
Limites, traductions et affects : Professionnels de la santé en contexte amérindien¹

Pedro Paulo Gomes Pereira *Université fédérale de São Paulo*

Résumé : Cet article, symétriquement tourné vers les professionnels de la santé qui agissent en contexte amérindien, aborde les questions suivantes : que se passe-t-il lorsque des professionnels de santé sont directement confrontés à des conceptions différentes du corps, de la santé et de la maladie ? Que se passe-t-il lorsque les pratiques de santé basculent dans un processus de « traduction » de leurs propres conceptions de ce qu'est la santé ? De quelle façon ces professionnels sont-ils « affectés » par l'expérience de l'altérité radicale ? Désireux de réfléchir à ces questions, le texte rapporte les récits d'un médecin et d'une infirmière, en y soulignant les « motifs » constants, qui nous parlent de quelque chose en rapport avec les limitations, limites et processus de traduction. Le scénario décrit incitera peut-être à nuancer à la fois la vision d'une biomédecine homogène et celle de professionnels de la santé exclusivement liés au pouvoir – systématiquement impliqués dans des relations réifiées et réificatrices.

Mots-clés : santé amérindienne, intermédicalité, traduction, anthropologie des affects

Abstract: The present article symmetrically deals with health professionals who work in indigenous contexts, developing the following questions: what happens to health professionals who find themselves directly relating to different conceptions of body, health and disease? What happens when health practices take place in the context of the process of translating the very concept of health itself? How are these professionals affected by the experience of contact with radical otherness? In seeking to reflect upon these questions, we focus upon the stories of a doctor and a nurse, highlighting points contained in their narratives that tell us something about constraints, limits and translation processes. The scenario described here might temper belief in a homogeneous biomedicine and healthcare professionalism that is exclusively rooted in power: always wrapped in reified and reifying relations.

Keywords: indigenous health, intermedicality, translation, anthropology of affect

Michael Taussig, dans un article remarqué d'anthropologie de la santé (1992), analyse le « processus de réification de la maladie ». La réification, c'est la « chosification » [*thingification*] du monde, des personnes et de l'expérience transmise, processus par lequel les relations entre les personnes se transforment en choses. Dans les sociétés contemporaines, tout fonctionne selon un déni de relations humaines incarnées sous forme de symptômes, de signes et de thérapies. Or, les maladies et les traitements ne sont pas seulement des faits naturels, mais constituent un marqueur de relations sociales présentes, maquillées en choses naturelles. Tel est le dilemme moderne : soutenir de façon exhaustive – par tous les moyens – que les organes corporels ne sont que des choses ; insister du même coup sur la signification sociale du mal-être. La maladie comme symbole, et le médecin comme déchiffreur de symboles, sont niés par une idéologie qui considère la maladie à la fois comme une chose et sa substance. La pratique médicale est une manière singulièrement importante de maintenir un tel déni des relations sociales lorsqu'elle se fait l'instrument d'une chosification, sous le drapeau de la science². Ce déni aboutit inévitablement à de « grotesques confusions » qui chosifient la relation sociale, interdisant toute interprétation de la maladie en fonction de son caractère historique et humain.

Analysant la situation d'une femme de race blanche, âgée de 49 ans, issue d'un milieu pauvre, hospitalisée à de multiples reprises pour cause de polymyosite (maladie chronique du tissu conjonctif qui se manifeste par une inflammation douloureuse des fibres musculaires entraînant leur dégénérescence), Taussig décrit la souffrance de cette patiente, la lecture objectivante des médecins et professionnels de la santé, l'incommunicabilité née de la non-perception des énoncés, l'isolement et la perte d'autonomie de la personne. L'hospitalisation devient une zone de combat au sein de laquelle se déploient tant de conflits de pouvoir sur la caractérisation de la maladie qu'ils finissent par provoquer l'aliénation du malade.

L'organisation clinique cannibalise le potentiel curatif qui réside dans une intersubjectivité patient / soignant. Ce que révèle en définitive cette enquête, c'est la construction et la reconstruction d'une réalité clinique transformée en marchandise. La médecine humaniste devient, dès lors, un oxymore.

En dépit de la force du récit de Taussig – description poignante d'une chosification d'un corps fétichisé par le regard médical –, nonobstant son intérêt argumentaire et en particulier l'explication globale du processus santé-maladie, je me suis longuement interrogé, lors d'une longue recherche sur les technologies biomédicales entreprise depuis 2008, sur une vision réductrice du rôle des professionnels de la santé, assimilés à des oppresseurs en puissance. L'Université Fédérale de São Paulo (UNIFESP) collabore depuis 1965 au programme de santé et de prise en charge des Amérindiens habitant le Parc Indigène du Xingu (PIX), programme qui implique des équipes pluridisciplinaires au sein desquelles médecins, infirmières, nutritionnistes, dentistes, interviennent dans des actions sanitaires telles que l'affectation de praticiens au PIX pour vacciner et agir cliniquement, le maintien d'une liaison avec l'hôpital de São Paulo (HSP) dans des cas réclamant des soins cliniques ou chirurgicaux spécifiques, l'administration de *Ambulatório do Índio* (« l'Unité de soins pour l'Indien »)³ à São Paulo, entre autres dispositifs.

Il se trouve que les professionnels de la santé liés au projet Xingu et à l'Unité de soins pour les Amérindiens vinrent me solliciter dans le but de relater leurs expériences et de débattre de leurs rôles respectifs au sein du dispositif de santé amérindienne. Je décidai de recueillir ces témoignages avec la plus grande rigueur, déplaçant au passage l'objectif initial de la recherche vers une plus grande écoute et une meilleure compréhension des problématiques individuelles (Pereira 2012a). De longs entretiens furent enregistrés dans des lieux divers: l'Unité mobile de l'Indien, les locaux du Projet Xingu, ceux de différents départements de l'Université, ainsi que d'autres pôles dédiés aux questions de la santé amérindienne. J'ai également participé à plusieurs événements dans le cadre du projet : conférences, tables rondes, stages de formation sur la santé en milieux amérindiens. Ce travail s'est déroulé du début de l'année 2008 à la fin 2011, mon rôle consistant à être témoin de la vie quotidienne des professionnels de la santé et être l'interlocuteur de ces derniers.

Dès le démarrage de l'enquête, un médecin me fit une réflexion que j'eus l'occasion d'entendre à maintes reprises : « j'ai le sentiment que nous sommes vus tantôt comme des oppresseurs, tantôt comme des fantômes ». Après plusieurs mois de recherches au contact des pro-

fessionnels de la santé et au vu des entretiens réalisés, en particulier concernant leurs pratiques (aussi bien leur quotidien à São Paulo que leurs activités auprès des communautés), j'ai résolu de communiquer l'article de Taussig à un groupe composé de médecins, de nutritionnistes, de psychologues et d'infirmières pour en débattre. Lors du débat, si un consensus se dégagait quant à la médecine et « au caractère objectivant de la maladie », les participants m'interpellèrent, en revanche, sur la quasi-absence du rôle des médecins et des professionnels de la santé agissant, dans l'article en question, comme des « acteurs de la guérison ». Dans cet article, selon eux, les médecins et les infirmières étaient systématiquement considérés comme des suspects. Tandis que l'article s'attardait sur la description de multiples interventions et interprétations de la maladie et de la vie, l'image des professionnels de la santé se réduisait à une description de comportements autoritaires, au grand dam de mes interlocuteurs. Ils ne se reconnaissaient nullement dans le récit de Taussig, ni dans le *modus operandi* des soignants.

Cette perplexité était récurrente. Mes interlocuteurs refusaient de croire que leurs actes s'inscrivaient dans une démarche débouchant sur une réification de la maladie. La plupart d'entre-eux, formés aux techniques de soins en milieux amérindiens, avaient fait l'expérience de l'altérité et constaté après-coup, une modification de leurs façons de penser et d'agir, notamment après s'être confrontés aux pratiques exercées en milieu hospitalier. Tous soulignaient cette différence. Loin du paysage esquissé par Taussig, je voyais se dessiner progressivement un panorama bien différent : dans le cas de figure, par exemple, d'un médecin gravement malade devant subir une chirurgie, mais n'acceptant d'être opéré qu'à la condition que l'intervention se déroule en présence d'enchanteurs amérindiens *pankararu* ; dans le cas d'infirmières totalement dévouées aux causes amérindiennes sur le plan professionnel et personnel ; ou encore dans celui des médecins engagés dans des cures spirituelles, d'autres pratiquant de leur plein gré des thérapies suggérées par les chamanes. Bien d'autres exemples pourraient être cités.

Ce cadre me conduisit à formuler plusieurs interrogations : que se passe-t-il lorsque des professionnels de la santé sont directement confrontés à des conceptions différentes du corps, de la santé, des maladies ? Qu'arrive-t-il lorsque ces pratiques de santé s'effectuent via un processus de traduction de leur propre conception de la santé ? De quelle manière ces professionnels sont-ils affectés par leurs expériences de l'altérité radicale⁴ ? Il n'est pas dans mes intentions de revendiquer l'exhaustivité ou de nuancer à l'extrême la réflexion parmi les

interrogations mentionnées ; l'on assume de bon gré la partialité de l'entreprise dans la mesure où cet article n'a d'autre but que de réfléchir sur ces questions, se tournant symétriquement (Latour 1997) vers celles qui, déjà présentes dans le panorama général de la santé amérindienne, sont parfois passées sous silence dans nos comptes-rendus ou rapportées de manière homogène, sans égard envers certaines spécificités. Nous espérons, avec cette approche, mieux aborder les situations complexes auxquelles doivent faire face les professionnels de la santé, les problèmes que supposent leurs interventions au sein des sociétés amérindiennes et leurs propres conceptions des tâches qu'ils doivent accomplir.

Daniela et les limites de la biomédecine

Daniela est née en 1967, à São Paulo. Médecin formée à l'Université d'État pauliste Júlio Mesquita Filho (UNESP), elle se spécialise dans le domaine de la Santé de la Famille. Le lien de Daniela avec la thématique amérindienne est constant, nourri depuis l'enfance par le « désir de se consacrer aux causes amérindiennes ». Alors qu'elle est âgée d'une dizaine d'années, dans un pays en pleine dictature militaire, plusieurs de ses professeurs d'histoire à l'école primaire disparurent mystérieusement. Ces professeurs ont durablement marqué l'imaginaire de Daniela, en particulier l'un d'eux, une institutrice qui aborda avec éloquence le dilemme des Amérindiens du Brésil : « je me rappelle avoir dû quitter la salle de classe, prise de malaise, quand elle [l'institutrice] a abordé la question amérindienne », affirme-t-elle. Plongée dans de tels ressentis, les témoignages de Daniela tissent la trame d'une histoire dans laquelle la question amérindienne s'est imposée très tôt. D'où ses tentatives constantes pour élucider le pourquoi de cette présence : elle se remémore une période antérieure aux années d'école.

Bien qu'issue d'une famille nombreuse aux revenus modestes, j'allais régulièrement chez mes oncles maternels. L'un d'eux, que j'aimais beaucoup, résidait au Mato Grosso et j'ai passé là-bas plusieurs séjours de vacances en compagnie de neuf cousins, dans une maison en bois sans grand confort, ni discipline de vie stricte. Bien qu'habitant la capitale de l'État, à cette époque, le Mato Grosso était considéré comme « une terre du bout du monde »... Je me souviens avoir entendu des voisins raconter qu'ils tuaient des crocodiles dont la gueule mesurait quatre paumes entre chaque œil ; ils parlaient aussi du nombre de « bougres » qu'ils avaient hameçonnés. Plus tard, j'ai su que le « bougre » n'était pas une variété de poisson, il s'agissait d'Indiens.

Ces souvenirs associent Amérindiens et nécessité, saturés d'images violentes qui renvoient à celles mentionnées plus haut. Ces images dépeignent des situations de vulnérabilité dans lesquelles il est urgent d'intervenir. Cette intervention se concrétisera par l'exercice de la médecine. Si depuis l'enfance, Daniela a ressenti le désir de « travailler avec les Amérindiens », il s'avère qu'à un moment donné, elle estima qu'elle agirait mieux et davantage, car selon elle, les Amérindiens étaient en train de « mourir ». Le choix de la médecine, postérieur à sa décision de s'impliquer dans les thématiques amérindiennes, comporte l'idée de sauvetage, de mission à accomplir.

Je me souviens du moment précis où j'ai pris ma décision. J'étais encore très jeune... C'est arrivé pile [...]. D'autres influences ont pesé, aussi : ma mère était spirite, nous faisons de nombreuses visites auprès de sociétés d'assistance. J'ai grandi avec un immense intérêt pour la question amérindienne, tout ce qui se rapportait au sujet m'attirait. Les autres facteurs qui firent basculer ma vie dans la médecine et les Amérindiens m'échappent probablement, toujours est-il que je n'ai jamais dévié de cette trajectoire durant toutes mes années de faculté.

À cette époque, Daniela, alors âgée de 26 ans, travaillait avec les Caiapó, dans le village de Kapoto. Une nuit, redoutant de passer la nuit dans des habitations situées loin du village, exposées à des attaques de jaguar, elle dormit dans une *oca* (maison commune) et fut réveillée par un évènement : une jeune adolescente, entourée par de nombreuses personnes, était en train de se débattre dans son hamac. De prime abord, Daniela se demanda si la jeune fille était agressée ou au contraire secourue. Elle s'approcha, pensa qu'il pouvait s'agir d'une crise d'épilepsie et proposa d'intervenir.

La jeune fille gesticulait, de nombreuses personnes s'efforçaient, avec difficulté, de la maîtriser. À ce moment, un homme âgé dit à Daniela qu'elle ne devait pas s'inquiéter, car il s'agissait d'une « maladie de l'Indien ». « Ce qu'on appelle "maladie de l'Indien" désigne ce que nous autres médecins ne parvenons pas à comprendre »⁵, affirma Daniela. Toutefois, elle chercha à interpréter le sens des discussions en cours sur la jeune fille. On lui expliqua que « si on ne la maîtrisait pas [la jeune caiapó], elle s'enfuirait dans la forêt pour ne plus revenir, ce qui mettrait sa vie en danger ».

Comme la situation s'éternisait, Daniela retourna dans son hamac, sans trouver le sommeil. Le lendemain, elle examina la jeune caiapó qui ne comprenait pas le portugais. Le traducteur indigène lui disait qu'elle ne sentait absolument rien et qu'elle ne parvenait pas à

s'expliquer sur ce qui lui était arrivé en pleine nuit, ce qui intrigua Daniela.

Le travail de Daniela consistait prioritairement à détecter des cas de tuberculose, une épidémie qui sévissait dans la région. Daniela était le seul médecin présent au village. Sans recours à une autre langue que le portugais pour se faire comprendre, elle devait recourir à des traducteurs. La région était alors en proie à l'insécurité. De nombreux groupes de *garimpeiros* (orpailleurs) arrivés par avion, à la recherche de mines d'or, harcelaient constamment les caciques amérindiens. En échange de renseignements, ils troquaient des piles, de la viande de poulet et d'autres marchandises. Parallèlement, la lutte sanitaire redoublait si bien que Daniela se reposait quand elle le pouvait. La nuit suivante, Daniela dut de nouveau faire face aux convulsions de la même adolescente caiapó. Cette fois, on la laissa examiner « la malade ». La jeune fille n'avait pas de fièvre, ses sphincters n'étaient pas relâchés, elle semblait effrayée, s'agitait énormément. La journée s'écoula, suivie d'un autre examen de la jeune fille et du nouveau recours à un interprète, sans résultat probant. La troisième nuit : scénario identique. Quarante-huit heures plus tard, une deuxième adolescente souffrit des mêmes symptômes. Quelques jours plus tard, cinq nouveaux cas d'adolescents se déclarèrent. Daniela ressassait de possibles diagnostics : arbovirose ? Encéphalite ? Aucun ne semblait satisfaisant. Une question la tracassait : pourquoi ces jeunes ne présentaient-ils, de jour, aucun des symptômes qui se déclenchaient la nuit ?

Les nuits s'écoulèrent jusqu'à ce que les « symptômes » frappent plusieurs jeunes hommes. « Il fallait cinq adultes pour maîtriser une jeune fille, alors imagine pour un jeune homme ! » dit Daniela. À tel point que le village fut paralysé.

Je craignais que tous ne décident de gagner la forêt. J'aurais été incapable de les suivre. Nous ne fermâmes pas l'œil de la nuit ; la vieille femme qui veillait sur moi me recommanda de ne pas m'approcher car l'un des hommes avait essayé de faire feu sur le groupe qui tentait de le maîtriser.

Le lendemain, nouvelle tentative de dialogue et examens complémentaires. L'homme au fusil, qui s'exprimait correctement en portugais, m'expliqua : « dans ces moments-là, on ne reconnaît plus ses propres parents, docteur ; ce que je voyais était affreux, j'ai cru qu'ils voulaient me prendre mon esprit, c'est pour cette raison que je voulais fuir ou leur tirer dessus ».

Peu après, les chefs dirent à Daniela qu'ils avaient l'intention de solliciter l'aide d'un *pajé* (autorité chamannique) d'une autre ethnie. Le remède, semblaient-ils

dire, ne pouvait émaner des médecins dont l'appui n'était pas nécessaire dans ce cas précis. Pendant ce temps, la situation sanitaire du village se dégradait, il fallut abandonner le dépistage de la tuberculose planifié antérieurement.

Dans l'intervalle, les chefs indiens firent de nouveau appel à Daniela. Ils lui dirent que la FUNAI (Fondation Nationale de l'Indien, organisme de l'État brésilien créé en 1967) ne débloquerait les fonds nécessaires à l'affrètement d'un avion pour le transport des *pajés* qu'à la condition que cette demande soit confirmée par le médecin. En clair, la FUNAI fournissait son appui tout en ôtant aux Indiens leur pouvoir de décision, dans un mélange de méfiance et d'autoritarisme. D'un autre côté, non seulement Daniela ne parvenait pas à rendre son action sanitaire pérenne, mais elle redoutait aussi la réaction de sa hiérarchie qui aurait pu lui reprocher d'outrepasser son rôle ou encore, juger que faire appel à des *pajés* constituait un aveu d'incompétence. Malgré tout, Daniela décida d'adresser un radio-télégramme à la FUNAI :

Nous sommes confrontés à une situation qui dépasse mon champ de compétences, situation qualifiée par les chefs de la communauté indienne comme une maladie de l'Indien. La communauté réclame l'assistance de *pajés* lesquels, j'en suis sûre, réussiront à prendre en charge le problème et apaiseront les souffrances du village.

L'avion fut affrété en vain, à cause de la reprise de vieilles querelles qui empêchèrent le départ des *pajés* pour le village caiapó. La situation perdura quelques jours, fort heureusement contrôlée sur place. Puis la maladie disparut, aussi soudainement que lors de son apparition. La seule explication fournie à Daniela fut que les *pajés*, à distance, avaient « soigné tout le monde ». Daniela conte cette histoire chaque fois qu'elle en a l'occasion. Comment l'interpréter ? S'agit-il d'une manifestation de ce quelque chose qui limite notre entendement, de phénomènes qui nous dépassent ?

Carla et « la machine à vivre »

Carla est née à São Paulo en 1977. Elle fit des études d'infirmières à la Faculté de l'hôpital Albert Einstein. Tel était son désir depuis l'enfance, dû « au hasard » et de la possibilité d'être plus proche d'un rôle de « soignante ». À ce désir précoce d'agir dans la santé publique s'ajoutait la curiosité envers les cultures « exotiques », curiosité attribuée à « l'insatisfaction d'une vie routinière en milieu urbain ».

À la faculté, elle était davantage attirée par le rôle social de la profession avec l'envie de s'impliquer dans

l'assistance, plus que par l'aspect très technique de l'enseignement universitaire, ne laissant aux questions de santé collective, aux politiques de santé et à l'anthropologie, qu'une portion congrue. Les étudiants étaient formés dans le but d'être immédiatement opérationnels en milieu hospitalier. Carla effectua plusieurs stages à l'hôpital A. Einstein et à celui d'Emilio Ribas, ce qui la conforta dans l'idée qu'elle ne voulait pas exercer dans ce type d'environnement. Son idée était de travailler sur les questions de santé publique, pouvoir approcher « d'autres cultures ». Elle se mit en quête d'organisations telles que Médecins sans Frontières, la Croix-Rouge, avant de rejoindre le projet Xingu.

Lors d'un cours à l'UNIFESP (Université Fédérale de São Paulo), Carla repéra une affiche sur l'anniversaire des 35 ans du projet Xingu. Lors de cet événement, elle fit la connaissance des responsables du projet, ainsi que des chefs indigènes, avec le sentiment d'être en phase avec le travail qu'elle souhaitait accomplir. Elle écouta attentivement les chefs amérindiens présents parler de leur approche de la médecine et des « bouleversements nés du contact avec le colonisateur, des maladies, de l'effondrement des peuples indiens, de l'évolution de l'attitude de l'Indien face aux connaissances des Blancs, afin de pouvoir se défendre ». L'empathie fut immédiate, « j'étais enchantée » répéta l'infirmière à plusieurs reprises. Ce fut le démarrage d'une collaboration avec le projet Xingu, la découverte de notions totalement nouvelles telles que « la maladie de l'Indien », le fétiche, le chamanisme, constamment abordées lors de réunions préparatoires.

Malgré ce travail de préparation, Carla estime que son premier séjour au Xingu fut particulièrement « éprouvant », l'évaluation de son efficacité sur le terrain la mettait à rude contribution tant sur le plan physique qu'émotionnel. Carla se rendit compte que le plus difficile au Xingu consistait à tester ses propres valeurs en tant que « personne occidentale, catholique et agent de santé », selon ses termes. L'aspect qui la rebutait le plus était de rendre compatible « la valorisation de la vie à tout prix, sauver des vies à tout prix », avec la conception amérindienne de la vie :

Sauver la vie des personnes, telle est la vieille histoire de toujours, qui pèse sur les épaules. Je pense que c'est l'aspect majeur sur lequel nous devons apprendre à travailler le plus parce que nous sommes formés pour sauver, pour que le souffle de vie se maintienne intact, pour que le cœur continue à battre, que la personne continue à respirer. C'est comme une machine qu'il faut maintenir en état de marche. Je me rappelle avoir réanimé un enfant dans une pirogue. J'étais complètement affolée parce que je ne voulais

pas que cet enfant meure dans mes bras, comme si j'avais la responsabilité d'un tel pouvoir. C'est ce sur quoi j'ai dû apprendre à travailler, tout le temps. [...] Je m'abstenais d'intervenir avec des « fais ceci », « fais cela », « tu ne peux pas faire cela », mais je souffrais intérieurement !

Pour Carla, cette volonté de se battre pour la vie – « cette machine [Le corps humain] à maintenir en état de marche » – a pris la forme d'un authentique dilemme. Comment lutter pour la santé et la vie si fréquemment, on ne comprend pas ce que signifient la santé et la vie dans la conception de ceux en faveur desquels on agit ? Je priai Carla de commenter davantage ce dilemme. Elle me conta une histoire « bien significative de ce à quoi nous [les professionnels de la santé] sommes confrontés lorsque nous travaillons avec les populations indiennes, une lutte qui s'est produite lors du décès d'un tout petit bébé. ».

Quand Carla se rendit au village kalapalo de Tangura, où un nourrisson malade venait de naître depuis une quinzaine de jours à peine. Carla ne comptait guère plus qu'une expérience de six mois de travail au Xingu. Dès son arrivée, elle se rendit compte que le village s'était préparé au deuil. Dans la maison communautaire résonnaient en permanence des chants de lamentations kalapalo. Peu après, Carla comprit que les parents du bébé, très jeunes, n'avaient pas respecté la règle coutumière de la quarantaine. Selon ses calculs, les parents devaient avoir 13 ou 14 ans. Elle ne sut ce qui s'était exactement passé, mais entendit des rumeurs selon lesquelles le couple était trop jeune, que le drame était une conséquence du non-respect de certaines règles.

Le cas du bébé lui avait été signalé par l'auxiliaire de santé amérindien qui avait réclamé son aide. Carla diagnostiqua une méningite, la tête du nourrisson était enflée, il avait une forte fièvre et souffrait de convulsions. Carla, pour la première fois, côtoyait la mort au Xingu. Près de l'infirmière se tenaient trois *pajés*, appelés pour une veillée mortuaire.

Le « grand-père de l'enfant était le cacique du village », précise Carla, il pleurait abondamment. À l'arrière de la maison se tenaient des femmes, composant une scène décrite par Carla comme « très belle, triste et émouvante, tous les corps étaient peints ». Carla passa la nuit éveillée, essayant de « faire quelque chose », dans les limites de ce qu'on lui permettait de faire : « j'administrerai un médicament contre la fièvre, je tentai une injection de sérum [...], mais je perdis la veine ». À ce moment, un *pajé* chuchota à l'oreille de l'auxiliaire de santé qui traduisit à Carla ce qui venait d'être dit : « tu vois comme l'âme de l'enfant est partie, cela ne sert à rien que l'infirmière le pique, si elle [le]

pique encore l'âme va ressortir. » Carla, encore novice au Xingu, fut « totalement désespérée ». Elle ne parvenait pas à accepter l'idée d'une mort précoce du bébé. Tous, au village, portaient déjà les habits de deuil, mais Carla, elle, percevait les pulsations de « la vie » chez l'enfant et pensait qu'elle devait « faire quelque chose ». Elle aborda la question avec les *pajés*, les interrogeant sans relâche sur une possible alternative :

Je me suis approchée de l'un des *pajés*-assistants, sur la pointe de pieds, en lui faisant part de mon diagnostic, en ajoutant que je pouvais intervenir en faveur de l'enfant à condition de le transporter immédiatement au dispensaire où se trouvait un médecin de permanence ; de là, il serait évacué par avion vers un hôpital de la capitale. Il m'a regardé d'un air, comment dirais-je, placide : « non... ne vous occupez de rien, vous avez fait votre travail... celui-là... – il a posé sa main sur sa poitrine – ... celui-là n'a plus d'âme – en fait, il évoquait l'esprit – ... c'est fini, il est mort ». Je lui ai répondu : « non, *pajé*, regardez, ce petit, vous voyez bien, regardez-le, il respire encore. Écoutez, je peux l'emmener au dispensaire, il y a un médecin ». Alors, il m'a dit : « non ma fille, ce n'est pas la peine, tu vas perdre ton temps ».

Ne parvenant pas à se résigner, Carla passa une partie de la nuit à tenter de convaincre ce qu'elle appelle « la hiérarchie *pajé* », avant d'accéder au *pajé* le plus prestigieux. Lorsque Carla, avec douceur, exposa sa proposition, le *pajé* lui rétorqua : « ma fille, tout est bien, tu as déjà travaillé (en riant). Maintenant, tu peux aller te reposer, va dormir. Demain matin, tu travailleras, tu verras un autre cas... celui-là, c'est fini, il est déjà parti. Cette jeune [il désignait de la main la mère du bébé] ne sait pas encore avoir un enfant. Mamaé⁶ a emmené le sien. »

La conversation avec le *pajé* majeur se déroula d'abord via le truchement du *pajé*-assistant qui traduisait simultanément dans les deux langues. Peu après, Carla parvint à établir un dialogue en portugais, utilisant des phrases courtes et répétant les mêmes questions : « pourquoi cet enfant meurt-il ? Pourquoi ne puis-je pas tenter de le sauver ? » Les réponses, en portugais, resteront invariables : l'enfant n'a plus de vie, son esprit l'a quitté, « Mamaé l'a emmené ». Le contexte pourrait être caractérisé ainsi : a) traductions d'une langue à une autre ; b) recherche systématique de communication ; c) échanges difficiles, avec le recours de gestes et de mimiques ; d) cultures différentes.

La scène impressionnait Carla : les deux jeunes parents, tête basse, les psalmodies, les peintures corporelles, les pleurs, la patience des *pajés*, le nourrisson à la tête enflée, fébrile, le corps secoué par les convulsions.

À l'aube, n'y tenant plus, Carla courut s'entretenir avec le grand-père de l'enfant et réussit à le convaincre d'emmener le bébé au dispensaire Leonardo Villas Boas. Une autre scène, lors du trajet en pirogue à moteur, est restée gravée à jamais dans sa mémoire : le grand-père à la barre du moteur, en pleurs ; la jeune mère, aux côtés de Carla, maintient maintenant le bébé dans ses bras ; le *pajé*, posté à l'avant, se retournait chaque demi-heure : « Alors, ma fille, il est mort ? », ce à quoi Carla répondait : « Non, pas encore ». Carla regardait le bébé se contorsionner, proche de la mort cérébrale. Le *pajé* se retournait de nouveau, pour demander avec naturel : « Alors, ma fille, il est mort ? ». Carla, le grand-père et la mère sanglotaient.

En saison sèche, la navigation était plus risquée. La pirogue descendit le fleuve Kuluene trois heures durant, avant de serpenter dans les affluents étroits et sinueux du Tuatuari. Le grand-père se perdit, ce qui rallongea le trajet d'une heure. Parvenus à peu de distance du dispensaire, le *pajé* reformula sa lancinante question. Carla disait : « Il est sur le point de mourir, il va mourir. Vous aviez raison. » L'enfant mourut dans la pirogue, au beau milieu du fleuve.

En arrivant au dispensaire, je me suis effondrée ! Autant pour avoir côtoyé la mort de près que pour n'avoir pas su l'éviter. Je me reprochais aussi d'avoir ôté cet enfant, à un moment décisif, ce qui comptait davantage pour lui et pour sa famille : mourir parmi les siens, accompagné par cette belle cérémonie de deuil, plutôt que dans une pirogue, en situation d'urgence. Je me suis rendue compte que j'étais passée à côté de l'essentiel. Je n'avais rien compris. Je ne parvenais pas à accepter la réalité de la mort.

Carla travaille toujours pour le projet Xingu. Cette expérience lui a permis de réorienter sa démarche vis-à-vis des communautés amérindiennes. Dans des circonstances similaires, comme nous le verrons plus tard, elle a été en mesure d'agir différemment.

Bornes, limites et usages de la traduction

Si, dans cet article, j'ai commencé par rapporter les expériences de Daniela et de Carla, c'est qu'outre leur proximité et leur disponibilité dans le cadre de cette recherche, elles ont clairement laissé transparaître quelques « motifs » (Deleuze 1997a) récurrents dans leur manière globale d'appréhender leurs interventions et de gérer des conceptions différentes en matière sanitaire.

Dans les deux cas, le choix d'exercer dans le domaine de la santé se nourrit du désir de « faire quelque chose pour changer la société ». Daniela mentionne des épisodes de son enfance où la thématique de l'Indien est

toujours liée à l'idée de vulnérabilité. Devenir médecin est une alternative qui permet d'agir en faveur de « populations nécessiteuses ». Carla, critique quant au « mode de vie urbain », cherche dans l'exercice de sa profession « un rôle de protectrice ». À cette vision de « populations indigènes » jugées « vulnérables », dans l'attente d'interventions susceptibles d'atténuer leur dénuement, s'ajoute l'idée de la biomédecine comme un outil d'intervention efficient⁷. Médecine et infirmerie sont appréhendées comme des disciplines permettant d'agir. Il n'existe ici aucune distorsion de la relation directe entre vulnérabilité et sauvetage, entre « croyances indigènes » et une forme de sotériologie reposant sur l'utilisation rationnelle de la technique, ni mise à distance d'une profession considérée comme le *locus* d'une bataille mettant en présence des populations souffrantes et des professionnels salvateurs. Cette tonalité sotériologique est classique dans les récits des professionnels de la santé avec lesquels je suis resté en contact (Follér 2004; Good 1994).

Toutefois, la présente recherche semble indiquer qu'à mi-parcours, une distorsion s'insinue, révélatrice d'autres motifs, observable lors de témoignages dans lesquels coexistent à la fois les notions de « sauvetage médical de populations vulnérables » et de prise de conscience des limites de la biomédecine. Témoignages dans lesquels l'action des professionnels de la santé est confrontée à une limite. Sans doute Daniela se montre-t-elle la plus incisive, car elle évoque des zones obscures au sein desquelles son savoir est en deçà du savoir indigène. Nulle équation possible associant le médecin et la biomédecine comme valeurs ; bornage dans l'application des règles découlant d'une science capable, ou supposée l'être, d'appréhender n'importe quelle intervention, quel que soit le contexte. Si le vocabulaire de Daniela est tributaire de termes tels que « conviction » et « intervention », ils n'apparaissent guère dans ses témoignages. À l'inverse, la limitation des connaissances, le fait qu'elle n'obtienne certains résultats qu'à la condition de s'écarter du schéma de la biomédecine, nourrissent un questionnement intérieur permanent. Dans le cas de Daniela, un médecin intervient face à un malade qualifié comme tel par la science, mais cette intervention s'effectue sans point d'ancrage avec la science.

Carla, quant à elle, se décrit volontiers comme une personne troublée par l'effet de résistance qu'implique la présence d'une autre façon de concevoir l'existence. Elle se sent partie prenante de l'entretien et du fonctionnement d'une « machine de vie » dont elle connaît les rouages mais qui, en même temps, l'empêche d'agir et contrarie sa capacité de percevoir d'autres formes de vie. Lorsqu'elle est invitée à commenter sa profession,

elle aborde sans cesse la question exemplifiée du malentendu⁸, parfaitement consciente de ses limites dans ce qu'elle considérait autrefois comme le fer de lance de son action, cette fameuse « machine de vie » qu'il a bien fallu confronter au réel. Son témoignage montre que cette limite doit être recherchée dans une conception radicalement différente de la vie. Ce nourrisson et le rituel funéraire kalapako ont laissé entrevoir l'existence d'un regard sur la vie et la maladie que Carla n'est pas parvenue à appréhender. Il aura fallu un périple sur le fleuve, une navigation dans les méandres d'affluents du Tuatuari pour qu'elle admette enfin que sa compréhension comportait certaines bornes. Dans cette traversée des limbes, effectuée en compagnie du grand-père, de la mère du nourrisson et du *pajé* posant régulièrement la même question bien qu'il connût la réponse, l'infirmière a brutalement pris conscience que tous, sauf elle, savaient d'avance ce qui se produirait. L'incapacité à entendre les *pajés*, dans la nuit qui précéda la traversée, n'était-elle pas révélatrice de l'existence de balises bornant l'action d'un agent de santé au sein d'une communauté amérindienne ?

Depuis plus de deux ans, j'ai recueilli les témoignages de médecins et de soignants spécialisés dans les questions de santé indigènes, tout particulièrement ceux partie prenante au Projet Xingu. Cette démarche a révélé de multiples cas de limitations. Par exemple : occasionnellement, lors de ces rencontres, les professionnels de la santé mentionnèrent le cas d'un médecin devenu l'un des meilleurs spécialistes des interventions en contexte amérindien. Un jour, au Xingu, ce médecin fut appelé au chevet d'un Indien victime d'un envoûtement. Fort d'une réputation qu'il aimait mettre à l'épreuve, il accepta la prise en charge de ce patient. Ce n'était un secret pour personne que, pour ce médecin, « science » et « croyances locales » (condescendant, c'est tout juste s'il ne les qualifiait pas de « superstitions ») livraient bataille. Après une veille médicale de trois jours, l'Indien mourut sans aucune explication plausible du point de vue biomédical. Peu importe que l'histoire rapportée soit d'une irréprochable authenticité, ce qui m'intéresse est qu'elle soit considérée comme exemplaire. Et cette histoire, exemplaire parmi d'autres, se concluait encore une fois par ce commentaire : « c'est ce qui nous est déjà arrivé à tous ! » Comme s'il était indispensable, pour qualifier la puissance et l'efficacité de l'intervention médicale, d'en signaler aussi les limites et le caractère erroné.

Singuliers médecins qui, invités à parler de leur métier, ne font nullement étalage de leurs compétences, mais parlent surtout de leurs limites. Daniela ne parvenait pas à comprendre les cas de convulsions caiapó. Elle

ne sut déterminer la cause de leur apparition ni celle de leur disparition. Elle pouvait seulement décrire, sans pouvoir l'expliquer, l'intervention de *pajés* extérieurs au village parvenant à distance à vaincre le mal. Ses efforts pour diagnostiquer la maladie se révélèrent inopérants. Plongée dans un monde amérindien complexe au sein duquel la crainte des esprits, les troubles corporels assimilés (mal traduits) à des convulsions, les rituels de purification, les conflits interethniques, la présence menaçante d'aventuriers chercheurs d'or, ce médecin découvrait – malgré son profond désir d'exercer la médecine auprès de ces populations – à quel point sa propre représentation culturelle était un recours fragile. Elle parvenait à un stade où la biomédecine abandonnait.

Carla, quant à elle, s'est frottée à de nouvelles formes de vie. L'infirmière, critique son quotidien en milieu urbain, qui voyait son métier comme une façon noble de protéger les plus faibles, apprit au contact des kalapalo autant sur ses propres limites que sur les aspects les moins nobles de ce que soigner veut dire.

Pour quelle raison Daniela et Carla auraient-elles mentionné des épisodes précis au cours desquels leurs formations de soignantes étaient inopérantes ? Dans une aussi vaste palette d'expériences de l'altérité (éducation sanitaire, prévention des épidémies, statistiques démographiques au Xingu, etc.), pourquoi avoir choisi de s'exprimer tout particulièrement sur des situations de mise en échec ? Pourquoi avoir choisi des séquences exemplaires dans lesquelles leurs actions s'étaient avérées inintelligibles ?

Pour tenter de répondre à ces questions, il est sans doute nécessaire de revoir la notion de limite. La limite peut s'interpréter comme une balise ou une lisière entre deux univers, deux mondes (Das 2007). Dans ce sens, une limite impliquera nécessairement l'existence d'un point de passage, une traduction en somme, de ces univers. Ce qui sous-tend ces témoignages, c'est la traduction. Tous les actes du médecin et de l'infirmière renvoient à une recherche de traductions de paroles, d'actes et d'agissements⁹. Dans les cas de Carla et Daniela, professionnelles de la santé porteuses d'un ensemble de conceptions et de savoirs technologiques, les interventions sont paradoxales parce qu'elles ne parviennent à s'effectuer, via un processus de traduction, qu'après une mise à distance relative de la biomédecine.

Bien que l'établissement d'un échange reste une difficulté récurrente, Carla et Daniela ne pouvant se passer des traducteurs ou *pajés* possédant une connaissance élémentaire du portugais, ce qui est en jeu implique aussi les conceptions, imaginaires, conventions, manières de concevoir santé et maladie¹⁰. Le médecin puise dans

son bagage culturel, dans son vocabulaire pour traquer la maladie, interprétant des expériences corporelles dans le cadre nosologique biomédical. La classification présentée par les caiapó comme « maladie de l'Indien » est une tentative caiapó pour traduire leurs propres conceptions dans un lexique plus ou moins accessible au médecin traitant, un type de communication instrumentale¹¹. Ce qui importe ici est un essai de transmission de formes différenciées de préhension du corps et de la maladie, de thérapeutiques distinctes via un langage praticable. Les approches subtiles des kalapalo sur le corps, sur le langage des rituels (dont Carla avait seulement perçu la beauté et la solennité), sur les perceptions et les relations entre la vie et la mort constituèrent une expérience, certes peu comprise et mal traduite, mais néanmoins édifiante pour l'infirmière qui sait qu'elle ne sait pas.

L'idiome et le vocabulaire technique fournis par la biomédecine sont inopérants dans ce type de situation. Des termes comme « épilepsie », « convulsion », « attaques » sont des tentatives de traduction instables. Les expressions employées dans les récits des soignants ne sont que des bribes de traduction : « *pajé* », « chef », « père », « mère », « grand-père ». Configurations de parentèle, institutions, sensations sont immédiatement transposées dans la réalité propre des professionnels de la santé. Des traductions néanmoins équivoques et limitées.

L'impossibilité d'une traduction intégrale est un constat établi de longue date. Traduire suppose la persistance de quelque chose d'intraduisible signalé par des expressions telles que « texte indicible », « reste que », « phrase équivoque », d'où l'on aboutit à la fameuse maxime italienne *traduttore traditore*. Si traduire c'est trahir, alors une bonne traduction consiste à trahir dans la langue d'arrivée, non dans celle de départ. Une bonne traduction supposerait que les concepts étrangers subvertissent le dispositif conceptuel du traducteur (Viveiros de Castro 2009:54). Cet intraduisible, s'il contrarie le traducteur, n'empêche nullement la possibilité (et le risque) d'un flux constant de traductions / traïtrises / transformations. L'agencement de « l'étrangeté », dans un tel flux, peut alors déboucher sur des transformations de concepts, en termes de perspectives et de réceptivité. Toutefois, le processus de traduction n'est pas seulement d'ordre conceptuel.

Un concept comporte deux dimensions : l'affect et le perçu, nécessaires afin de susciter le mouvement et son devenir (Deleuze 2007:171). Bien que le concept implique « quelque chose de différent », il n'existe ni sens ni besoin sans un affect et un perçu corrélatifs (Zourabichvili

2004:4). Si les traductions mobilisent « d'autres dimensions » du concept, elles altéreront aussi bien le concept que sa dimension. Quand bien même elles ne détruiraient pas totalement le « quelque chose de différent », elles provoqueront un mouvement profond dans les affects et les perçus. J'aimerais insister sur le fait que les bornes, les limites, les équivoques qui accompagnent nécessairement une traduction par définition incomplète (quel que soit l'arc de complexité) sont susceptibles d'affecter les professionnels de la santé.

La limite réside dans l'instance du devenir incessant d'un sens et de sa suspension, un lieu de passage et de conflits, d'affirmations et réaffirmations d'un sens préalable, d'hésitations constantes. Les professionnels de la santé sont confrontés à l'urgente nécessité d'une traduction face à leurs responsabilités de soignants. Tenus par un devoir d'efficacité, ils se sentent en conflit avec leur propre langage, prisonniers de textes dont ils ne peuvent s'extraire puisque c'est ce même langage qui leur permet d'exercer et de conférer du sens aux expériences. Parce qu'il est privé d'équivalences, le plus souvent en difficulté face à l'altérité et au besoin de traduction, soit il aura recours à des traductions ethnocentriques (celles qui nient systématiquement l'étrangeté de l'œuvre étrangère – Berman 2002:18), soit il sera affecté par l'Autre. Ne reste d'autre alternative que celle de se laisser flotter au gré des rencontres, au prix d'une modification et d'une altération du sens. Comme nous l'avons vu dans les cas de Daniela et de Carla, ces confrontations sont le théâtre de maintes situations imprévues devant lesquelles la biomédecine est impuissante. Or, cette impuissance – les professionnels de la santé se trouvent partiellement dépourvus de ce qui devrait théoriquement constituer leur structure de pensée – fait que de telles rencontres pourraient aboutir à bien davantage qu'une traduction ethnocentrique.

La production systématique de traductions ethnocentriques par les professionnels de la santé a été abondamment signalée. Il ne saurait y avoir ici nulle intention de décrire la santé indigène, telle qu'elle existe au Brésil, en des termes idylliques. Au contraire, le contexte est difficile et, dans certains cas, la situation est dramatique. Le peu de cas accordé aux questions de santé publique envers les peuples indigènes contribue à la mortalité, notamment infantile, à l'aggravation des maladies, en particulier la tuberculose, à l'augmentation des cas de MST et d'hépatites, entre autres. Il n'est pas davantage question de suggérer que les agents de la santé remettent systématiquement en question les procédures et les protocoles biomédicaux en vigueur. À ce sujet, Marina Cardoso (2004) met en garde contre

l'introduction de normes universalisantes au sein des communautés amérindiennes, parce qu'elles s'appuient sur des préceptes sanitaires et biomédicaux incompatibles avec les formes autochtones d'organisation et les conceptions traditionnelles en matière de santé, de maladies et de thérapeutiques.

Portant, dans les deux cas cités, ceux de Daniela et de Carla, l'expérience de l'altérité aura été gouvernée par une instabilité incontrôlable. Qu'est-ce donc qui affecte des professionnels confrontés à la présence d'un « cela » non qualifié, sans équivalent dans le vocabulaire comme dans la syntaxe, un « cela » qui fait néanmoins irruption lorsque des situations critiques se déclenchent ? La mise en échec d'approches infatuées du type « en biomédecine, *cela* se définit de telle manière » est patente dans la mesure où ces automatismes font l'impasse sur un raisonnement plus simple : « dans ma langue, *cela* pourrait se formuler comme tel. » (Morales 2008:134). Faute de traductions, équivalents suffisamment proches, sachant d'autre part que le répertoire conceptuel des uns n'est pas isomorphe du nous (Holbraad 2003:43), alors la voie est libre pour un déferlement d'hésitations, d'équivoques, de bégaiements, de bornages sans fin. Ce que nous suggérons, c'est de penser aux affects implicites dans le processus de traduction, fonction de ce qu'ils permettent de dire, fonction aussi des distorsions qu'ils impliquent.

Affects et affections

Lors d'un cours sur Spinoza à la faculté de Vincennes en 1978, Gilles Deleuze commenta un problème de traduction. Deleuze attirait l'attention sur la « catastrophe » consistant à traduire *affectio* et *affectus* par « affection », rappelant qu'il existe en français deux termes, « affects » et « affection », plus proches de la terminologie spinozienne¹². Deleuze revient à plusieurs reprises sur cette question que je tâcherai de commenter.

L'Affect serait lié à l'effet d'un corps sur un autre, un corps souffrant des actions de l'autre. L'Affection serait un mélange de corps, l'état d'un corps qui enregistre l'action d'un autre corps et en conserve la trace. *Affectio* signale la nature du corps modifié, fonction de la présence du corps modifiant ; *affectus* indique le passage d'un état à un autre, prenant en compte la variation corrélative des corps modifiants. Chaque affection s'apparente à une interruption dans la continuité de la puissance d'agir, celle qui se produit en nous à partir d'une rencontre qui augmente ou réduit notre pouvoir d'agir. L'affect ne se réduit pas à une comparaison intellectuelle des idées, il est d'abord constitué par la transition vécue d'un degré de perfection à l'autre. L'affection, définie

comme un mélange des corps, désigne la nature du corps modifié, celle du corps affecté ou affecté.

Les affects ne sont pas non plus des sentiments, ce sont des forces qui nous traversent, dépassant la distinction entre sujet et objet puisque chaque être se transforme autrement en vertu d'une fusion, d'un rapport. Les affects sont des devenirs non humains de l'homme ; devenirs au sens de rencontres indifférenciées, indiscernables, comme si les choses, animaux et personnes atteignaient le point (non infini) qui précède immédiatement leurs différences. Les affects ne sont pas davantage intérieurs : ils résident dans l'interstice, dans l'entre, dans les intercessions ; ils sont vibrations ou intensités et, précisément pour cette raison, ils ne se confondent pas avec ce qui est vécu comme intériorité subjective. Le sentiment ne peut être perçu qu'à travers la dimension affective, tissée à partir de liens et de rencontres multiples, mais reliés dans une même signification, de sorte que le sentiment est mobile, l'affect est le mouvement en constant devenir.

En somme : les affections sont des effets produits par l'action d'un corps sur un autre dans l'espace ; les affects sont les effets d'un corps déterminé dans la durée, des variations de la puissance d'agir. L'affect correspond par conséquent à notre manière de problématiser nos affections, nos douleurs et nos plaisirs ; l'affection est l'ensemble de ce que le corps absorbe dans sa rencontre avec l'autre.

Ces commentaires sur affects et affections sont en lien avec les limites, les processus de traduction, l'idée d'interstice, les rencontres (bonnes ou mauvaises). Telles sont les questions que je souhaite mettre en avant : dans quelle mesure des expériences (mélanges, affections) de rencontre avec une altérité radicale comme celles de Daniela et de Carla, rendent possible une auto-modification, permettent un devenir autre ? Ces professionnels de la santé peuvent-ils être affectés ? De quelle manière ? Une écoute de l'Autre est-elle possible ? Afin de poursuivre cette réflexion, nous pouvons, brièvement, mettre les expériences de Daniela et de Carla « en surimpression » (Almeida 2007) de celles généralement associées à la biomédecine.

Vérités et concepts de la biomédecine, compte tenu de leur impact normatif, influencent nos convictions et nos manières de vivre. La médecine, omniprésente à des moments cruciaux de l'existence tels que la vie, la mort, la naissance, la maladie, dicte sa définition du bien-vivre. Les discours médicaux s'appuient sur une doctrine supposée consensuelle selon laquelle la santé est une valeur fondamentale et cardinale, que les maladies sont nocives et doivent être combattues afin que nul

n'y succombe. En découle d'emblée le fait que certaines conduites particulières sont les causes des maladies, qu'en conséquence ces conduites doivent être évitées, combattues ou éradiquées. Point n'est besoin d'aller chercher bien loin pour constater les prétentions normatives du discours biomédical dans des domaines aussi divers que la diététique, la sexualité, l'hygiène, la thérapeutique. Certains chercheurs ont relevé ces caractéristiques, mis en garde contre la dimension normative et prescriptive des discours en rappelant qu'étiologie et normalisation font partie de la biomédecine, que son pouvoir normatif croît à mesure de ses victoires et de son efficacité comme technologie. Comme science du normal et du pathologique, la biomédecine triomphe parmi les autres sciences, dressant la norme du raisonnable (Canguilhem 1984). Par ailleurs, comme le souligne Bruno Latour (2004), même l'hôpital ne parvient pas à considérer strictement le patient comme un simple objet. Les travaux d'Annemarie Mol (2002) sur l'artériosclérose, par exemple, montrent comment l'action des professionnels de la santé en milieu hospitalier est loin d'être objectivante. En milieu hospitalier, ces professionnels de la santé sont constamment en butte à des situations qui bornent leurs savoirs et le champ même des connaissances de la biomédecine.

La rencontre entre les professionnels de la santé et les communautés amérindiennes confronte la force et l'efficacité du discours biomédical avec des façons autres d'appréhender la santé et la maladie, avec d'autres thérapeutiques, ce qui débouche sur des conflits, des disjonctions amplement décrites et commentées (Follér 2004; Langdon 2001). Lorsque la rencontre se produit, les relations entre les professionnels de la santé et les Amérindiens sont éminemment hiérarchisées, plaçant d'un côté la biomédecine et les savoirs de l'Occident sur une haute échelle de valeurs ; de l'autre, des savoirs indigènes interprétés comme une méconnaissance ou encore la manifestation de croyances inefficaces. Qui-conque est appelé à travailler dans ce domaine peut constater l'arrogance constante des professionnels vis-à-vis des Amérindiens, qualifiés d'ignorants sur les questions de la santé et du traitement des maladies ; les patients amérindiens qui ne sont pas « réactifs » aux thérapeutiques prescrites sont jugés désobéissants.

Les récits de Daniela et de Carla, toutefois, nous apprennent davantage. Tant leurs engagements que la qualité de leurs témoignages montrent une modification. Daniela et Carla, lentement, avec le patient travail du temps, s'orientent vers une mise à distance relative d'un certain type de savoir. Qu'elles constatent leurs limites ou qu'elles s'interrogent sur « la machine à vivre »,

affections et rencontres modifient leur puissance d'agir ; plutôt que se dissoudre dans le savoir biomédical, elles finissent par réagir.

Au fond, des récits qui pourraient aisément faire étalage de thèmes tels que la puissance d'intervention (dépistage épidémiologique), vanter l'héroïsme et le succès (solutions techniques et thérapeutiques pour sauver des êtres « vulnérables ») ou encore l'élan humanitaire (sauver des vies), mettent l'accent, en définitive, sur ce que l'entreprise charrie en termes d'équivoques et de malentendus. Cette distorsion suscite de nouvelles formes de subjectivité, de nouvelles façons de voir. En somme : limitations, limites et processus de traduction ne sont pas seulement révélateurs de l'attitude des professionnels, ils sont aussi les produits et les producteurs performatiques de nouvelles formes d'agir et de penser la santé amérindienne. L'expérience continue et persistante de traductions comme celles qui ont été décrites peut susciter une telle modification.

Affects et affections vont au-delà de la reconnaissance des limites et des difficultés de traduction, ce qui constitue déjà en soi une distorsion de la force normative biomédicale. Quelque chose s'est transformé avec l'expérience vécue. Le contact avec des formes différenciées de perception de la santé et de la maladie, la nécessité d'une traduction pour agir, les limites des actions modifient les pratiques postérieures de Daniela et de Carla. Cette dernière nous livre un témoignage significatif sur ce qui vient d'être dit :

Une autre situation s'est produite. Nous avons le cas d'un enfant *ikpeng* atteint d'une maladie congénitale et hospitalisé localement. Nous savions que l'enfant pourrait survivre, à condition d'être transporté à Brasília pour y être opéré. Cependant, les *pajés* réclamèrent son retour au village. À ce moment-là, je faisais la navette entre le village et les hôpitaux de la région. Le père de l'enfant ayant confirmé le retour de l'enfant chez lui, j'exposai clairement mon point de vue, lui disant que cet enfant risquait de mourir. Et cet enfant mourut, là-bas dans son village.

Cette fois, après sa dramatique expérience en village kalapalo, Carla agit différemment. Quelque chose issu de cette rencontre s'était incorporé en elle, quelque chose né de cette affection demeurerait présent. Écoutons plutôt la suite du récit :

Le plus curieux fut d'affronter la colère et l'indignation du médecin de l'hôpital qui réclamait le transfert de l'enfant à Brasília. Après l'avoir informé que la famille avait exigé le retour de l'enfant parmi les siens et qu'il n'y avait plus lieu de négocier davantage, il me regarda avec stupéfaction. J'ajoutai que

nous avons joué cartes sur table avec la famille, que nous lui avons tout expliqué et qu'elle avait rétorqué : « s'il doit mourir, il mourra au village ! » Alors, il [le médecin] m'a dit, agacé : « Impressionnant qu'en plein XXI^e siècle, vous accordiez encore de l'importance à ces fariboles ! Cet enfant va mourir ! » Ce à quoi je lui ai répondu : « Eh bien au moins qu'il meure chez lui, sur sa terre, parmi les siens, au lieu de mourir dans un couloir d'hôpital » Voilà !

Entre l'épisode du fleuve Tanguro et celui de l'hôpital, il s'est produit un changement. L'affect est cette modification. Il se pourrait que peut-être, les exercices et les pratiques des professionnels de la santé puissent s'interpréter en dehors du contexte de réification décrit par Taussig, à travers les mailles d'un pouvoir biomédical tout-puissant. En dépit de la précarité de ce type de rencontres, il n'en demeure pas moins que la probabilité qu'affections et affects modifient la puissance d'agir.

De façon similaire à ce qui s'est produit avec Carla, quelque chose issu de la rencontre avec les Caiapó – corps agités, manifestations corporelles qui interpellèrent la biomédecine – est resté présent en Daniela. Ce médecin travaille actuellement avec les Guarani, dans la région de São Paulo. Lors de notre dernier entretien, elle me faisait part de sa préoccupation sur les « violences commises envers les femmes », devenues fréquentes chez les Guarani. Au départ, le médecin imputa ces violences à « la pauvreté de ces populations ». Puis rapidement, son discours évolua vers un questionnement spécifique sur les genres, sur le moyen de comprendre ces violences en les contextualisant, sur la difficulté d'intervenir sans une compréhension de ces spécificités. Ses réflexions débouchèrent sur le recours à des anthropologues susceptibles de l'aider à mieux cerner son environnement : « nous sommes si isolés ! Si nous mettions nos réflexions en commun, nous pourrions aller plus loin et commettrions moins d'erreurs ».

L'on peut se demander jusqu'à quel point cet « affecter » a une incidence sur le savoir biomédical. Si, compte tenu de leurs expériences, Carla et Daniela ont dû s'éloigner de la biomédecine pour aborder timidement d'autres savoirs, comment ces autres savoirs, ces affections et ces affects questionnent-ils la biomédecine ? La santé en milieu tropical amérindien est-elle en mesure de transformer le savoir-faire biomédical, la manière de concevoir et d'organiser le système de prise en charge sanitaire qui s'exerce en son milieu ? Bien entendu, je ne suis pas en mesure de répondre à ces questions, mais il est clair qu'une approche considérant les professionnels de la santé uniquement comme des agents au service d'un dispositif de réification méconnaît les fissures et les disjonctions caractéristiques des expériences ici

rapportées. Ce qui nous conduit à une réflexion sur une anthropologie des affects.

Anthropologie des affects

La bibliographie concernant la santé en milieu amérindien au Brésil recense, par des voies diverses, les difficultés et les limites présentes dans les rencontres entre les professionnels de la santé et les communautés amérindiennes. Elle révèle aussi, toutefois, des possibilités de communication (Langdon 2005, 2004, 2001, 1991; Follér 2004). Les analyses abordent différentes conceptions de la santé, de la maladie et des thérapeutiques indigènes (Langdon 2005, 2005, 2004) ; la manière dont les communautés établissent des contacts (Perez Gil 2007; Garnelo et Wright 2001; Buchillet 1991) ; les questions d'intermédicalité (Follér 2004). Le contexte général de l'intermédicalité souligne la cohabitation de systèmes médicaux distincts débouchant sur des approches hybrides, créant un espace au sein duquel les agents interagissent sur des questions théoriques et pratiques. Comme signalé précédemment, il n'est pas rare que l'interaction s'opère de façon conflictuelle dans la mesure où, comparés à la biomédecine, les savoirs amérindiens sont minorés et considérés comme un obstacle au développement. Dans ce cas, la biomédecine est perçue comme l'accélérateur d'une ethnomédecine déçue de sa propre capacité d'agir.

Les analyses mentionnées plus haut indiquent cependant que les populations amérindiennes, loin d'être passives, incorporent au contraire des artefacts et des idées dans un syncrétisme de traditions épistémologiques ; elles exercent une capacité d'agir sociale en bâtissant quelque chose de neuf. La connaissance amérindienne est dynamique, créative et sujette à des influences, « performatisant » constamment négociations et renégociations au sein des différents savoirs médicaux. Ce qu'il importe de souligner ici, c'est qu'un agencement amérindien et des rencontres en situation d'intermédicalité, comme décrits dans cet article, sont susceptibles d'affecter aussi les professionnels dans ce que l'intermédicalité suscite en termes de renégociation et de traduction.

Dans un tel contexte, la simple critique de l'objectivité médicale, des différences de langages entre les professionnels de la santé et les patients ou de l'exercice du pouvoir médical ne suffisent pas – ce que semblent indiquer les expériences analysées ici – à embrasser l'étendue des rapports qu'entretiennent les professionnels de la santé avec les cosmopolitiques amérindiennes. Même transposée dans un contexte urbain et médico-hospitalier, cette critique forme un cadre trop statique et trop général pour rendre compte du caractère dramatique de la maladie. Prendre au sérieux la possibilité que

les professionnels de la santé soient affectés en situation d'altérité radicale, c'est tenter de les penser comme des agents sociaux, des êtres historiques capables d'être affectés par autrui.

Une réflexion obnubilée par les relations de pouvoir ou la réification fait l'impasse sur la complexité des expériences vécues. Supposer que des professionnels de la santé resteraient neutres face à l'expérience de l'altérité radicale reviendrait à prétendre que la biomédecine est détentrice d'un pouvoir démesuré, conclure à l'homogénéité cognitive des sujets ou encore considérer les Amérindiens comme des peuples frappés d'asthénie. Si l'on souscrivait à une telle hypothèse, nous serions en présence de deux blocs homogènes, un bloc tout puissant pour agir et transformer l'autre (bien que demeurant identique à lui-même du début à la fin) ; et un second bloc récepteur en danger, vulnérable, sans aucune capacité d'interaction, sans possibilité d'affecter l'autre et de même, parfaitement identique à lui-même.

Il s'agirait donc de deux blocs anhistoriques. Cependant, si les contextes d'intermédicalités mettent en évidence la créativité des communautés indigènes dans leurs négociations avec la biomédecine, si comme nous l'avons vu, des traductions s'imbriquent dans ce processus – exposant aussi la sensibilité des professionnels de la santé aux difficultés et aux pièges d'une circulation de codes qui ne sont pas totalement équivalents (Carneiro da Cunha 1998:14) –, il ne me paraît pas improbable que ces formes créatives du penser et de l'agir, que ces processus de traduction affectent les professionnels. D'où la nécessité de s'écarter d'une posture qui homogénéise les différences, qui assimile les stratégies à de simples prises de pouvoir et de contrôle sur les individus, privilégiant la liaison avec la biomédecine (considérée aussi comme relevant d'un discours homogène), ignorant la complexité et l'historicité des agents.

Cet article s'est efforcé de suivre un parcours différent, tourné vers une anthropologie des affects¹³ qui puisse aller au-delà de la réification et des questions de pouvoir. Si les relations peuvent capturer et assujettir des individus en les instrumentalisant dans des mécanismes de contrôle et de coercition, les affects peuvent être à l'origine de disjonctions, d'hésitations, de lapsus, et provoquer, pour reprendre une expression spinozienne chère à Deleuze (1968 ; cf Sévérac 2005 et Hardt 1996) des « joies actives ». Plutôt que se focaliser sur des terrains aussi rigides que réifiés, une anthropologie des affects cherchera à montrer la part de réalités fluctuantes et fuyantes, composées de lignes de fuite, une anthropologie tournée vers des subjectivités qui excèdent, résistent et esquivent (Deleuze 1986), sans prendre ex-

clusivement la forme d'instances réificatrices. Une anthropologie des affects qui se manifestent dans des rencontres complexes, avec leurs limites, leurs traductions et leurs hésitations.

Traduction française par Philippe Poncet.

Pedro Paulo Gomes Pereira. Docteur en Anthropologie de l'Université de Brasilia. Post-doctorat à l'Université de Barcelone, Espagne. Professeur à l'Université Fédérale de São Paulo. Courriel : pedro.paulo@unifesp.br.

Notes

- 1 Cet article est une version intégralement revue et retravaillée de celle parue en portugais, dans la revue brésilienne d'anthropologie *Mana* (Pereira 2012b).
- 2 Taussig (1992) cherche à démontrer que, comme être social à part entière, réification et aliénation interviennent dans la maladie. Une objectivité illusoire (Lukács 1974) conduit à s'emparer du corps des malades comme s'ils étaient des émanations chosifiées relevant d'une réalité purement physico-biologique. Les pratiques médicales deviennent des cas exemplaires de réification et d'agencement de consciences réifiées, produisant un être aliéné de soi (de son corps et de sa maladie) et d'autrui.
- 3 Note du traducteur : Le terme « Indien » a, en général, une connotation péjorative (pas partout, puisque certains Indiens des Andes se qualifient comme tels). En revanche, ce terme n'est pas considéré, au Brésil, comme méprisant. Il est couramment utilisé par les Indiens eux-mêmes et par leurs défenseurs.
- 4 L'anthropologie s'est le plus souvent définie en fonction de son objet d'étude et en fonction de la distance culturelle et géographique qui séparait le chercheur de son groupe de recherche. « Altérité radicale » s'entend comme une distance encore plus importante, encore plus exotique (Peirano 1999).
- 5 Sur les « maladies de l'Indien » et les « maladies des Blancs », voir Gallois (1991) et Barcelos Neto (2006).
- 6 Mamaé est une divinité kalapalo.
- 7 En biomédecine, l'idée que la santé et la maladie sont des pôles antagonistes s'affrontant est constante, sans que cela affecte la conviction de pouvoir, techniquement, vaincre le mal (Canguilhem 1984).
- 8 L'affirmation des limites à l'intervention est proportionnelle au temps passé sur le terrain. Lorsqu'ils débutent, donc sans grande expérience du milieu amérindien, les professionnels de la santé, en particulier les médecins, ont tendance à surjouer leur rôle. Généralement, il est surtout question d'aspects biomédicaux (dépistage des épidémies, abus de sel et de sucre dans l'alimentation, facteurs de stress, etc.) Plus grande est leur expérience du terrain et plus ils abordent la question des limites de leur approche : ce qu'ils ne parviennent pas à implanter, ce qui demeure incompréhensible, les équivoques, l'incommensurable.
- 9 Par traduction, on entend l'interprétation du sens d'un texte dans un langage spécifique et la production, dans une autre langue, d'un texte équivalent qui contienne un message équivalent. Il s'agit de chercher la compréhension de sens par une tentative de rapprochement entre les langues, mais aussi de diverses sphères, instances et modes de pensée. Dans cet article, outre cette acception générale, entrent en jeu des règles et des conventions propres à chaque type de langage, dans leurs spécificités culturelles. Les agents de traduction ne sont pas neutres, comme le souligne la théorie moderne de la traduction. Au contraire, ils interfèrent en même temps dans l'acte qui simule une reproduction ou mieux, ils inventent en simulant une reproduction. Il existe sur ce thème une bibliographie considérable : Ricoeur (2004), Derrida (2003 et 2005), Benjamin (2001), Latour (1997, 1989), Tambiah (1995), Asad (1986), par exemple. Concernant cet article, les travaux les plus importants sont : Albert et Kopenawa (2010), Viveiros de Castro (2009 et 2004), Berman (2007, 2002, 1995), Goldman (1999), Carneiro da Cunha (1998), Albert (1993). Voir aussi Burchill (2007) sur une dimension peu commentée, la traduction chez Deleuze.
- 10 Albert et Gomez (1997) ont remarquablement souligné les difficultés et défis relatifs aux pratiques de santé en milieux indigènes, tout comme l'importance de la traduction. Ils ont élaboré un manuel ethno-linguistique précieux pour la compréhension de formulations yanomami complexes sur le corps, les maladies et, la douleur.
- 11 Je conçois la communication instrumentale comme des paroles actées dans un format de message fragmentaire, rendues possibles en fonction de compétences communicatives élémentaires, dont le but est de rendre des actions spécifiques possibles.
- 12 Une partie conséquente de l'œuvre de Deleuze (1997a, 1997b, 1995, 1992, 1987, 1978) comporte une discussion sur ces thèmes, centraux dans la composition générale de sa philosophie.
- 13 Est introduite ici, sommairement et humblement, l'idée d'une anthropologie des affects avec l'aspiration de développer la discussion en d'autres occasions. Si « le sentiment est ce qui fait mouvement et l'affect le mouvement lui-même » comme le souligne Deleuze, une anthropologie des affects se rapprocherait en partie d'une anthropologie des émotions, telle qu'élaborée par Lutz et White (1986) et par Rosaldo (1984). Des similitudes plus directes, sur lesquelles l'on prétend également débattre plus tard, pourraient être liées à l'idée « d'être affecté », présente dans le travail de Jeanne Favret-Saada (1990 ; voir Goldman 2005). Nous pensons que de manière générale, une anthropologie des affects est proche de ce que propose Viveiros de Castro (2009, 2004, 2002) : l'anthropologie comme essai d'incorporation de la fiction qui s'attellerait à la tâche de prendre les idées amérindiennes comme des concepts (2002b:123). Comme déjà mentionné, le concept comporte une double dimension, *l'affect* et le *perçu*, indispensables pour le *devenir* (Deleuze 2007).

Références

- Albert, Bruce
1993 L'or cannibale et la chute du ciel. Une critique chamannique de l'économie politique de la nature. *L'Homme* 33(126-128):349-378. <http://dx.doi.org/10.3406/hom.1993.369644>.

- Albert, Bruce et Davi Kopenawa
2010 *La chute du ciel. Paroles d'un chaman yanomami.* Paris: Plon.
- Albert, Bruce et Goodwin Gomez
1997 *Saúde Yanomami: um manual etnolinguístico.* Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.
- Almeida, Maria Inês
2007 "Outro destino". Entrevista concedida por Eduardo Viveiros de Castro a Maria Inês de Almeida. *Aletria* 16:20–36. <http://dx.doi.org/10.17851/2317-2096.16.0.20-36>.
- Asad, Talal
1986 *The Concept of Cultural Translation in British Social Anthropology.* *Dans* Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography. J. Clifford et G. Marcus, dirs. Pp. 141–164. Berkeley: University of California Press.
- Barcelos Neto, Aristóteles
2006 "Doença de índio": o princípio patogênico da alteridade e os modos de transformação em uma cosmologia amazônica. *Campos* 7(1):9–34.
- Benjamin, Walter
2001 *A tarefa-renúncia do tradutor.* *Dans* Clássicos da teoria da tradução. vol. 1: Alemão-português. W. Heidermann, dir. Pp. 189–215. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Berman, Antoine
1995 *Pour une critique des traductions : John Donne.* Paris: Gallimard.
2002 *A prova do estrangeiro: cultura e tradução na Alemanha Romântica.* Bauru, SP: EDUSC.
2007 *A tradução e a letra ou o albergue do longínquo.* Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Buchillet, Dominique
1991 *A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde.* *Dans* Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. D. Buchillet, dir. Pp. 21–44. Belém: MPEG / UEP / Edições Cejup.
- Burchill, Louise
2007 *Deleuze com-me "traductologue"? Ou le temps de traduire.* *Multitudes* 29(2):187–197. <http://dx.doi.org/10.3917/mult.029.0187>.
- Canguilhem, Georges
1984 *Le normal et le pathologique.* Paris: Quadrige / PUF.
- Cardoso, Marina
2004 *Políticas de Saúde Indígena e Relações Organizacionais de Poder: Reflexões Decorrentes do Alto-Xingu.* *Dans* Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa. E. Langdon et L. Garnelo, dirs. Pp. 195–215. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia.
- Carneiro da Cunha, Manuela
1998 *Pontos de vista sobre a Floresta Amazônica: xamanismo e tradução.* *Mana. Estudos de Antropologia Social* 4(1):7–23.
- Das, Veena
2006 *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary.* Berkeley: University of California University.
- Deleuze, Gilles
1968 *Spinoza et le problème de l'expression.* Paris: Les Éditions de Minuit.
- 1978 *Spinoza : Cours Vincennes.* Paris : Ms.
1986 *The intellectual and politics: Foucault and the prison (interview by Paul Rabinow and Keith Gandal).* *History of the Present* 2(1–2):20–21.
1987 *Proust e os signos.* Rio de Janeiro: Forense.
1992 *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34.
1995 *L'immanence : une vie... Philosophie* 47:3–7.
1997a *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.* vol. 4. São Paulo: Editora 34.
1997b *Crítica e clínica.* Rio de Janeiro: Editora 34.
2007 *Conversações.* São Paulo: Editora 34.
- Derrida, Jacques
2003 *Torres de Babel.* Belo Horizonte: UFMG.
2005 *Qu'est-ce qu'une traduction relevante.* Paris: De l'Herne.
- Favret-Saada, Jeanne
1990 *Être affecté.* *Gradhiva. Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie* 8:3–9.
- Follér, May-Lis
2004 *Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.* *Dans* Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. E. Langdon et L. Garnelo, dirs. Pp. 129–147. Rio de Janeiro: Contra Capa / ABA.
- Gallois, Dominique
1991 *A categoria "doença de branco": ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?* *Dans* Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. D. Buchillet, dir. Pp. 175–206. Belém: CEJUP.
- Garnelo, Luiza et Robin Wright
2001 *Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas baniwaé.* *Cadernos de Saude Publica* 17(2):273–284. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200003>.
- Goldman, Marcio
1999 *O que fazer com selvagens, bárbaros e civilizados?* *Dans* Alguma antropologia. M. Goldman, dir. Pp. 77–82. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
2005 *Jeanne Favret-Saada, os afetos, a etnografia.* *Cadernos de Campo* 13:149–153.
- Good, Biron J.
1994 *Medicine, Rationality, and Experience: an Anthropological Perspective.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardt, Michael
1996 *Gilles Deleuze: um aprendizado em filosofia.* São Paulo: Editora 34.
- Holbraad, Martin
2003 *Estimando a necessidade: os Oráculos de Ifá e a verdade em Havana.* *Mana* 9(2):39–77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132003000200002>.
- Langdon, Esther J.
1991 *Percepção e utilização da medicina ocidental dos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia.* *Dans* Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia. D. Buchillet, dir. Pp. 207–227. Belém: Museu Goeldi.
2001 *A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?* *Dans* Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. L.D.

- Grupioni, L. Vidal et R. Fischmann, dirs. Pp. 157–165. São Paulo: Edusp.
- 2004 Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. *Dans* Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. E. Langdon et L. Garnelo, dirs. Pp. 33–51. Rio de Janeiro: Contra Capa / ABA.
- 2005 A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. *Dans* Parque Indígena do Xingu. Saúde, cultura e história. R.G. Baruzzi et C. Junqueira, dirs. Pp. 115–133. São Paulo: Terra Virgem.
- Latour, Bruno
- 1989 Traduire les intérêts des autres. *Dans* La science en action. B. Latour, dir. Pp. 163–235. Paris: La Découverte.
- 1997 Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34.
- 2004 How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies. *Body & Society* 10(2–3):205–229. <http://dx.doi.org/10.1177/1357034X04042943>.
- Lukács, Georg
- 1974 História e consciência de classe. Estudos de dialética marxista. Lisboa: Escorpião.
- Lutz, Catherine et Geoffrey M. White
- 1986 The Anthropology of Emotions. *Annual Review of Anthropology* 15(1):405–436. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.an.15.100186.002201>.
- Mol, Annemarie
- 2002 The Body Multiple: Ontology of Medical Practice. Durham: Duke University Press. <http://dx.doi.org/10.1215/9780822384151>.
- Moraes, Jacques Marcelo
- 2008 O tradutor e seus afetos. *Remate de Males* 28(2):227–239.
- Peirano, Mariza
- 1999 A alteridade em contexto: Antropologia como ciência social no Brasil. *Série Antropológica* 55.
- Pereira, Pedro Paulo Gomes
- 2012a Variations around water: Bodies, encounters and translation processes. *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology* 9(1):156–180.
- 2012b Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana* 18(3):511–538. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132012000300004>.
- Perez Gil, Laura
- 2007 Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde e Sociedade* 16(2):48–60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200006>.
- Ricoeur, Paul
- 2004 Sur la traduction. Paris: Bayard.
- Rosaldo, Michelle Z.
- 1984 Toward an anthropology of self and feeling. *Dans* Culture Theory. Essays on Mind, Self and Emotion. R. Seweder et R. LeVine, dirs. Pp. 137–157. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sévérac, Pascal
- 2005 Le devenir actif chez Spinoza. Paris : Honoré Champion Éditeur.
- Tambiah, S.J.
- 1995 The Politics of Ethnicity. *Dans* Assessing Cultural Anthropology. R. Borofsky, dir. Pp. 430–441. New York: McGraw-Hill.
- Taussig, Michael
- 1992 Reification and the Consciousness of the Patient. *Dans* The Nervous System. M. Taussig, dir. Pp. 83–106. New York: Routledge.
- 1993 Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem. Um estudo sobre o terror e a cura. São Paulo: Paz e Terra.
- Viveiros de Castro, Eduardo
- 2000 Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Dans* Gilles Deleuze: uma vida filosófica. É. Alliez, dir. Pp. 421–450. São Paulo: Editoria 34.
- 2002 O nativo relativo. *Mana. Estudos de Antropologia Social* 8(1):113–148.
- 2004 Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. *Tipiti Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America* 2(1):3–22.
- 2009 Métaphysiques cannibales. Paris : Presses Universitaires de France.
- Zourabichvili, François
- 2004 O vocabulário de Deleuze. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.