

UNIVERSITÉ ASSANE SECK de ZIGUINCHOR



Centre de Recherche interdisciplinaire sur les Langues, les Littératures, l'Histoire, les Arts et les Cultures

VIII^{ème} Colloque international du CREILHAC

20-22 avril 2027

Université Assane Seck de Ziguinchor

Thème : Humanités médicales et expression de la souffrance : pratiques, textes, paroles, images.

Le 8^{ème} colloque international du CREILHAC a pour objectif général de permettre un diagnostic objectif de l'état des rapports entre les Humanités et la Santé, d'analyser l'impact des actions humanistes sur les pratiques médicales ainsi que l'apport des Sciences humaines et sociales au pré-carré élitiste des spécialistes de la Santé en termes de pratique et de vécu.

Il s'agit d'envisager le développement de théories avec une approche empirique et fondamentale pour formuler une problématique très actuelle : en quoi l'intégration des humanités médicales (littérature, arts visuels, récits de patient, écriture réflexive, sociolinguistique, etc.) dans les actions quotidiennes favorise-t-elle la capacité à traduire la souffrance en paroles, en image ou en texte ?

Au début des années 90, de nombreux professionnels de la santé ont exprimé un sentiment de saturation face au cloisonnement disciplinaire toujours plus marqué dans le monde médical. (Diop, 2024). Cela a entraîné deux réactions contrastées :

- La première a été l'*Evidence-based medicine* (EBM). Il s'agit d'une aide informatisée à la décision clinique fondée sur une hiérarchisation des niveaux d'expertise, permettant de mobiliser rapidement et de façon systématique de grandes quantités d'informations au sujet d'un médicament ou d'un traitement. L'objectif de l'EBM est de réduire au maximum la variabilité et la faillibilité de la décision humaine. Plus que le recours à la preuve mathématique, c'est l'extension informatique de la méthode qui fait sa nouveauté. (Wenger: 2021, 20-21)
- La seconde consiste en l'intégration des sciences humaines et sociales et des arts dans la pensée et dans les cursus médico-soignants. Les *Medical Humanities* ou humanités médicales (MH) se veulent à la fois une réaction contre le cloisonnement disciplinaire

biomédical et une réponse à la demande de sens laissée vacante par l'EBM : elles contextualisent leurs objets, en restituent la complexité, prennent en compte leur singularité, et les interprètent de façon critique. Elles ont une fonction de mise en lien du passé et du présent, des SHS et des STEM, du concept et de l'expérience de terrain. (Wenger: 2021, 21)

L'intégration des Humanités médicales joue un rôle décisif en fournissant des outils conceptuels, narratifs et esthétiques susceptibles d'amplifier et d'enrichir la mise en mots de la souffrance. La littérature, par exemple, offre des exemples d'usage de métaphores, de figures de style et de structures narratives capables de capter la difficulté d'exprimer des expériences douloureuses. Le récit de patients, en tant que démarche autobiographique ou de témoignage, met en lumière la dimension dialogique et performative du langage, où la reformulation et la reconnaissance par autrui participent à la construction d'une parole transformante. Les arts visuels déploient des modes d'expression non verbaux qui viennent compléter ou enrichir la parole, donnant corps et visibilité aux souffrances invisibles ou muettes. La sociolinguistique médicale permet de comprendre que le contexte social et institutionnel dans lequel s'inscrit l'expression de la souffrance influence considérablement les possibilités d'expression. Les normes culturelles, les cadres hospitaliers, les contraintes temporelles et administratives conditionnent l'espace laissé à la parole du patient.

L'expression de la souffrance s'inscrit ici dans un contexte où celle de la douleur et de l'inconfort psychique ou physique rencontre des obstacles pluriels, tant sur le plan individuel que collectif. La souffrance, par essence, est une expérience subjective, souvent ineffable, qui échappe aux simples formulations linguistiques ordinaires. Elle mobilise corps et esprit dans un amalgame parfois contradictoire où le langage peine à suivre le rythme et la profondeur des sensations et émotions vécues. Ce caractère intrinsèquement polysémique et fragmenté de la souffrance rend impératif le développement de cadres d'expression permettant une mise en mots fidèle, tout en gardant une portée thérapeutique.

Reconnaître et comprendre ces dimensions est indispensable pour concevoir des dispositifs de soins où les Humanités trouvent tout leur sens, en offrant des supports et des espaces propices pour que la souffrance puisse s'articuler en langage opérant, capable d'engendrer la prise en charge adéquate et une meilleure compréhension mutuelle.

Sur un plan interactionnel, l'intégration des Humanités médicales questionne et reconfigure les modalités communicationnelles entre patients et soignants. L'analyse sociolinguistique des interactions, appliquée dans la pratique quotidienne, éclaire les micro-dynamiques de dialogue, révélant les forces et limites des échanges verbaux. Elle met en évidence, par exemple, comment certaines formulations ou silences participent à la construction d'une parole authentique ou, au contraire, la restreignent. En formant les professionnels à ces phénomènes, l'intégration des Humanités médicales stimule une posture réflexive dans la gestion de la relation soignant-patient, où la parole n'est pas le fruit d'un monologue médical mais d'un dialogue véritable, co-construit. Cette conscience quotidienne des enjeux linguistiques et relationnels, cultivée à travers la formation et la pratique, devient une compétence essentielle propre à améliorer la traduction de la souffrance en paroles actionnables. Ces dimensions sont revisitées dans ce colloque avec des réflexions (communications orales individuelles, panels ou posters) qui peuvent s'orienter vers les axes ci-dessous donnés à titre indicatif.

Littérature et critique littéraire

L'examen de textes littéraires rend possible une compréhension nuancée du processus de mise en mots de la douleur, en tant qu'expérience profondément subjective et souvent difficile à exprimer. La littérature, par sa capacité à mobiliser des formes et des stratégies linguistiques variées, offre un terrain privilégié pour observer comment la souffrance, à la croisée du physique et du psychique, peut être traduite en langage. Cette traduction ne se limite pas à une

simple transcription descriptive, mais engage une transformation de l'expérience, à la fois subjective et intersubjective, c'est-à-dire susceptible d'être reconnue, comprise et accueillie par autrui, notamment dans le cadre clinique. En lien étroit avec la démarche argumentative centrée sur la conceptualisation et les modalités interactionnelles permettant de « rendre opérante » la parole du patient, l'analyse littéraire se révèle essentielle pour saisir les ressorts symboliques, stylistiques et pragmatiques qui sous-tendent cette verbalisation.

Chez Emily Dickinson par exemple (éd. 1998), la poésie explore fréquemment les frontières du mal-être et de la douleur intime. Les métaphores employées présentent la douleur non seulement comme un phénomène purement corporel mais également comme une « entité » presque autonome, capable de « pénétrer » ou d'« envahir » l'être tout entier.

Le « récit du malade » (terme fréquemment utilisé en médecine) peut aussi être envisager comme du médium de construction du langage de la souffrance. Car, contrairement aux œuvres littéraires qui reposent sur une élaboration artistique souvent délibérée et médiée par l'auteur, les récits de patients offrent un accès privilégié à une parole singulière, émergeant dans un contexte d'authenticité et d'urgence, où la souffrance se manifeste souvent sous sa forme la plus brute et immédiate. Ce médium se positionne comme un véritable laboratoire vivant pour observer les modalités par lesquelles les sujets éprouvés, confrontés à une expérience corporelle et psychique déstabilisante, cherchent à organiser leur trajectoire langagière afin de rendre perceptible leur douleur.

La dimension performative et interactionnelle des récits de patients invite donc à repenser le rôle du langage souffrant comme acte social.

Co-construction narrative entre soignant et patient

La co-construction narrative entre soignant et patient est cette modalité interactionnelle qui repose sur l'idée que le récit de la douleur n'est pas une production isolée du patient, mais une construction conjointe, coélaborée au fil du dialogue intersubjectif, dans lequel le soignant joue un rôle actif à la fois de récepteur et de médiateur narratif.

La co-construction narrative ne peut se réduire à une technique de recueil d'informations, mais requiert une authenticité relationnelle caractérisée par une disponibilité attentive et une flexibilité méthodologique. Le soignant doit pouvoir ajuster son rythme, son vocabulaire, et sa posture corporelle pour écouter et répondre aux fluctuations émotionnelles. Cette capacité d'adaptation est renforcée par l'intégration des Humanités médicales, qui apportent des connaissances sur les figures narratives, les registres langagiers et les enjeux symboliques inhérents à la souffrance. Par exemple, la compréhension des métaphores utilisées par les patients pour décrire leur douleur, souvent révélatrices de leur vécu intime, aide le professionnel à inscrire la co-construction narrative dans une mise en mots précise et significative.

Les Arts visuels comme vecteur d'externalisation des métaphores de la douleur

Alors que la parole, même travaillée dans un dialogue empathique, demeure intrinsèquement liée aux limites du langage verbal, les arts visuels offrent un registre symbolique et sensoriel qui permet d'externaliser des aspects souvent ineffables de la souffrance. En cela, ils fonctionnent comme des médiateurs graphiques ou plastiques qui viennent compléter les ressources discursives mobilisées dans l'échange soignant-patient. Par la matérialisation visuelle, la douleur peut être représentée, figurée, ce qui donne à la métaphore non seulement une existence langagière mais aussi une présence tangible, perceptible et manipulable.

Histoire de la médecine et culture sanitaire en Afrique

L'histoire de la médecine moderne en Afrique est sans doute liée à l'impérialisme européen. Les systèmes de santé africains sont en effet tributaires à la base des politiques coloniales et,

depuis les années d'indépendance, la pratique de la médecine a suivi le modèle occidental. Mais si les ressources humaines qui exercent dans les hôpitaux et autres centres de soins sont mieux formées, la prise en charge des malades a évolué au rythme du développement économique des pays et de leurs politiques de santé publique. De fait, il faut également remonter à l'histoire de la formation des premiers médecins sénégalais et ouest-africains. Pour le cardiologue et écrivain sénégalais Abdoul Kane, cent ans après l'ouverture de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de l'UCAD, cet établissement universitaire est né des entrailles de l'école coloniale de médecine africaine fondée en 1918 (par décret), devenue École préparatoire de médecine et pharmacie de Dakar en 1953 et transformée en École Nationale de Médecine et Pharmacie en 1958, avant d'être érigée faculté en 1962. Cette historique permet de comprendre pourquoi l'enseignement de la médecine au Sénégal encore assez « discipliné », malgré quelques initiatives d'ouverture sur les sciences humaines et sociales. Or, les expériences des médecins psychiatres, depuis l'époque coloniale, ainsi que celles des médecins-écrivains, attestent à suffisance de l'intérêt des humanités littéraires, de la pratique de la narration dans la prise en charge des malades. Autrement dit, ne faut-il pas former le médecin africain autrement que par ces méthodes évoquées également par le médecin ORL Lamine Sine Diop dans son roman *Lettres amères* ? Pour les théoriciens de la Médecine narrative, comme pour les adeptes des Humanités médicales, la réponse est affirmative. Il est important que les étudiants soient « formés à être attentifs aux voix dominantes et marginalisées, sachant toujours écouter le non-dit » (Sharon, 2021, p.7), qu'« un étudiant et futur médecin dans la rédaction d'un texte réflexif, lui permettant de penser son rôle, de se mettre à la place d'un patient » (Wenger, 2021, p.24).

Principes sociolinguistiques et analyse des interactions soignant-patient

En s'appuyant sur les théories des actes de langage (Austin, 1976) et de la pragmatique conversationnelle, la sociolinguistique offre des outils analytiques pour étudier comment les paroles exprimant la douleur ne sont pas de simples énoncés isolés, mais des actes situés, indexés à un contexte social et culturel donné, orientés vers des objectifs spécifiques, tels que demander de l'aide, obtenir de la reconnaissance ou négocier un soin. Par exemple, les travaux de Gumperz (1989) sur l'interactionnisme sociolinguistique ont mis en lumière l'importance des indices prosodiques, des pauses, des reprises et des reformulations comme leviers d'ajustement mutuel dans l'échange. Appliquée au contexte clinique, cette sensibilité permet de mieux comprendre comment un patient peut, par des hésitations ou des silences, manifester certaines résistances ou difficultés à verbaliser sa souffrance, tandis que le soignant utilise des reformulations empathiques ou des questions ouvertes afin de soutenir la narration et d'instaurer un climat de confiance.

Le langage porte en effet les traces des appartenances sociales, des valeurs et des représentations qui influencent la manière dont la douleur est perçue, exprimée et interprétée. Les variations linguistiques, dialectales, sociolectales ou technolèctales peuvent constituer des obstacles ou des ressources dans l'établissement d'une relation empathique. La reconnaissance de ces diversités langagières permet au soignant de mieux ajuster sa posture communicationnelle, d'éviter les malentendus ou les jugements implicites, et de valoriser des modes d'expression spécifiques, ce qui favorise l'authenticité et la richesse des échanges.

L'interaction entre ces apports divers des humanités médicales se révèle donc féconde en termes d'approche intégrative et plurielle de la verbalisation de la souffrance. Elle permet de conjuguer l'exploration intime du vécu avec l'analyse des configurations interactionnelles, tout en stimulant la créativité et l'éthique des professionnels. Les Humanités médicales fournissent ainsi un terreau riche pour renouveler les pratiques littéraires, artistiques et langagières, en dépassant les cadres purement techniques et en inscrivant la parole, l'image et l'écrit dans une dynamique humaniste.

Contexte anthropologique et métaphysique

Il se pose aussi la question du contexte anthropologique de la pratique médicale, en Afrique par exemple, en particulier de celle des soins psychiques. Les médecins ont été formés à des savoirs et à des techniques modernes issues de la culture occidentale, et si leurs patients ont eux aussi acquis cette culture, ils pourront sans doute se comprendre. Mais qu'en est-il des populations qui vivent dans une culture traditionnelle ?

Rappelons tout d'abord que les dysfonctionnements mentaux ne sont pas toujours et partout considérés comme des maladies ; ils sont parfois compris comme résultant de phénomènes surnaturels, métaphysiques, tels que l'action de djinns ou d'envoûteurs. Le malheur des patients est alors aggravé par le rejet social dont ils sont les victimes, car considérés comme habités par des esprits et donc potentiellement dangereux.

Quelle doit alors être l'attitude des soignants ? Ils peuvent bien évidemment ignorer ces conceptions traditionnelles, les considérer comme des superstitions dépassées, établir un diagnostic médical, par exemple la schizophrénie, et soigner les patients à l'aide de médicaments habituellement utilisés dans ces cas. Ils pourront aussi penser qu'ils ne sont pas compétents pour ce type de maladies et suggérer au patient de recourir à des charmes ou à des potions traditionnels avec l'aide d'un tradipraticien.

Mais aussi, que dire des représentations sociales des maladies comme la trisomie ou l'autisme considérées à tort dans certaines localités africaines comme des maladies mentales ?

Peut-être le moment est-il venu de cesser d'opposer les deux cultures médicales (modernes et traditionnelles) et d'essayer de les comprendre dans un même mouvement de pensée. Dans les cultures traditionnelles, les problèmes mentaux sont provoqués par des entités ou phénomènes métaphysiques, djinns, esprits, envoûtements, sorcellerie, dont l'existence est considérée comme réelle. Or, la psychologie moderne a elle aussi recours à des entités métaphysiques considérées comme réelles. Quelle est par exemple la réalité cérébrale des complexes d'Œdipe ou de Jocaste ? Quelle est celle de l'hyperactivité infantile ou celle de ces innombrables dys-maladies (dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe, dyslexie, etc.), réputées causales dans l'échec scolaire. Ces « maladies » sont nommées, certes, mais quelle est leur référence réelle ? (Frath 2020)

Et qu'en est-il des croyances concernant l'homéopathie, l'auriculothérapie ou encore la naturopathie ? Les pratiques occidentales sont sans doute tout aussi métaphysiques que celles de la médecine traditionnelle. Peut-être le moment est-il venu de réfléchir à ces questions de manière intégrée.

Références

- Austin John L. (1976) *How to Do Things with Words*, edited by J.O. Urmson and M. Sbisà, Oxford University Press, 2^{de} édition, trad. fr. de G. Lane, *Quand dire c'est faire*, Paris, Editions du Seuil.
- Badji Bougoul (1988). *La Folie en Afrique. Une rivalité pathologique*, Paris, L'Harmattan.
- Debray Alix, Petit Véronique, Ruysen Ilse, Sow N. et Toma Sorana (2024). « Well-being amid (im)mobility struggles : Youth's experiences in Casamance, Senegal ». *BMC Public Health* 24, n°2241-2024, p. 2-18.
- Dickinson Emily (1998). *Une âme en incandescence : cahiers de poèmes, 1861-1863*, trad. de l'anglais C. Malroux, J. Corti. Paris.
- Diop Cheikh Mouhamadou Soumoune (2024), « Humaniser la médecine ! La question médico-sociale dans la littérature sénégalaise ». Anne-Marie Petitjean et Sylvie Brodziak (dir.) *La littérature stéthoscope*. Paris : Éditions Le Manuscrit Savoirs, coll. « Genre(s) et création

- », p.303-321. Actes du colloque « Littérature, écritures, Soins. Soignés/soignants : quelles pratiques du récit? », Cergy Paris Université, 11- 12 mai 2022.
- Fraith Pierre (2020), *Linguistique anthropologique et référentielle*, édition Sapientia hominis, Reims.
- Gumperz John (1989). *Sociolinguistique interactionnelle. Une approche interprétative*, Paris. L'Harmattan.
- Lefebvre des Noëttes Véronique (2021). « Retours d'expériences et médecine narrative : écouter pour mieux soigner ». *Revue Médecine et Philosophie*, n°5, p.39-46.
- Leiris Michel (1934). *L'Afrique fantôme*. Paris, Gallimard.
- Ortiguères Marie-Cécile et Edmond (1966). *Œdipe Africain*. Paris, L'Harmattan.
- Lüsebrink Hans-Jürgen, Madry Henning, Pröll Julia (dir.) (2018), *Médecins-écrivains français et francophones : imaginaires, poétiques, perspectives interculturelles et transdisciplinaires*. Würzburg : Königshausen & Neumann.
- PY, Bernard (2004) « Pour une approche linguistique des représentations sociales ». *Langages*, n° 154, p. 6-19.
- Reboul Anne (1995). « La pragmatique à la conquête de nouveaux domaines : la référence ». *L'Information Grammaticale*, n° 66, p. 32-37.
- Ricoeur Paul. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris, Éditions du Seuil.
- Sharon Rita. (2021). « Expérience, récit et soins. Les fondements sociaux et conceptuels de la médecine narrative », *Revue Médecine et Philosophie*, n°5, p. 5-10.
- Wenger Alexandre (2021), « Littérature, écriture, médecine », *Revue Médecine et Philosophie*, n°5, p.20-25.

Modalités de soumission

Les propositions sont individuelles ou collectives. Les communications pourront être proposées par des chercheurs, doctorants, post-doctorants, acteurs associatifs et professionnels impliqués dans la thématique du colloque, acteurs institutionnels, etc.

Les propositions pluridisciplinaires ou impliquant à la fois des chercheurs et des acteurs de terrain, institutionnels et/ou de la société civile sont encouragées.

Les propositions devront être soumises avant le 31 juillet 2026 à 23h59.

- Par email en les envoyant à l'adresse suivante : colloquereilhac@univ-zig.sn

Un fichier PDF doit accompagner chaque proposition (envoyée par email ou déposée en ligne). Il contiendra :

- le nom du ou des intervenants et le cas échéant l'affiliation scientifique ou professionnelle ;
- une adresse email ;
- une mini-biographie du ou des intervenants (150 mots maximum) ;
- la forme de la proposition (conférence, table-ronde, atelier collaboratif) ;
- l'axe thématique dans lequel s'inscrit la proposition ;
- le titre de la proposition ;
- 5 mots-clés ;
- un résumé de 300 à 500 mots indiquant explicitement l'enjeu de la proposition, la problématique, le cadre théorique, la méthodologie, les principaux résultats et les éléments de discussion.
- pour les propositions d'acteurs institutionnels, professionnels, de la société civile, sont attendus : l'enjeu de la proposition, les questionnements, les objectifs, les articulations de la proposition, les éléments de discussion ;
- pour les ateliers collaboratifs, sont attendus : l'enjeu de la proposition, la problématique, le cadre théorique, la méthodologie, les éléments de discussion, mais aussi la définition du public cible, l'organisation du feedback et les perspectives post-colloque ;
- une bibliographie comportant 5 références au maximum.

Les propositions feront l'objet d'une évaluation en double aveugle par le comité scientifique.

Modalités de communication

Les communications pourront s'adosser à des recherches fondamentales / d'intervention, à des cas pratiques, à des retours d'expérience. Les propositions s'inséreront dans l'un des axes du colloque sans toutefois s'y limiter et pourront prendre différentes formes :

✓ **Communication individuelle** : 30 min : communication de 20 minutes + 10 minutes de discussion.

✓ **Atelier collaboratif** : 120 min : les ateliers pourront être thématiques (Cf. les axes définis) ou à visée méthodologique (méthodologie de la recherche ou autre).

Il est souhaitable que les tables-ronde et les ateliers collaboratifs soient **interdisciplinaires**.

✓ **Table-ronde** : 90 min : 3-5 personnes sur une thématique (proposition des organisateurs).

Les langues de communication du colloque sont **le français et l'anglais**.

Calendrier

Lancement de l'appel : à partir 02 mai 2026

Date limite de soumission des propositions : 31 juillet 2026

Notification aux auteurs : 30 septembre 2026

Inscriptions obligatoires : du 15 janvier au 15 mars 2027

Dates du colloque : du 20 au 22 avril 2027

A l'issue du colloque, une sélection d'articles donnera lieu à la publication d'un ouvrage collectif. À cette phase, des résumés bilingues français-anglais seront requis.

Informations pratiques

❖ **Lieu** : Université Assane Seck de Ziguinchor, UFR LASHU, Sénégal

❖ **L'inscription au colloque est obligatoire** pour tous les communicants ainsi que pour toute personne désirant se rendre au colloque. L'inscription inclut l'accès au colloque, les pause-café et les repas de midi. Elle n'inclut ni le transport ni l'hébergement.

❖ **Droits d'inscription** :

- Enseignants-chercheurs et chercheurs : Inscription 50000 FCFA (80€) ;
- Doctorants : 20000 FCFA (30€) ;
- Enseignants-chercheurs et chercheurs membres du CREILHAC non à jour de leur cotisation : 35000 FCFA (55€)

Pour toute question, veuillez écrire simultanément à :

ndieme.sow@uam.edu.sn et bapam@univ-zig.sn

Comité d'organisation

Responsables :

Ndiémé SOW, Université Amadou Mahtar Mbow Sénégal

Bocar Aly PAM, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal

Membres du comité d'organisation : membres du CREILHAC

Commission Communication-Presses :

Commission Logistique :

Commission Accueil-Orientations :

Commission Hébergement-Restauration :

Comité scientifique

Président : Cheikh Mouhamadou Soumoune DIOP

- BRODZIAK Sylvie, Cergy Université
- CAMARA Boubacar, Université Gaston Berger de Saint-Louis
- COLY Augustin, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
- COULIBALY Adama, Université Félix Houphouët Boigny
- DIALLO Amadou Oury, Université Assane Seck de Ziguinchor
- DIEDHIOU Paul, Université Assane Seck de Ziguinchor
- DIÈNE Babou, Université Gaston Berger de Saint-Louis
- DIOM Evelyne Siga, Université Assane Seck de Ziguinchor
- DIOUF Daouda, Université Assane Seck de Ziguinchor
- FRATH Pierre, Université de Reims Champagne-Ardenne
- GUEYE Doudou Dièye, Université Assane Seck de Ziguinchor
- KOUNDOUL Adama, Université Assane Seck de Ziguinchor
- NDONG Sangoul, Université Assane Seck de Ziguinchor
- PAM Bocar Aly, Université Assane Seck de Ziguinchor
- PIRÈS Natalia Albino, Université de Coimbra
- SISSAO Alain, CNRST/Burkina-Faso
- SOW Ndiémé, Université Amadou Mahtar Mbow
- SYLLA Aida, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
- TAVARÈS Eugène, Université Assane Seck de Ziguinchor
- TSAKEU-MAZAN Stéphanie Diane, Appalachian State University / USA
- TSALA EFFA Didier, Université de Limoges