



HAL
open science

“ Le médecin soigne, seul Dieu guérit ” : la figure divine au cœur d’enjeux de légitimation des soins oncologiques à Abidjan (Côte d’Ivoire)

Élise Nédelec

► To cite this version:

Élise Nédelec. “ Le médecin soigne, seul Dieu guérit ” : la figure divine au cœur d’enjeux de légitimation des soins oncologiques à Abidjan (Côte d’Ivoire). *cArgo - Revue internationale d’anthropologie culturelle et sociale*, 2022, Médecine et religion, 11, pp.83-100. halshs-03575959

HAL Id: halshs-03575959

<https://shs.hal.science/halshs-03575959v1>

Submitted on 24 Feb 2022

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.

Élise Nédélec est doctorante en anthropologie à l'université de Bordeaux, rattachée aux laboratoires Les Afriques dans le Monde (LAM, UMR 5115) et Centre Population et Développement (Ceped, UMR 196). Elle travaille sur la construction des expériences des cancers mammaires et gynécologiques par les femmes touchées et les équipes médicales qui les prennent en charge à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

Mots-clés : Côte d'Ivoire – cancers du sein – cancers gynécologiques – biomédecine – religion

« Le médecin soigne, seul Dieu guérit » : la figure divine au cœur d'enjeux de légitimation des soins oncologiques à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Élise Nédélec,
Université de Bordeaux/LAM/Ceped

Au cours de ma thèse, mon journal de terrain contient 142 occurrences du terme « Dieu », sans compter celles des termes « religion », « religieux », « divin », et tous leurs champs lexicaux associés. Pourtant, mon objet de recherche est loin de s'inscrire en anthropologie des religions. Il se situe au cœur de problématiques liées à la maladie et à la santé, afin de réaliser une anthropologie des expériences des femmes et des équipes médicales faisant face aux cancers mammaires et gynécologiques à Abidjan, en Côte d'Ivoire. Les cancers et, plus particulièrement, les cancers mammaires et gynécologiques (notamment du sein et du col de l'utérus) connaissent des incidences (nombre de nouveaux cas par an) croissantes ces dernières années dans les pays des Suds (WHO, 2018). Le continent africain est parmi les plus touchés par cette augmentation et recense les taux de mortalités par cancers les plus élevés au monde (Parkin *et al.*, 2019). Pourtant, les maladies cancéreuses deviennent difficilement des priorités de santé publique en Afrique sub-saharienne face au primat du triptyque infectieux VIH-paludisme-tuberculose (Livingston, 2013 ; Ly, 2016 ; Graber *et al.*, 2018). En Côte d'Ivoire, en 2020, le taux d'incidence des cancers est de 123.3 pour 100 000 personnes et le taux de mortalité par cancers est de 88 pour 100 000 (Globocan, 2020). Les cancers du sein et du col de l'utérus sont les plus incidents avec des taux d'incidence respectivement de 44.7 et 31.2 et de mortalité de 25.3 et 22.8 pour 100 000 femmes (*Ibid.*). Ces forts taux de mortalité s'expliquent, notamment, par le peu d'investissement des autorités publiques dans la lutte contre les cancers, les diagnostics tardifs et les difficultés d'accessibilité aux traitements oncologiques alors que le pays est l'un des mieux dotés en matière de ressources humaines impliquées dans la prise en charge des cancers en Afrique de l'Ouest. Ce terrain de recherche m'a permis d'étudier une médecine en construction, en évolution et en improvisation (Livingston, 2012) : la cancérologie en contexte ivoirien.

Dès les premiers jours au sein du seul service d'oncologie du pays, je me suis rendu compte que cette spécialité médicale était investie de dimensions religieuses.

En cela, elle ne diffère pas d'autres médecines, notamment des branches s'occupant des personnes infectées par le VIH/sida dont la présence de terminologies et de considérations religieuses a déjà été démontrée (Gobatto et Lafaye, 2007 ; Gruénais, 1999 ; Tocco, 2017). Cet article partage le postulat mis en exergue par I. Gobatto et F. Lafaye de la reconnaissance en contexte de soins d'une entité faisant consensus en tant que « force supra-humaine », « Dieu », renvoyant à un « principe général et partagé d'explication du monde » (2007 : 20-21) et dénué de substance religieuse particulière. La littérature anthropologique documente abondamment les liens entre santé et religions, notamment à travers le prisme des recours religieux de santé par des malades en quête de soin et de guérison¹. L'originalité de l'approche développée ici est d'interroger la place des registres religieux dans la pratique biomédicale dont les soignants sont acteurs. Cet article questionne dans quelle mesure la mobilisation des registres religieux et de la figure divine au sein des soins en oncologie à Abidjan contribue au maintien de la relation de soins entre les professionnels et les malades et ce, à chaque temporalité spécifique induite par la prise en charge d'un cancer féminin.

Méthodologie de la recherche

Cette recherche se fonde sur des données issues de plusieurs phases d'enquête effectuées entre 2015 et 2018 avec une méthodologie ethnographique et qualitative. Au total, j'ai passé dix-sept mois sur le terrain au cours de quatre périodes différentes. L'enquête ethnographique, initialement commencée en master de recherche en anthropologie, s'est poursuivie en doctorat. Elle se compose d'une ethnographie hospitalière réalisée au sein de différents services impliqués dans la prise en charge des cancers à Abidjan : le seul service de cancérologie du pays et deux services de gynécologie situés dans des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU). Certaines cliniques privées, dans lesquelles exercent les mêmes oncologues² qu'au CHU, ont été des sites d'observation complémentaires. Le corpus observationnel comprend des observations de consultations médicales (de dépistage, d'annonce, de suivi, etc.), des chambres et des soins en hospitalisation, des soins en ambulatoire (notamment de chimiothérapie), des observations au bloc opératoire et aux diverses réunions de service, dont les réunions hebdomadaires de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie.

La prise en charge hospitalière des cancers mammaires et gynécologiques a été un pôle central de l'ethnographie. Cela m'a permis de multiplier les rencontres avec les professionnels de santé (infirmiers, médecins, oncologues, gynécologues, etc.), mais aussi avec les femmes atteintes et leurs familles. Un autre pan de l'enquête s'est ainsi déroulé dans les foyers des personnes malades et/ou soignées, à la rencontre de leur intimité et de leurs activités quotidiennes (marchés, soins, activités religieuses, etc.). Cette immersion avec les femmes ayant participé à l'enquête et leurs proches s'est faite progressivement, sur plusieurs semaines et plusieurs mois, voire plusieurs

¹- Voir Fainzang (1986), Tonda (2001), Laurent (2003), Vidal (2004a, 2004b), Fancello (2007) ou encore Hermann-Mesfen (2012).

²- Les oncologues exerçant au service de cancérologie du CHU de Treichville (CHUT) sont les seuls spécialistes de la prise en charge des cancers en Côte d'Ivoire. Ils se retrouvent donc à pouvoir également exercer de façon épisodique dans des structures de santé privées, qui ont souhaité ouvrir des consultations d'oncologie ou leurs blocs opératoires aux chirurgies carcinologiques.

années, selon les phases d'enquête et l'état de santé des concernées. Au total, une trentaine de femmes, aux appartenances religieuses et ethniques différentes ainsi qu'aux caractéristiques sociales, économiques, démographiques, professionnelles et niveaux d'instruction divers, ont contribué à cette recherche. Les lieux de résidence des femmes rencontrées sont aussi pluriels : quartiers populaires et quartiers aisés d'Abidjan pour une majorité, petites villes ou villages de l'intérieur du pays pour certaines (elles se rendent alors à Abidjan pour leurs soins). Au cours des dix-sept mois (non consécutifs) passés sur le terrain, quatre-vingt-trois entretiens libres et semi-directifs se sont tenus avec les différents soignants rencontrés (médecins généralistes, oncologues, gynécologues, sages-femmes, infirmiers, etc.), les femmes et certains époux. Le fait d'instaurer des relations d'enquête dans la durée, au fur et à mesure des périodes sur le terrain, a permis une répétition des entretiens et des rencontres avec la plupart des interlocuteurs, affinant ainsi la quantité mais surtout la qualité des données recueillies. De nombreux échanges informels, tant avec les malades et leurs proches qu'avec les professionnels de santé ont complété le corpus de données.

L'omniprésence de références religieuses en contexte hospitalier

La religiosité imprègne les différents hôpitaux et services ethnographiés à plusieurs niveaux. D'un point de vue infrastructurel, les CHU comprennent des lieux de cultes comme des mosquées, des églises et des grottes de prière.



Fig. 1 : La visibilité des sites religieux au sein du CHUT : présence de la mosquée et de la chapelle sur les panneaux d'indication à l'entrée du CHUT, absence de la mention du service de cancérologie. © Élise Nédélec

La cohabitation entre religions et médecine est ainsi inhérente aux lieux. Ces sites religieux sont dédiés au recueillement des patients et de leurs proches, mais ils sont également animés par les activités quotidiennes et hebdomadaires propres à chaque religion représentée. Au sein même des locaux de certains services, on retrouve des signes religieux : affiches aux effigies divines ou saintes, statuette, citations religieuses, tapis de prière, etc. Les patients et leurs accompagnants participent aussi

à l'imprégnation religieuse du milieu hospitalier. Dans les affaires personnelles des malades se trouvent des tapis de prière, des recueils de prières et les manuscrits des textes sacrés (principalement de la Bible et du Coran) jonchent les lits. D'un point de vue relationnel, les références religieuses sont nombreuses dans les échanges entre les soignants et les patients (et leurs accompagnants). La mobilisation de références religieuses de la part des professionnels de soins accompagne les différentes temporalités de la maladie et des traitements. Quatre temporalités se distinguent ainsi.

Situation 1 : Les consultations d'annonce de la maladie en oncologie

La première concerne les consultations médicales et, notamment, les consultations d'annonce de la maladie cancéreuse. L'annonce du diagnostic d'un cancer est immédiatement suivie par l'annonce du projet thérapeutique aux malades, c'est-à-dire des traitements possibles. À la fin de cette double annonce (de la maladie et des traitements), il est usuel d'entendre le médecin (quel que soit sa propre confession) demander à la patiente : « Tu crois en Dieu ? » La réponse la plus fréquente étant « Oui, Docteur », le médecin enchaîne : « Alors il faut prier, il faut prier, Dieu va faire pour toi ! » Une question particulière suscite également ce type de discours, celle de la guérison.

À l'interrogation des malades (ou de leurs proches) : « Docteur, le cancer, est-ce qu'on peut guérir... ? », le médecin peut élaborer deux types de réponses selon le pronostic qu'il fait silencieusement au regard des résultats des examens médicaux à sa disposition. Dans un cas, où le pronostic est estimé favorable à la rémission, le médecin assure la malade de la « guérison » : « Oui, tu vas guérir, tu vas faire ton traitement et tu vas guérir, y en a qui sont guéries aujourd'hui, elles ont fait des enfants, elles travaillent ! Tu peux même pas savoir qu'elles ont eu un cancer. » Dans l'autre cas, où le traitement est envisagé de façon exclusivement palliative, le médecin parle d'une possible « chronicisation » de la maladie : « C'est une maladie comme le diabète, comme l'hypertension, c'est une maladie chronique, tu vas te traiter et tu vas vivre avec, ça est là, mais tu peux vivre avec, tu continues tes activités, ta vie, on va stabiliser la maladie et tu vas vivre, d'accord ? » Mais dans les deux cas, il est très fréquent d'entendre le médecin finir son propos par : « Tu sais, la guérison, c'est Dieu... Seul Dieu donne. Nous, les médecins, on va te traiter, pour que tu vives, tu vas faire ton traitement, mais c'est Dieu qui guérit, n'est-ce pas ? On remet tout dans les mains de Dieu »³... ce à quoi les patientes et proches acquiescent.

Situation 2 : Les séances de chimiothérapie

Le second temps est celui de la réalisation d'une séance de chimiothérapie ou « cure⁴ ». Il faut préciser que la plupart des femmes rencontrées prennent avec elles les textes sacrés de leur confession religieuse (comme la Bible ou le Coran), qu'elles posent sur leur lit d'hospitalisation durant les séances. J'ai pu observer à de nombreuses reprises l'infirmier, spécialisé dans l'administration des chimiothérapies au sein du service de cancérologie, comme les sages-femmes, spécialisées dans l'administration des chimiothérapies au sein des services de gynécologie, faire des prières avec les patientes.

³- Consultation d'oncologie, carnet d'observation, 7 mars 2017.

⁴- Terme habituellement utilisé pour désigner les séances de chimiothérapie par les soignants des services au sein desquels j'effectue mes recherches.

Cela peut se produire tant à la demande de celles-ci qu'à l'initiative des soignants, même lorsque leurs appartenances religieuses diffèrent. Par exemple, l'infirmier spécialisé, qui a également la fonction de pasteur évangélique au sein de son Église, peut effectuer des prières auprès de femmes chrétiennes ou musulmanes, expliquant que « Dieu nous aime tous, il ne fait pas de différence ». Ces prières demandent à la fois la guérison, le succès du traitement, sa puissance et de moindres effets secondaires. Ces prières sont réalisées avant l'administration du traitement ou pendant la séance.

Situation 3 : L'étape chirurgicale : ablation des organes féminins

La troisième étape est celle de l'intervention chirurgicale lorsqu'elle fait partie du projet thérapeutique proposé par le médecin à une femme atteinte d'un cancer du sein ou du col de l'utérus. Le processus d'acceptation de l'opération peut faire intervenir une référence religieuse. Au vu du contexte ivoirien, où 80 % des femmes diagnostiquées arrivent avec un stade tardif (Touré *et al.*, 2013 ; Registre des cancers d'Abidjan, 2017), l'ablation du sein malade ou de l'utérus est la pratique la plus fréquente, après les séances de chimiothérapie. Or, s'il s'agit de la pratique la plus recommandée par les équipes médicales, elle est aussi la moins acceptée par les femmes concernées. Toutes les femmes que j'ai rencontrées ont, dans un premier temps au moins, refusé l'intervention. D'autres l'ont refusée de façon définitive. Ces refus s'expliquent par diverses raisons, qui peuvent être exclusives ou combinées. Les principaux motifs sont notamment les craintes de mourir durant l'acte chirurgical (qui a une mauvaise réputation au niveau local), les craintes de mourir en cas d'incomplétude du corps (c'est-à-dire, si l'on perd un organe comme un sein ou un utérus), un désir de maternité (incompatible avec une hystérectomie, par exemple), un manque de moyens financiers pour réaliser l'opération et surtout, l'atteinte au corps de la femme, à sa féminité et à son identité sociale et genrée du fait de l'« amputation » et de la « mutilation » que représente l'intervention.

Face à ces refus, les soignants s'efforcent de convaincre les femmes (et leurs proches) de la nécessité de réaliser l'opération dans le but de « guérir » du cancer. L'une des modalités de ce processus est notamment de faire intervenir la figure de Dieu. Ainsi, j'ai assisté à nombre de rencontres où le médecin, avec le soutien de l'équipe médicale, dit à la patiente :

« Tu sais, Dieu, il t'a mis sur notre chemin, tu es venue nous voir à l'hôpital, il t'a mis entre les mains des spécialistes. C'est Dieu qui donne la connaissance à l'Homme, tu sais ça ? C'est lui qui donne la connaissance aux médecins. On te dit que c'est le mieux pour toi, c'est lui qui nous a appris ça, il faut faire ce que Dieu a prévu pour toi. Si tu ne suis pas le plan de Dieu, si tu ne fais pas l'opération, ça ne va pas être bon »⁵.

Situation 4 : Ultime recours en fin de vie

Enfin, un dernier temps peut être investi d'une référence religieuse. Il s'agit du temps correspondant à la fin de vie pour la femme touchée par un cancer. Les soignants dispensent alors exclusivement des soins palliatifs. Lorsque la malade est en phase

⁵- Consultation du Pr. P., carnet d'observation, 19 août 2015.

terminale, médecin et parents proches se rencontrent. Régulièrement, le soignant fait intervenir la figure divine. Dieu est mis en avant comme seul responsable et décideur de la mort de quelqu'un. Il « rappelle à lui ses fidèles au moment choisi ». Dans l'entendement local et des fidèles, de façon plus générale, personne ne peut « aller contre la volonté de Dieu ». La mort d'un proche peut sembler plus facilement acceptable.

Ces différentes situations (1 ; 2 ; 3 ; 4) correspondent à quatre temps hospitaliers distincts mais successifs dans un continuum de soins, imprégné de connotations liées au registre divin. Il y a donc un accompagnement des temporalités de la maladie cancéreuse et des soins par ce registre.

Des soignants entre imprégnation d'un référentiel quotidien et instrumentalisation de la figure divine

Les professionnels de soins en oncologie introduisent donc « Dieu » au sein de la relation patients-soignants. Il semble qu'ils soient dans une position ambivalente par rapport à cette imbrication des registres médicaux et religieux. Cette position renvoie à trois dimensions.

En premier lieu, la prégnance des références religieuses est partagée à Abidjan. Selon le dernier recensement⁶ (datant de 2014), les populations en Côte d'Ivoire se déclarent pour 42 % musulmanes, 34 % chrétiennes (catholicisme, évangélisme, méthodisme, et nouvelles Églises), 19 % sans appartenance religieuse, 4 % animistes et 1 % d'autres religions (bouddhistes, etc.). L'appartenance religieuse est ainsi majoritairement déclarée au niveau national. Elle est palpable et visible dans la ville d'Abidjan, les différents lieux de cultes sont souvent remplis et les activités et événements religieux rythment le quotidien. Le monde hospitalier ne fait pas exception à l'omniprésence des mentions de Dieu, tant dans les discours des malades, de leurs familles que des soignants. Les expressions « on rend grâce à Dieu », « Dieu guérit », etc. sont quotidiennes sur le terrain et correspondent à un usage courant. Gobatto et Lafaye en font également le constat :

« À Abidjan, un foisonnement religieux est observable, comme dans nombre d'autres capitales d'Afrique de l'Ouest (Laurent, 2003 ; Otayek, 1999). Les multiples références qui sont faites à Dieu sont explicites, qu'elles s'expriment à travers des expressions vides de sens religieux ou, à l'inverse, significatives d'une foi et d'une spiritualité ferventes. De la même manière, Dieu imprègne le quotidien des soignants dans toutes les structures de santé étudiées, qu'elles soient confessionnelles ou non. » (Gobatto et Lafaye, 2007 : 20).

Deuxièmement, les membres des services hospitaliers ethnographiés se déclarent majoritairement croyants et appartenant à différents groupes religieux présents en Côte d'Ivoire : musulmans, chrétiens catholiques et évangéliques ou encore bouddhistes. En majorité, ils sont pratiquants de façon occasionnelle ou régulière. Certains se rendent d'ailleurs fréquemment sur les lieux de cultes institués au sein

⁶- Statistiques fournies par l'Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire (www.ins.ci).

des CHU et/ou vont dans d'autres sites culturels, en dehors de l'enceinte de l'hôpital.

Une anecdote issue de mon premier séjour sur le terrain, en juillet 2015, permet d'illustrer l'importance de l'appartenance religieuse pour les soignants rencontrés :

« Vendredi 3 Juillet 2015 – CHU de Treichville (CHUT) – Jour de la ‘grande visite’⁷. Première participation à la grande visite pour ma part. [...] Je note une présence de la religion par : ‘Dieu merci, ça va’, ‘ayez la foi’, ‘priez’, ‘le Seigneur’, etc. Ces expressions sont tant évoquées par les médecins que par les malades. J’observe leurs proches, beaucoup font des prières dans le couloir (ils n’ont pas accès aux chambres pendant le temps de la visite), seuls ou à plusieurs. Il y a une coexistence forte de la médecine et de la religion au sein du bâtiment des hospitalisations. À la fin de la grande visite, un médecin (chrétien catholique) de l’équipe me demande de quelle religion je suis... J’hésite à répondre mais ne peux pas mentir : ‘Je n’en ai pas’. Il s’étonne et je sens l’étonnement de ses collègues autour qui me regardent : ‘Tu n’es pas chrétienne, ni musulmane ?’ insiste-il. ‘Ni l’un, ni l’autre’. ‘Tu es athée ?’ ‘Oui’. ‘Ah naaan ! Il faut que tu choisisses une religion, celle que tu veux mais il faut croire !’. Le professeur d’oncologie (musulman), adjoint au chef de service, assistant à l’échange renchérit sur la nécessité d’avoir une religion et le devoir d’en trouver une, maintenant que je suis parmi eux »⁸.



Fig. 2 & 3 : La prégnance religieuse au sein du service d'oncologie du CHUT : des tapis de prière jouxtant les ressources médicales.
© Élise Nédélec

⁷- La grande visite correspond à une réunion hebdomadaire durant laquelle tous les médecins du service se réunissent pour rendre visite aux malades hospitalisés dans les chambres de cancérologie et faire le point sur leur situation, la conduite à tenir, etc.

⁸- Extrait du journal de terrain, le 3 juillet 2015.

Cet extrait montre non seulement la présence de références religieuses sur le terrain, mais aussi l'entendement tacite et partagé, quelle que soit l'appartenance des soignants, sur la foi. L'inscription dans une religion apparaît comme une obligation sociale et morale.

La dernière dimension écarte cependant la mobilisation de la figure divine uniquement de façon habituelle au sein d'un contexte local où elle est omniprésente. Effectivement, un usage volontaire et stratégique des soignants s'observe. Les différents membres des équipes médicales que je suis sur le terrain, interrogés à ce propos, opèrent cette mobilisation de façon consciente. Bien que revendiquant tous une appartenance religieuse, ils expriment un certain scepticisme quant à la possibilité d'une « guérison divine » face aux cancers. S'affirmant « scientifiques », la rémission ne peut venir que des traitements biomédicaux anticancéreux selon eux. Dieu est alors placé comme adjuvant de la rémission et non comme « guérisseur » lorsque les soignants mettent en avant leur appartenance au corps médical. Il s'agit donc pour eux de proposer un espace de résilience aux malades et à leur famille dans le registre religieux, face aux difficultés et aux défaillances multiples de la prise en charge des cancers en Côte d'Ivoire.

Par exemple, lors d'un échange sur la difficile adhésion des femmes aux traitements des cancers du sein, et notamment, à la réalisation de la mastectomie, le Dr. D. me confie :

« Je lui dis de prier Dieu, à chaque fois, qu'il fera ce qui est bon pour elle, Dieu ne fait pas ce qui est mauvais, donc qu'il ne faut pas s'opposer à ça [...] . Je fais ça, en dernier recours quoi, je joue sur le côté spirituel ! Je lui dis d'accepter ce que Dieu fait, que ce que Dieu fait est bon, qu'il faut prier, qu'il faut accepter l'opération »⁹.

Dr. D. est bouddhiste et se déclare non croyant en un Dieu « créateur ». Il montre néanmoins ici comment il adapte son discours face à des patientes (en majorité chrétiennes et musulmanes) à des fins de persuasion et ce, de façon totalement conscientisée. Il peut donc y avoir une instrumentalisation des références religieuses faisant de Dieu « cet allié important des soignants abidjanais » (Gobatto et Lafaye, 2007 : 20). Les praticiens, face aux malades et à leurs proches, font de la religion un outil relationnel et un levier décisionnel parce qu'ils en expérimentent les effets positifs.

Stratégies rhétoriques de la mobilisation de références religieuses dans les soins oncologiques

Les usages des énoncés et des actes religieux au sein des soins des cancers relèvent principalement de deux modalités stratégiques : la première consiste à positionner les soins biomédicaux comme incontournables du parcours thérapeutique, la seconde permet de pallier les différentes incertitudes médicales et relationnelles. Ces stratégies sont mises en place aux différents temps de la prise en charge des cancers, comme explicités précédemment, et peuvent se combiner au sein d'une même temporalité. Par exemple, une situation d'annonce de la maladie (situation 1) peut amener le médecin à mobiliser les deux modalités stratégiques.

⁹- Échange informel, le 23 février 2016.

Dans la première stratégie rhétorique, les soignants positionnent leur rôle et projet thérapeutique comme relevant d'une volonté divine. Ils se placent ainsi comme des acteurs participant à un processus de guérison régi par le divin. Ils apparaissent en tant que « relais » ou « canaux » de cet ordre divin, dont les connaissances et la pratique biomédicales, à travers la proposition d'un projet thérapeutique en oncologie, seraient une matérialisation. L'exemple développé en situation 3 montre comment les médecins peuvent se référer au religieux pour inféoder leur pratique médicale et leurs propositions thérapeutiques à une volonté divine. Cette justification divine de l'acte chirurgical est utilisée comme si les femmes ne pouvaient pas la rejeter. Elle aurait une valeur et une autorité plus fortes que l'explication médicale seule. En se référant à ce registre, les soignants cherchent à s'investir d'une autorité religieuse, qui serait supérieure dans l'entendement local à celle du corps médical auquel ils appartiennent. On observe donc une recherche de légitimation du parcours de soins proposé en oncologie. Les soignants présentent ce parcours comme une partie intégrante d'un projet divin dans l'optique d'obtenir la guérison. Il s'agit de rendre « recevable » un protocole médical par la mobilisation d'une référence religieuse (Gobatto et Lafaye, 2007).

La seconde stratégie rhétorique, qui se retrouve principalement dans les situations 1, 2 et 4 décrites précédemment, montre les façons dont les soignants mobilisent le registre divin afin de pallier les incertitudes médicales et relationnelles auxquelles ils font face. Cette mobilisation permet de faire reposer l'issue de la maladie (situations 1 et 4) et des traitements (situations 1 et 2) sur une volonté divine, émanant d'un Dieu « salvateur », promu par les soignants. Ainsi, les professionnels se dédouanent face à trois types d'incertitudes. Le premier type concerne le temps d'annonce du diagnostic : les soignants ne disposent pas toujours de la stadification du cancer lors de l'annonce de la maladie à la personne atteinte et à ses proches. Mobiliser la figure divine comme seule responsable de la guérison permet ainsi de susciter l'espoir, quelle que soit la future découverte du stade du cancer. Le second type d'incertitude concerne l'efficacité potentielle des traitements. D'une part, en cas de doute sur le stade de la maladie, le protocole thérapeutique proposé en urgence peut ne pas être adéquat une fois ce dernier connu. D'autre part, en cas de difficultés financières des malades et de leurs familles à assumer les coûts des traitements, les soignants peuvent proposer des protocoles plus accessibles financièrement bien que moins efficaces face à la tumeur. En outre, selon l'agressivité de la tumeur, l'échec thérapeutique est toujours envisageable en oncologie. Ici encore, mobiliser le registre divin permet d'éviter de discourir sur les doutes quant à l'efficacité des traitements et à la potentielle guérison des malades. Cela permet également de dédouaner la biomédecine et les protocoles proposés en cas d'échec. Le troisième type d'incertitude concerne l'issue mortelle de la maladie cancéreuse. Afin de ne pas donner de pronostic relatif au temps de vie restant, notamment en situation palliative, les soignants renvoient les malades et leurs familles à la volonté de Dieu. Cela permet d'atténuer le trouble temporel ou, du moins, de le distancier du registre médical. La mobilisation de la figure divine par les praticiens hospitaliers permet une euphémisation de l'action de la maladie et de l'impuissance médicale face à la puissance de Dieu.

Quel que soit le type d'incertitudes, liées au diagnostic, aux traitements ou à l'issue de la maladie, les professionnels utilisent des références religieuses qui leur permettent un dédouanement, voire une déresponsabilisation, des soins en oncologie. Cette imbrication du registre religieux et du registre médical dans les discours des soignants a pour objectif de susciter l'espoir, de faire face aux craintes et/ou à l'abattement des patientes et de leurs proches. Cela répond également à une attente des personnes touchées, particulièrement présente à Abidjan : la guérison, quel que soit le stade du cancer, y compris lorsqu'il est connu par les malades et le type de traitements.

Les deux stratégies rhétoriques identifiées montrent une certaine ambivalence du côté des soignants : le recours au registre divin apparaît comme une justification tant de réalisation des soins biomédicaux, sous-tendue par une logique d'efficacité, que de leur dédouanement, sous-tendu par une logique d'incertitude. Seulement, cette ambivalence *a priori* paradoxale révèle *in fine* un positionnement des soins oncologiques par les professionnels sous l'égide d'une entité divine, prescriptive de leurs pratiques mais seule responsable et décisionnaire de leurs finalités.

Registres discursifs médicaux et religieux dans les soins des cancers : d'une cohabitation nécessaire à une concurrence frictionnelle ?

L'imbrication des registres discursifs médicaux et religieux en oncologie suscite différents effets. Ces effets se répartissent en deux catégories : une première relative aux conséquences positives et escomptées, une seconde présentant des incidences imprévues et non désirées¹⁰ par les soignants.

La première catégorie montre des effets positifs de la mobilisation de la figure divine au sein de la relation de soin. Face à des femmes majoritairement croyantes et pratiquantes, et leurs accompagnants, les références à Dieu et à la prière sont pour les médecins une aide et un soutien à leur pratique quotidienne afin de préserver le « moral » des patientes. Ils leur proposent ainsi un recours positif tant pour eux, la relation de soins étant perçue plus sereine lorsque les patientes « ont le moral », que pour elles. Ils se déchargent aussi de façon subtile, en faisant de la médecine un champ d'action aux potentialités soumises en définitive au divin. Les femmes sont incitées par les soignants au dialogue religieux avec Dieu, en tant qu'entité supra-humaine, et les hommes de Dieu, en tant que ses représentants sur Terre. Cette incitation permet aux soignants de pallier le manque de temps concernant le dialogue et l'écoute avec les patients au regard de leur contexte d'exercice. Les femmes peuvent compter sur la puissance divine et être mobilisées dans leur guérison face à Dieu. Les femmes rencontrées au cours de ma recherche, chrétiennes comme musulmanes, manifestent une augmentation de leurs pratiques religieuses (prières, fréquentation des lieux de cultes et de camps de prières, appartenance à des groupes au sein de la communauté religieuse dits « de malades » ou « de guérison », etc.) durant leur quête de guérison face au cancer. Le recours à la religion apparaît alors comme une ressource dans leur lutte contre la maladie et une source de résilience (Marquis, 2018).

¹⁰- Voire des effets que l'on pourrait nommer « pervers » (Boudon, 1977).

De plus, le recours au divin par les médecins (d'autant plus lorsqu'ils sont de la même confession que la patiente) crée une proximité entre lui-même, la malade et ses proches. Ils communiquent sur un référentiel commun et les soignants cherchent à motiver une foi en un Dieu « salvateur ». Pour les praticiens, il s'agit de rassurer par la puissance divine. Ce discours est attendu et répond aux attentes des femmes rencontrées, qui sont en quête d'une guérison (Benoist, 1996) et placent leurs espoirs en un Dieu « guérisseur ».

En utilisant le registre religieux lorsqu'ils sont démunis face aux questions sur la « guérison », face aux refus d'interventions chirurgicales et face à la mort des patientes, les praticiens hospitaliers fournissent un refuge en la foi, pour les femmes et leurs proches, telles des prescriptions (religieuses) officieuses. Ils font cohabiter, dans leur pratique quotidienne, prescriptions religieuses et biomédicales. Ils incarnent donc, sur le plan personnel et professionnel, la coexistence de ces registres – religieux et médicaux – tant qu'il s'agit d'optimiser leurs expériences de soignants et leurs relations aux patientes.

La seconde catégorie d'effets induits par la mobilisation de la figure divine au sein des soins d'oncologie en présente les limites. Si les soignants sont acteurs de la cohabitation des registres médicaux et religieux dans l'objectif de maintenir la relation de soins, cet objectif peut se retrouver desservi par cette imbrication. Prônant un Dieu « salvateur », les praticiens, de façon non nécessairement consciente, légitiment les recours aux thérapies religieuses. Cela est accepté de la part du corps médical lorsqu'il y a cohabitation des thérapies, c'est-à-dire en cas de recours pluriels de soins (religieux, biomédicaux, etc.) par les femmes concernées, et lorsque les médecins en sont avertis. Mais cela est fortement réprouvé lorsque le recours religieux devient exclusif et/ou est caché. Il s'agit, notamment, des fréquents départs de femmes malades (en majorité de confession chrétienne mais aussi, moins fréquemment, de confession musulmane) en camps de prière, souvent à l'intérieur du pays, en zones rurales. Les camps de prière, de guérison ou encore de délivrance sont des structures religieuses mises en place par les différentes religions présentes en Côte d'Ivoire et, plus généralement, sur le continent africain (Arias *et al.*, 2016 ; Fancello, 2005 ; Peprah *et al.*, 2018). Ces camps de prière de guérison ou encore de délivrance sont issus, dans la sous-région, des mouvements pentecôtistes ghanéens et se sont ensuite répandus en Côte d'Ivoire à partir des années 1970 (Fancello, 2005). Ces institutions s'y développent en zones péri-urbaines et rurales. D'autres mouvements religieux, catholiques comme musulmans, vont également proposer des infrastructures similaires dédiées à la guérison. Elles sont souvent rattachées à une congrégation religieuse particulière et dirigées par une personnalité religieuse reconnue à l'échelle nationale, voire internationale, et nommée « prophète-guérisseur ». Ce leader religieux n'a pas nécessairement de formation théologique, mais est réputé pour ses dons de guérison. Les fidèles peuvent se rendre dans ces camps à la recherche des faveurs de Dieu selon leurs préoccupations, principalement de santé, mais aussi en guise de remerciement à Dieu. Ces structures se composent souvent de salles de prières, de salles de restauration et de chambres pour les personnels et pour les fidèles (individuelles ou en dortoirs). Les séjours y sont rudimentaires : dormir sur

une natte à même le sol, jeûner majoritairement 24h et ne pas recevoir de visites de proches pour certains camps. Les journées sont rythmées par la participation aux prières de groupe et de guérison plusieurs fois par jour, les prières individuelles, le temps de restauration journalier et la prise de certaines décoctions prescrites au camp selon le mal dont la personne est atteinte. Lorsqu'elles rejoignent un camp de prière, les femmes rompent souvent le contact avec l'équipe médicale, de façon temporaire ou définitive, s'émancipant ainsi d'un parcours thérapeutique biomédical qu'elles estiment contraignant, coûteux, voire inefficace.

C'est notamment le cas de Marie-Line, 30 ans, mère au foyer, chrétienne catholique, atteinte d'un cancer du sein métastatique. Elle quitte Abidjan en février 2016 au cours de sa chimiothérapie afin de rejoindre un camp de prière catholique, dans une zone reculée, à plusieurs centaines de kilomètres d'Abidjan. Son conjoint n'est pas favorable à ce voyage mais Marie-Line le convainc des bénéfices thérapeutiques proposés par le camp. Elle part seule, pendant qu'il garde leurs deux enfants en bas-âges en ville, et y suit deux semaines de retraite spirituelle, où les prières quotidiennes sont associées au jeûne alimentaire (un seul repas quotidien est dispensé le soir). Elle revient anémiée et affaiblie. Son conjoint reprend un rendez-vous avec l'oncologue qui la suit au CHUT. Le médecin leur fait remarquer, au cours de l'échange cordial, que Marie-Line n'a pas respecté le délai prescrit de 21 jours entre ses séances de chimiothérapie du fait de son voyage et qu'elle ne l'a pas prévenu. Au regard de l'évolution de la maladie, un nouveau protocole est envisagé. Le temps de sa mise en place, Marie-Line est hospitalisée d'urgence, en raison de son affaiblissement, dans une clinique médicale privée au sein de laquelle exerce l'oncologue qui la suivait au CHUT (et où elle réalisait ses traitements avant son départ). Marie-Line est dans un état trop dégradé pour pouvoir commencer le nouveau protocole de chimiothérapie et décède quelques semaines plus tard.

Ces ruptures de contacts et d'observance des traitements sont mal perçues par les soignants, qui les voient comme des affronts silencieux aux projets thérapeutiques qu'ils proposent. Ils s'insurgent alors contre les guides religieux qui peuvent recommander exclusivement les thérapies religieuses face aux cancers.

En participant au discours local commun dont l'adage est « le médecin soigne, seul Dieu guérit » et en « remettant tout dans les mains de Dieu », les équipes médicales peuvent, de façon non intentionnelle, rendre optionnelles leurs propres pratiques thérapeutiques. La légitimation du pouvoir divin et l'absence de réponse absolue de la biomédecine face au cancer sont conscientisées par les femmes. Il m'arrive très fréquemment d'entendre les femmes rencontrées expliquer :

« Même le médecin, il dit que c'est Dieu qui guérit, c'est pas lui ! Leurs traitements, ça soigne seulement, mais ça te guérit pas... Ils savent ! À quoi bon ? Moi je veux la guérison, et ça c'est Dieu ! C'est tout ».¹¹

Les traitements biomédicaux des cancers sont perçus comme « secondaires » par les femmes, ayant un rôle moindre dans leur « guérison » (pour celles qui sont en

¹¹- Extrait d'entretien du 15 février 2016 avec Nicole, 44 ans, enseignante au collège, chrétienne catholique, atteinte d'un cancer du sein.

quête de celle-ci comme pour celles qui sont en rémission) que celui de Dieu. Elles n'hésitent pas non plus à pointer les défaillances des soins biomédicaux du cancer, qui leur semblent reconnues par les soignants, puisqu'eux-mêmes se réfèrent au religieux :

« Pourquoi pour certains ça marche et pour d'autres, ça marche pas ? Le même traitement, le même stade, le même cancer ?! Ça, les médecins, ils ne savent pas t'expliquer... C'est Dieu seul qui fait... ».¹²

Ainsi, les registres religieux et médicaux ne semblent plus cohabiter, mais entrer en concurrence et en tension au sein des expériences vécues par les malades.

Conclusion

Cet article a proposé l'étude de la mobilisation de références religieuses au sein des soins oncologiques à Abidjan. La figure de Dieu apparaît omniprésente sur le terrain et se réfère tant au vocabulaire quotidien local qu'à des logiques sous-jacentes de la part des praticiens hospitaliers. L'objectif visé est d'entretenir la relation soignants-patientes et de la maintenir dans la durée du projet thérapeutique. Seulement, la recherche de légitimation des professionnels s'inféodant à une autorité divine toute puissante tend aussi à délégitimer leurs connaissances et pratiques biomédicales dans la quête de guérison des femmes.

Certaines se retrouvent à justifier, par la même autorité divine, l'éviction des soins en oncologie. Cette éviction est renforcée par une volonté de guérison rapide de la part des femmes, refusant la temporalité chronique associée par la biomédecine aux cancers et à leurs traitements (Nédélec, 2018). Les femmes sont également dans l'optique de guérir grâce à des traitements moins invasifs que ceux proposés par la biomédecine, pour conserver la complétude de leur corps, et parfois moins coûteux, disponibles sur un marché de la guérison au pluralisme thérapeutique foisonnant (thérapies religieuses, dites « traditionnelles », phytothérapies, etc.) à Abidjan (Bossart, 2005) et, plus largement, en Côte d'Ivoire. Ces dissonances entre les attentes des femmes en termes de soin et le recours oncologique renforcent la difficile acquisition pour l'oncologie en Côte d'Ivoire d'une « notoriété sociale » indispensable dans un processus de légitimation thérapeutique (Egrot, 2015). Les soignants impliqués dans la prise en charge des cancers à Abidjan sont en effet en quête de légitimité institutionnelle, médicale et sociale. Ils font face à un manque de considération des pouvoirs publics, des autorités sanitaires, des autres services hospitaliers – doutant de la capacité des soins oncologiques à « guérir » un cancer en contexte local – et à un discrédit de la part de nombreux malades. Les représentations mortelles associées aux maladies cancéreuses et à leurs traitements ainsi que les coûts économiques, physiques, sociaux et symboliques de ceux-ci ne font pas de l'oncologie la pratique de référence en cas de cancer pour les personnes affectées.

Ce phénomène est également observé en Inde par Broom, Doron et Tovey (2009), où les médecines traditionnelles, complémentaires et alternatives sont les recours majoritaires et premiers en cas de cancer. La pratique oncologique connaît

¹²- Extrait d'entretien du jeudi 18 février 2016 avec Laurence, 39 ans, professeure dans l'enseignement supérieur, chrétienne évangélique, atteinte d'un cancer du sein métastatique.

également un manque pluriel de légitimités dans un contexte empreint de religiosité. Les soignants composent avec maintes défaillances structurelles, technologiques et matérielles et avec une absence de certitudes quant à l'efficacité des traitements face à des stades de maladie très avancés. Les auteurs montrent un registre divin aussi prégnant dans les discours des praticiens en oncologie, interprété comme

« a clinical theodicy in the context of uncertainty [...] metaphysical referencing is used to 'explain and contain' treatment outcomes and structural limitations in the Indian cancer services (see Bharadwaj, 2006) » (Broom, Doron et Tovey, 2009 : 702).

Ces similarités entre les terrains indien et ivoirien concernent les postures et les pratiques des soignants d'oncologie quant à la mobilisation de la figure divine au sein de leurs registres discursifs. Le registre religieux apparaît en tant qu'une composante inéluctable pour cette spécialité médicale jeune et en développement progressif dans ces pays aux revenus intermédiaires. En outre, ces exemples interrogent de façon anthropologique la réponse médicale – ou son absence – face au principe d'incertitude.

Références bibliographiques

Arias D., Taylor L., Ofori-Atta A. et Bradley E. H.,

2016, « Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is Collaboration in Mental Health Care Possible? », *PLOS ONE*, 11/9 : 1-16. Disponible en ligne : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0162305>

Bharadwaj A.,

2006, « Sacred Conceptions: Clinical Theodicies, Uncertain Science, and Technologies of Procreation in India », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30 : 451-465.

Benoist J.,

1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala.

Bossart R.,

2005, « En ville, chacun est dans son chacun ». *Une étude anthropologique sur l'importance des relations sociales en cas de maladie à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Bern, Peter Lang.

Boudon R.,

1977, *Effets pervers et ordre social*, Paris, Presses universitaires de France.

Broom A., Doron A. et Tovey P.,

2009, « The Inequalities of Medical Pluralism: Hierarchies of Health, the Politics of Tradition and the Economies of Care in Indian Oncology », *Social Science & Medicine*, 69/5 : 698-706.

Egrot M.,

2015, « Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest », in Baxerres C., Guienne V., Hounghinihin R. et Marquis C. (dir.), *L'automédication et ses déterminants. Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou*, Cotonou, Université Abomey-Calavi, Université de Nantes, IRD : 166-183.

Fainzang S.,

1986, « L'intérieur des choses ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.

Fancello S.,

2005 « Réseaux migratoires et structures de pouvoir : la *Church of Pentecost* du Ghana face aux communautés francophones », in Foucharde L. (dir.), *Entreprises religieuses transnationales en Afrique de l'Ouest*, Paris, IFRA-Karthala : 111-134. Disponible en ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00004665/document>

Fancello S.,

2007 « Guérison, délivrance et sida. Les femmes et la 'maladie de Dieu' dans les Églises pentecôtistes africaines », *Sciences Sociales et Santé*, 25/4 : 5.

Gobatto I. et Lafaye F.,

2007 « De l'Art d'accommoder le modèle biomédical ou comment rendre 'convenables' et 'recevables' des protocoles de prévention à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences sociales et santé*, 25/3 : 5-29.

Graber N., Frieden M.-C. et M'Zoughi M.,

2018, « Les maladies chroniques dans les Suds. Expériences, savoirs et politiques aux marges de la santé globale », *Émulations. Revue de sciences sociales*, 27 : 7-14.

Gruénais M.-É.,

1999, « La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH », *Cahiers d'Études Africaines*, 154/39 : 253-270.

Hermann-Mesfen J.,

2012, *L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida. Une socio-anthropologie de la « guérison »*, thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille. Disponible en ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00762029>

Laurent P.-J.,

2003, *Les pentecôtistes du Burkina Faso. Mariage, pouvoir et guérison*, Paris, Karthala.

Livingston J.,

2012, *Improvising Medicine: an African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*, Durham, Duke University Press.

Livingston J.,

2013, « Cancer in the Shadow of the AIDS Epidemic in Southern Africa », *The oncologist*, 18/7 : 783.

Ly A.,

2016, « Global Health, Cancer Challenges and Control in African Settings », *Cancer therapy & Oncology International Journal*, 2/3 : 001-004.

Marquis N.,

2018, « La résilience comme attitude face au malheur : succès et usages des ouvrages de Boris Cyrulnik », *SociologieS*. Disponible en ligne : <http://journals.openedition.org/sociologies/6633>

Nédélec É.,

2018, « Chronicité(s) et cancers gynécologiques », *Émulations. Revue de sciences sociales*, 27 : 33-45.

Parkin D. M. et al.,

2019, *Cancer in Sub-Saharan Africa*, Geneva, Switzerland, Union for International Cancer Control. Disponible en ligne : <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/Other-Non-Series-Publications/Cancer-In-Sub-Saharan-Africa-2019>

Peprah P. et al.,

2018, « Religion and Health: Exploration of Attitudes and Health Perceptions of Faith Healing Users in Urban Ghana », *BMC Public Health*, 18/1 : 1358.

Tocco J. U.,

2017, « The Islamification of Antiretroviral Therapy: Reconciling HIV Treatment and Religion in Northern Nigeria », *Social Science & Medicine*, 190 : 75-82.

Tonda J.,

2001, « Des affaires du corps aux affaires politiques. Le champ de la guérison divine au Congo », *Social Compass*, 48/3 : 403-420.

Touré M. et al.,

2013, « Facteurs liés au diagnostic tardif des cancers du sein en Afrique-sub-saharienne : cas de la Côte d'Ivoire », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 41/12 : 696-700.

Vidal L.,

2004a, « Salut et sida (Commentaire) », *Sciences Sociales et Santé*, 22/2 : 61-71.

Vidal L.,

2004b, *Ritualités, santé et sida en Afrique : pour une anthropologie du singulier*, Paris, Karthala.

Références bibliographiques non scientifiques

Globocan,

2020, « Cancer Today, The Global Cancer Observatory ». Disponible en ligne :

<https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map>

Registre des cancers d'Abidjan,

2017, *Rapport Biennal 2014-2015*, Abidjan, Programme national de lutte contre le cancer.

WHO,

2018, *Noncommunicable diseases country profiles*, Geneva. Disponible en ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>

« 'Le médecin soigne, seul Dieu guérit' : la figure divine au cœur d'enjeux de légitimation des soins oncologiques à Abidjan (Côte d'Ivoire) »

Résumé

À travers une ethnographie de la prise en charge hospitalière des cancers gynécologiques à Abidjan, en Côte d'Ivoire, cet article interroge la mobilisation des registres religieux et de la figure divine au sein des soins oncologiques et ses influences dans le maintien de la relation de soins entre les professionnels et les malades. Il met au jour des enjeux de légitimation de la pratique médicale dans un contexte de pluralisme thérapeutique face aux incertitudes engendrées par la survenue d'un cancer.

Mots-clés : Côte d'Ivoire – cancers du sein – cancers gynécologiques – biomédecine – religion

“ 'The doctor heals, only God cures': the divine figure at the heart of issues of legitimization of oncological care in Abidjan (Ivory Coast) ”

Abstract

Through an ethnography of hospital care for gynecological cancers in Abidjan, Côte d'Ivoire, this article examines the mobilization of religious registers and the divine figure within oncological care and its influence on the maintenance of the care relationship between professionals and patients. It brings to light issues of legitimization of medical practice in a context of therapeutic pluralism in the face of the uncertainties generated by the occurrence of cancer.

Keywords: Ivory Coast – breast cancer – gynecological cancers – biomedicine – religion