.), *Conventions économiques*, Paris, PUF (Cahiers de Centre d'Etude de l'Emploi), 1986a.

THEVENOT Laurent, « Les investissements de forme », in Thévenot Laurent (dir.) *Conventions économiques*, Paris, PUF (Cahiers de Centre d'Etude de l'Emploi), 1986b, pp. 21-71.

THEVENOT Laurent, « Equilibre et rationalité dans un univers complexe », *Revue économique*, numéro spécial *L'économie des conventions*, n°2, mars, 1989, pp. 147-197.

VIDAL Laurent, « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n°2, 1995, pp. 5-27.