

« CORPS, ÉMOTIONS & SANTE » : RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS

Deuxièmes Journées scientifiques du réseau national « Santé & Société »

MSH PARIS NORD, 24-25 novembre 2005

Atelier 1 : La production sociale des émotions

Sébastien ROUX (doctorant en sociologie, Cresp-Ehess, Lss-Ens, Paris)

contact : Sebastien.Roux@ens.fr

Emouvoir pour justifier. L'usage des statistiques dans la lutte contre le tourisme sexuel

Depuis une vingtaine d'année, la problématique du tourisme sexuel se trouve associée à certaines destinations touristiques du globe, notamment en Asie du Sud-Est. Les chiffres annoncés par les différents acteurs engagés dans la lutte contre le phénomène semblent effroyablement élevés, qu'ils s'agissent de données fournies par les Organisations Internationales (plus de 2 millions d'enfants victimes dans le monde selon l'UNICEF) ou par les ONG impliquées dans la lutte contre « l'exploitation sexuelle des enfants ». Les chiffres sont ainsi employés pour susciter une émotion sensée appeler une réaction immédiate, une action nécessaire contre un « intolérable » d'autant plus inacceptable qu'il touche l'intégrité corporelle des enfants¹.

Nous souhaitons nous concentrer ici sur l'emploi des statistiques dans la définition d'un problème social, pour questionner l'émotion que les informations chiffrées peuvent susciter lorsqu'elles touchent au corps d'êtres érigés au statut de « victimes totales »². Nous nous concentrerons notamment sur ECPAT³, une ONG

¹ Pour une analyse anthropologique de la notion d'intolérable, cf. BOURDELAIS, Patrice, FASSIN, Didier (dir.), *Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte, 2005.

² Statut qui ne résiste évidemment pas à l'analyse sociologique. Cf. MONTGOMERY, Heather, *Modern Babylon, Prostituting children in Thailand*, New York, Berghahn Books, 2001

³ ECPAT (*End Child Prostitution, Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes*) est une ONG présente aujourd'hui dans 65 pays à travers 72 groupes différents (<http://www.ecpat.net>)

internationale extrêmement influente spécialisée dans la production et la diffusion de données chiffrées en insistant sur la rationalité et l'efficacité d'une démarche revendiquant l'émotion pour justifier des politiques morales consensuelles⁴, adoptées dans un climat d'urgence niant toute possibilité d'analyse contradictoire⁵. En suivant la formation, la diffusion et l'emploi de statistiques pourtant fortement contestées, nous montrerons que l'émotion – ressort de l'action humanitaire⁶ – naît du dépassement d'un seuil tolérable socialement déterminé, construit par des acteurs spécifiques délimitant ce qui est – ou n'est pas – de l'ordre de l'acceptable.

Julien LANGUMIER (doctorant en anthropologie, Laboratoire RIVES – ENTPE, Vaulx-en-Velin)

contact : langumier@entpe.fr

Regards croisés des sinistrés et des praticiens sur le traumatisme. Enquête sur les Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).

À la suite des attentats perpétrés dans le RER parisien en 1995, un réseau d'urgence médico-psychologique est mis en place en 1997 pour prendre en charge les blessures psychiques des victimes, sur le modèle du SAMU. Des praticiens hospitaliers volontaires – psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques – constituent les cellules (CUMP) et interviennent sur les terrains touchés par des

⁴ Le consensus ne doit pas être exempt de l'analyse sociologique, bien au contraire. Pour une analyse sociologique de la formation d'une politique consensuelle, cf. LENOIR, Rémi, « Groupes de pression et groupes consensuels. Contribution à une analyse de la formation du droit », in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°64, 1986, p. 30-39.

⁵ Nancy Scheper Hughes a observé le même phénomène au début des années 90 dans les politiques de lutte contre le sida. Cf. SCHEPER-HUGHES, Nancy, « AIDS and the social body », in *Social Science & Medicine*, n°39 (7), 1994, p. 991-1003.

⁶ SIMEANT, Johanna (dir.), *ONG et humanitaire*, Paris, L'Harmattan, 2004 et BOLTANSKI, Luc, *La souffrance à distance*, Paris, Métailié, 1997.

dramas collectifs pour traiter les pathologies du traumatisme. La médiatisation de ces dispositifs sous le leitmotiv « les psychologues sont sur place », ainsi que l'extension du réseau national en 2003 témoignent aujourd'hui d'un large succès qui révèle aussi la vulgarisation et la diffusion du discours de victimologie.

Dans le cadre d'un travail de thèse, une enquête ethnographique a été conduite sur un village de l'Aude touché par les crues catastrophiques de 1999. La rencontre des sinistrés a montré la mobilisation récurrente des catégories de « stress » ou de « traumatisme » pour expliquer, voire interpréter, la souffrance ressentie après l'événement. Ce travail a été complété par une enquête auprès des praticiens étant intervenus dans le village et sur d'autres catastrophes dans le cadre des CUMP. Leurs discours tendent à ancrer dans le domaine de la santé mentale les émotions provoquées par la catastrophe alors que leurs pratiques et leurs expériences de terrain montrent une hybridation sociale du dispositif médical. Les gestionnaires des crises semblent projeter sur les CUMP un « effet magique » qui répond souvent à la préoccupation d'« apaiser socialement et politiquement la situation ». Partant d'un terrain catastrophé, l'émotion est ici questionnée à travers ses diverses mises en formes et les usages qui en sont faits. Les sinistrés la mobilisent pour affirmer l'identité de victime, les gestionnaires sont soucieux d'un retour à la « normale », et les praticiens tentent de la médicaliser sous la forme de troubles psychiques.

Fabrice GZIL (doctorant en philosophie, Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, Université Paris I Panthéon-Sorbonne)

contact : fabricegzil@free.fr

Bio-médecine / corps et émotions : une contradiction insurmontable ? L'exemple de la maladie d'Alzheimer.

On a parfois tendance à considérer (1) que la bio-médecine est aveugle au corps et aux émotions, (2) que cet aveuglement résulte de l'orientation « cartésienne » de la science médicale, (3) qu'il faudrait démedicaliser l'approche des maladies, (4) que prendre davantage en compte corps et émotions conduirait à une approche plus respectueuse des personnes malades. Nous avons voulu tester ce point de vue sur la base d'un exemple. Pour cela, nous avons confronté les affirmations précédentes

avec ce que l'on observe dans le cas de la maladie d'Alzheimer (MA). Il en ressort un tableau assez nuancé.

D'un côté, il est indéniable que la médecine adopte vis-à-vis du corps et des émotions des vieux déments un point de vue réductionniste qui peut heurter ceux pour qui la démence du sujet âgé est d'abord l'objet d'une expérience et d'une expérience vécue. D'un autre côté, le problème du corps et des émotions dans la MA est plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord. D'une part, contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'attitude des médecins est parfois guidée par des mobiles plus affectifs que rationnels, et à l'inverse on observe des phénomènes d'auto-censure émotionnelle chez les familles des patients. D'autre part, il n'est pas facile de savoir comment donner une plus grande place au corps et aux émotions dans la prise en charge : les tentatives menées en ce sens n'ont pas toujours produit les résultats attendus. Enfin, dans les dilemmes éthiques, on n'a peut-être pas intérêt à choisir entre rationalité et émotions.

Atelier 2 : Mises en forme de l'accompagnement émotionnel

Hélène Marche (doctorante en sociologie, Centre Interdisciplinaire d'Etudes Urbaines et Sociologiques, Université Toulouse 2 le Mirail)

contact : hmarche@yahoo.fr

Incarnation, désignation et gestion sociale des émotions : les politiques de l'intime et l'expérience du cancer.

Ma présentation vise à questionner l'enjeu de l'étude des émotions pour une intelligibilité de la production de l'expérience du cancer, qu'elle soit celle des malades ou bien des personnes qui les accompagnent. Elle vise à dessiner les contours épistémologiques et méthodologiques de l'étude des émotions, telle que je l'ai menée dans mes travaux de thèse. Cette présentation s'appuie sur l'analyse de 60 entretiens menés auprès de ces personnes, ainsi que sur l'analyse de journaux de terrain (observation participante des soins oncologiques hospitaliers et à domicile).

Elle part d'une question générale : Comment mobiliser des données relatives à une expérience émotionnelle, intime, afin de rendre compte des processus sociaux qui organisent les conduites des individus ?

Dans un premier temps, je décrirai le travail des émotions opéré par les malades et par leur entourage au cours de leur expérience du cancer. Dans un second temps, j'indiquerai la variabilité des modes de désignation et des modes de gestion des émotions « profanes », opérés par les soignants au cours de la prise en charge.

La troisième partie de ma présentation consistera à interroger les intérêts et les limites de l'auto-analyse du travail des émotions pour l'intelligibilité de l'objet. Dans quelle mesure cette auto-analyse peut-elle permettre de rendre compte de processus qui organisent l'expérience du cancer, l'expérience de l'aide et du soin, mais aussi l'activité de recherche elle-même ?

Judith Wolf (doctorante en anthropologie sociale et ethnologie, Laboratoire G.T.M.S. (Genèse et Transformation des Mondes Sociaux), EHESS-CNRS, Paris)

contact : jwolf@libertysurf.fr

Les émotions dans le travail en milieu mortuaire : obstacle ou privilège ?

On les appelle les « professionnels de la mort ». Employés des pompes funèbres, agents en chambre mortuaire, thanatopracteurs... : ils ont pour particularité de s'occuper des cadavres, de côtoyer quotidiennement des familles en deuil. Quand on travaille dans le milieu mortuaire, la question de la gestion des émotions est permanente. A tout moment, on peut être touché, affecté, par un mort, par une famille en deuil. Comment réagir face à ce risque omniprésent ? Comment travailler dans ce contexte ? En d'autres termes, comment le travail, communément associé à l'idée d'organisation et de contrôle, et le fait d'être potentiellement soumis à un état de trouble, de bouleversement, peuvent-ils se concilier, s'articuler ?

Dans un premier temps, nous nous placerons du point de vue des professionnels. Le rapport au corps mort est au cœur de la construction de leur identité professionnelle : pour faire ce type de métier, il faut avant tout pouvoir « supporter » le contact avec le cadavre. Mais par-delà cette « capacité » commune minimale, les stratégies d'adaptation aux affects diffèrent. Si l'attitude la plus courante consiste à « garder la distance » pour « rester professionnel », certains revendiquent

l'expression de leur émotivité : ils considèrent qu'accepter de partager les émotions est précisément ce qui fait la richesse et l'humanité de leur travail.

Dans un second temps, nous nous poserons la question du point de vue de l'ethnologue. A quoi s'expose-t-on quand on se rend sur ces terrains « sensibles » ? Le recueil des données et l'élaboration des connaissances sont-ils mis en péril par une implication personnelle peu contrôlable ou l'émotion peut-elle, au contraire, constituer un mode d'accès privilégié à la compréhension des phénomènes que l'on observe ? On connaît le rôle de l'affectivité dans l'apprentissage infantile. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'élaboration des savoirs dits scientifiques ?

Samuel Lézé (doctorant en sciences sociales, GTMS-Ehess, LSS-Ens, Paris)

contact : sleze@ens.fr

(Ne pas) Perdre la boussole. Comment soigner la psychose dans un hôpital de jour ?

Lorsqu'elles n'en recherchent pas l'étiologie, les sciences sociales abordent ordinairement la folie par l'étude des catégories nosographiques (théorie des labels, Thomas J. Scheff) ou des expériences de patients (théorie phénoménologique, Ellen Corin). Plutôt que de construire un objet véritablement sociologique, ces approches ont tendance à le dissoudre par des présupposés critiques ou cliniques. Je fais l'hypothèse dans le sillage d'Erwin Goffman que la psychose est une « pathologie de l'interaction », les infractions s'exprimant par des affects (embarras, malaise, peur, affolement, trouble, etc.) indiquent l'existence d'un ordre moral qu'il s'agit pour l'anthropologue de rendre intelligible. Cette perspective satisfait aux exigences de rupture avec deux prénotions savantes : le constructionnisme naïf des sociologues (qui peut en venir à dénier la réalité de la psychose) et la folie en tant qu'état des psychiatres (qui en fait un objet exclusif).

Je souhaite interroger les mises en forme de l'accompagnement émotionnel (les usages de la parole dans le soin) à partir d'une cadre-analyse de l'activité thérapeutique d'un hôpital de jour pour adolescents et montrer comment mon travail de terrain (qui recueille nombre d'affects dans un journal) et l'équipe de soin s'orientent dans une expérience énigmatique et fragmentaire qui fait perdre, aux uns et aux autres, la boussole. Comment ne pas la perdre ? La réponse choisie par cette institution est de suivre un modèle psychanalytique attentif aux affects des

membres de l'équipe qui s'exprime par la parole ou des prises de position lors des réunions de synthèse. Dans cette perspective, la psychose ne se réduit ni au diagnostic qui figure sur le dossier d'entrée et de sortie du patient ni à son expérience singulière. C'est une « expérience collective » sujette au changement dont l'écho se réfléchit dans chacun au gré de situations diverses et contingentes, cette « réflexion » étant l'une des modalités du « soin ».

Atelier 3 : Les usages sociaux des émotions

Fanny Soum-Pouyalet (Docteure en Anthropologie sociale et ethnologie, LAPSAC (Laboratoire d'Analyse des Problèmes Sociaux et de l'Action collective), Bordeaux)

contact : fannysoum@hotmail.com

Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports soignants-soignés

En cancérologie, la gravité des pathologies implique la présence d'une forte dimension émotionnelle dans les relations soignants-soignés. L'information au malade est particulièrement soumise à ce souci de gestion des émotions des patients, notamment dans les temps de l'annonce. La communication et les temps du traitement constituent donc des variables prépondérantes dans l'analyse de la dimension émotionnelle des rapports soignants-soignés auxquelles on peut adjoindre l'influence des lieux.

L'univers du soin en cancérologie s'affirme donc comme un haut-lieu émotionnel. Pourtant, ce contexte médical est avant tout dédié à la thérapie des corps. Le langage médical, les traitements mis en place, relèvent d'une vision morcellée du patient, considéré avant tout au travers de sa pathologie. Cette désincarnation du malade est aussi le fruit d'un réflexe de protection des soignants. Or, il induit chez les patients un besoin de réaffirmation de leur cohérence intime qui se traduit de différentes manières.

Suite à de multiples travaux de sensibilisation, les praticiens sont aujourd'hui conscients de la nécessité de « traiter le patient dans son ensemble ». Se pose alors la question de la participation active du patient dans la démarche thérapeutique qui rejoint celle de la gestion de l'information. « Dire ou ne pas dire » induit dès lors de nouvelles dimensions problématiques qui touchent au choix d'un champ

sémantique, et à la gestion information / culpabilité. Dans ce contexte, la gestion des risques en cancérologie ne concerne plus seulement les effets physiques des traitements mais aussi leurs conséquences sur le vécu émotionnel des patients.

Silvia DE ZORDO (doctorante en anthropologie, CRESP-EHESS, Paris)

contact : silvia@de-zordo.it

« La douleur est dans la tête : rage, secrets et silences autour de la contraception dans un Hôpital -maternité périphérique de Salvador de Bahia »

Dans le cadre de la recherche de Doctorat qu'on a menée à Bahia, on a observé comment se construit le « choix » et l'expérience contraceptive dans des centres publics de planning familial et dans des quartiers populaires de la ville, d'où proviennent les patient/es. La planification familiale a été conçue en tant que moyen pour transformer la reproduction humaine en pratique rationalisée : quels rôles jouent la rationalité et le désir dans ce contexte? De quelle rationalité parle-t-on ? De quel désir s'agit-il? Qui en sont les sujets?

L'observation privilégiée du microcosme de la clinique nous a permis d'entrer dans le complexe tissu social de la ville et dans l'intimité de la vie quotidienne des patient/es. Hommes et femmes arrivent à la clinique avec toutes leurs histoires de luttes quotidiennes: ils/elles soumettent au jugement du personnel médical non seulement leurs choix reproductifs, mais toute leur vie. Les tensions, les craintes, les doutes, les timidités avec lesquels ils parlent d'eux/d'elles-mêmes et de leurs désirs rencontrent souvent une oreille entraînée à une écoute sélective : âge de l'homme ou de la femme, nombre d'enfants vivants, conditions socio-économiques sont les variables principales sur la base desquelles on conseille une méthode.

Entre rage, pitié et silences le dialogue entre médecin et patient/e se met en place, en suivant des chemins et en aboutissant à des conclusions parfois imprévues. Dans cette communication on analysera les aspects émotionnels de cet échange à travers la présentation de notre ethnographie.

Fabrice Fernandez (doctorant en sociologie, Centre Interdisciplinaire de Recherches Urbaines et Sociologiques, Université Toulouse 2 le Mirail)

contact : fabricefernandez@yahoo.fr

La mise en scène des émotions à la croisée des mondes de la drogue et de la prison : postures interactives et tactique de survie.

La consommation de drogues « dures » (héroïne, cocaïne, crack) en milieu précarisé et l'expérience carcérale fonctionnent souvent en continuité ou en alternance dans le jeu des trajectoires biographiques. L'objectif de ma recherche est de comprendre l'articulation de ces deux expériences et leur incidence sur le rapport au corps et à la santé.

Confronté à leurs propres incertitudes et à un discours institutionnel qui déclare simultanément leur responsabilité pénale et sanitaire, les usagers de drogues « multirécidivistes » mobilise l'espace de réversibilité symbolique, notamment le non-dit, le mensonge, la déformation d'événements, les distorsions imaginaires, pour échapper au marquage social qui les enferme dans un régime de culpabilité et l'acceptation de leur condition inégalitaire.

La mise en scène des émotions vient enrichir le discours. Elle leur permet d'ouvrir un espace de reconstruction, de déformation et de transformation de leurs expériences en participant d'une véritable tactique de survie. Selon les contextes, il s'agit de « délirer » et de « faire délirer » les pairs pour maintenir des liens, de casser l'indifférence dans l'espace public ou d'obtenir de l'aide pour améliorer leurs conditions d'existence.

A travers leurs interactions avec les soignants, le personnel carcéral, le sociologue ou le simple passant, se profilent différents types de postures interactives (dénonciatrice, justificative, plaintive ou séductrice) qui montrent comment ces usagers de drogues dirigent aussi les entretiens ou les échanges informels en instrumentalisant leurs émotions. Ainsi, ils sollicitent d'autrui une réaction émotionnelle qui leur permet de s'extirper du cadre qui leur est imposé et d'élargir leurs marges d'actions.

Atelier 4 : Normes corporelles et jugements moraux

Anastasia MEIDANI (doctorante en sociologie, Centre d'Étude des Rationalités et des Savoirs, Université de Toulouse II)

contact : ameidani@free.fr

Corporités "déviantes", gestion des émotions et prise de risques.

Une sociologie des émotions est-elle possible ? Cette communication cherche à analyser la gestion individuelle et collective des émotions dans la prise des risques liés à la santé. Cartographie émotionnelle et prise des risques alternent selon les circonstances. Chacun n'utilise pas cependant ces deux aspects dans les mêmes proportions. La prise en compte des corporités "déviantes" permet d'observer cette variation en reconstituant toute son épaisseur.

Un thème ainsi circonscrit met à rude épreuve l'intelligibilité sociologique. Le biais cognitif de notre discipline est bien connu, rendant la prise en compte des émotions, ou ne serait-ce que leur description, problématique. Pour cette raison, nous nous limiterons aux émotions qui relèvent d'une dimension morale -et donc cognitive- et, notamment, aux émotions liées à la mise en place des pratiques somatiques des corps "déviants" impliquant une prise des risques. Cette double limitation permettra de mieux cerner les dimensions causales ou motivationnelles des émotions, en rapportant de la sorte le travail émotionnel des corporités "déviantes" à des normes sociales, terrain connu de la sociologie.

Dans les limites d'une approche sociologique, contextuelle et compréhensive nous soutenons donc que la gestion des émotions et des risques repose sur l'articulation entre une vulnérabilité corporelle et une vulnérabilité sociale. Conçue comme mode de réponse aux "dangers" cette articulation montre bien que le travail émotionnel n'est pas une instance préparatoire à la prise de risques en matière de santé. Il est une des références ultimes, décisionnelles et formatrices.

Magali Le Mens (doctorante en histoire de l'art, école doctorale de Paris1)

contact : magali.lemens@free.fr

L'hermaphrodite dans le cabinet du médecin, de la fin du 18e jusqu'au 20e siècle

Le 19e siècle s'est intéressé avec insistance à la question de l'hermaphrodisme et de l'ambiguïté sexuelle. De nombreux cas, depuis le 18e jusqu'au milieu du 20e siècles, ont été observés au plan de l'anatomie et de la physiologie, autopsiés le cas échéant, et questionnés sur leur attirance sensuelle. Autour de ces cas extrêmes et étranges, les médecins ont âprement débattus. Leurs observations et le récit de leurs rencontres professionnelles avec de tels individus montre à quel point, il était difficile pour eux aussi de se situer en tant qu'individu sexué, face à un patient au genre indéfinissable.

Dans le cadre de recherches engagées au départ en histoire de l'art et de la photographie, on se demandera comment l'émotion interfère dans l'interprétation et le fondement du jugement du médecin pour déterminer l'assignation du patient dans l'un des deux sexes. Cette question sera évaluée dans une perspective historique, à partir de quatre types de documents. Les nombreuses observations cliniques des médecins sont une mine de renseignements sur les émotions contradictoires éprouvées par le corps médical : l'hermaphrodite fait sortir les médecins de leur réserve. L'exceptionnel document qu'est le journal d'un hermaphrodite du 19e siècle, réédité par Michel Foucault en 1978, ainsi que les photographies d'un hermaphrodite par Nadar, nous permettront aussi d'analyser l'émotion du patient soumis à un examen crucial, ainsi que sa propre perception du trouble du médecin. Enfin, la littérature « médico-libertine », comme la définissait Michel Foucault, inspirée d'observations réelles, nous fera prendre la mesure de l'expression des fantasmes des auteurs, eux-mêmes médecins.

Anne-Gaël BILHAUT (Doctorante en ethnologie, Université de Paris X – Nanterre)

contact : agbilhaut@hotmail.com

Approche ethnographique des émotions en cancérologie.

Dans un service de cancérologie gynécologique, des femmes infirmières et aides-soignantes travaillent ensemble dans une « approche globale de la personne ». Elles entendent ainsi traiter à la fois la tumeur, le corps, l'apparence et les états intérieurs des patientes. Pour cela elles sont particulièrement attentives aux discours des malades et à leurs émotions, exprimées verbalement ou corporellement. Leur

présence, disponibilité, et leur familiarité avec cette maladie incurable font des soignantes des interlocutrices privilégiées pour les patientes. Elles réalisent ainsi un travail sur les émotions qu'elles relèvent lors des soins, et dont elles parlent entre elles ou qu'elles notent sur le dossier infirmier. Pour analyser ces pratiques, le concept d'« émotif » proposé par Reddy (2001) montre sa pertinence : énoncé sur les émotions à la première personne, il agit sur la personne et son rapport au monde altéré par la maladie. Les thèses de Goody sur l'écriture et l'oralité, permettent d'aborder les différences entre ces deux modes lorsqu'ils sont les moyens du traitement des émotions. L'expression des émotions des patientes et des soignantes, leur transmission et leur partage, puis leur traitement seront étudiés par une approche ethnographique des discours et pratiques de soins après avoir établi ce que signifie « aller bien » pour les soignantes lorsqu'elles changent d'équipe et confient les malades à la nouvelle.

Atelier 1 : La production sociale des émotions	1
Sébastien ROUX (doctorant en sociologie, Cresp-Ehess, Lss-Ens, Paris).....	1
Emouvoir pour justifier. L'usage des statistiques dans la lutte contre le tourisme sexuel	1
Julien LANGUMIER (doctorant en anthropologie, Laboratoire RIVES – ENTPE, Vaulx-en-Verin)	2
Regards croisés des sinistrés et des praticiens sur le traumatisme. Enquête sur les Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).	2
Fabrice GZIL (doctorant en philosophie, Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, Université Paris I Panthéon-Sorbonne).....	3
Bio-médecine / corps et émotions : une contradiction insurmontable ? L'exemple de la maladie d'Alzheimer.....	3
Atelier 2 : Mises en forme de l'accompagnement émotionnel	4
Hélène Marche (doctorante en sociologie, Centre Interdisciplinaire d'Etudes Urbaines et Sociologiques, Université Toulouse 2 le Mirail)	4

Incarnation, désignation et gestion sociale des émotions : les politiques de l'intime et l'expérience du cancer.	4
Judith Wolf (doctorante en anthropologie sociale et ethnologie, Laboratoire G.T.M.S. (Genèse et Transformation des Mondes Sociaux), EHESS-CNRS, Paris)	5
Les émotions dans le travail en milieu mortuaire : obstacle ou privilège ?	5
Samuel Lézé (doctorant en sciences sociales, GTMS-Ehess, LSS-Ens, Paris).....	6
(Ne pas) Perdre la boussole. Comment soigner la psychose dans un hôpital de jour ?.....	6
Atelier 3 : Les usages sociaux des émotions	7
Fanny Soum-Pouyalet (Docteure en Anthropologie sociale et ethnologie, LAPSAC (Laboratoire d'Analyse des Problèmes Sociaux et de l'Action collective), Bordeaux)	7
Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports soignants-soignés.....	7
Silvia DE ZORDO (doctorante en anthropologie, CRESP-EHESS, Paris)	8
« La douleur est dans la tête : rage, secrets et silences autour de la contraception dans un Hôpital -maternité périphérique de Salvador de Bahia ».....	8
Fabrice Fernandez (doctorant en sociologie, Centre Interdisciplinaire de Recherches Urbaines et Sociologiques, Université Toulouse 2 le Mirail)	9
La mise en scène des émotions à la croisée des mondes de la drogue et de la prison : postures interactives et tactique de survie.	9
Atelier 4 : Normes corporelles et jugements moraux.....	10
Anastasia MEIDANI (doctorante en sociologie, Centre d'Étude des Rationalités et des Savoirs, Université de Toulouse II)	10
Corporéités "déviantes", gestion des émotions et prise de risques.	10
Magali Le Mens (doctorante en histoire de l'art, école doctorale de Paris1)	10

L’hermaphrodite dans le cabinet du médecin, de la fin du 18e jusqu’au 20e siècle	11
Anne-Gaël BILHAUT (Doctorante en ethnologie, Université de Paris X – Nanterre)	11
Approche ethnographique des émotions en cancérologie.....	11