

Médecine traditionnelle et expérience féminine en détention : une ethno-anthropologie des prisons d'Ebolowa et d'Ambam

Christabelle Nabilla YUYOF,

Doctorante Université de Yaoundé 1, Département d'Anthropologie.

Christabellenabilla@gmail.com

Pierre François ENDONGO NTEDE

Université de Yaoundé 1

Cameroun

franoisedongo@yahoo.fr

Cette étude ethno-anthropologique interroge les stratégies d'automédication et de gestion de la santé déployées par les femmes incarcérées dans les prisons d'Ebolowa et d'Ambam dans la région du Sud au Cameroun. Face aux carences structurelles des services de santé conventionnels et à la détresse inhérente à l'enfermement, la médecine traditionnelle (MT) apparaît pour les femmes détenues dans ces deux prisons comme une réponse vitale et un système de soins parallèle. A travers une démarche qualitative, l'analyse se concentre sur les savoirs féminins de la santé qui se reconstruisent en détention, les réseaux de circulation des remèdes et les significations profondes de ces pratiques. Les résultats démontrent que l'usage de la médecine traditionnelle, au-delà de sa fonction strictement thérapeutique, s'institutionnalise en un opérateur de résilience et un marqueur de sociabilité au sein de la microsociété carcérale. Cet article souligne à cet effet la nécessité d'une reconnaissance de ces pratiques dans l'élaboration du politique de santé pénitentiaire plus sensibles aux réalités culturelles et aux besoins spécifiques des femmes en Afrique.

Mots-clés : *médecine traditionnelle, automédication, femmes détenues, santé pénitentiaire)*

Introduction

La prison, en tant qu'institution totale au sens de Goffman (1968) [1], soumet l'individu à une épreuve radicale de dépersonnalisation et d'altération de son être. Au Cameroun et particulièrement dans les prisons d'Ebolowa et d'Ambam cette violence institutionnelle est exacerbée par une surpopulation chronique et une précarité matérielle qui touchent particulièrement les quartiers des femmes, souvent marginalisés et sous-équipés sur le plan sanitaire. D'ailleurs Macaire (2019) [2] a souligné la spécificité de l'enfermement en contexte Camerounais, où la prison devient un lieu de cristallisation des vulnérabilités. C'est dans cet environnement hostile que se déploient des stratégies de survie par l'entremise de la médecine traditionnelle. Dès lors nous voulons comprendre à travers cette étude comment la médecine traditionnelle est-elle mobilisée, transmise et signifiée par les femmes détenues dans les prisons d'Ambam et d'Ebolowa, et, comprendre

également de quelle manière son usage reflète-t-il les stratégies féminines de gestion de la santé, du corps et de la résilience face à l'enfermement.

Ce faisant, cette étude puise dans l'anthropologie médicale critique et nous amener à s'appuyer sur le concept des « systèmes de soins » tel qu'analysé par Coimbra (1995) [3], pour situer la médecine traditionnelle comme un système de recours face aux défaillances du système biomédical carcéral. En second lieu, l'étude s'inscrit dans une anthropologie du genre et des savoirs étant donné qu'elle vise à explorer comment l'enfermement, loin de neutraliser les pratiques culturelles, peut exacerber la transmission et la valorisation des savoirs féminins de la santé, notamment ceux liés à l'herboristerie et l'hygiène du corps. L'objectif spécifiques visent à identifier les remèdes, décrire leurs fonctions thérapeutiques et socio-symboliques, et mettre en lumière la manière dont ces pratiques sont générées et structurantes des relations entre détenues.

I- L'approche méthodologique et l'ancrage théorique

Cette recherche a privilégié une méthodologie qualitative et ethnographique menée sur les terrains des prisons d'Ebolowa et d'Ambam. L'échantillon est constitué de toutes les femmes détenues utilisatrices de la médecine traditionnelle, de « matrones » (celles qui détiennent le savoir), ainsi que de membres du personnel de santé et pénitentiaire. Au vu des observations de terrain et des entretiens préliminaires, il est apparu que l'usage de la médecine traditionnelle est quasi-universel parmi la population féminine des établissements étudiés. Par conséquent, l'étude a privilégié un échantillonnage exhaustif. En effet, toutes les détenues présentes dans les prisons d'Ebolowa (13) et Ambam (16) au moment de la collecte de données (Juillet et Août 2025) ont été invitées à participer à la recherche. Ce choix vise à rendre compte de la variabilité intra-populationnelle et à éviter les biais d'exclusion susceptibles d'apparaître si l'on se limitait à un échantillon restreint. Les techniques de la recherche qualitative telles que l'observation participante, les entretiens individuels et les entretiens approfondis ont été privilégiés.

I-1- l'observation participante

Une observation participante bien que limitée par les contraintes institutionnelles nous a permis de contextualiser les pratiques. Elle s'est révélée essentielle pour la collecte des données dans les prisons d'Ebolowa et d'Ambam. Elle a permis d'aller au-delà des discours déclarés par les détenues lors des entretiens, souvent influencés par la méfiance ou la peur des représailles institutionnelles. En partageant certains moments du quotidien carcéral comme la préparation collective de remèdes, les échanges discrets de plantes médicinales ou les gestes rituels associés aux soins, nous avons pu documenter des pratiques difficilement accessibles par le seul récit verbal. Cette immersion a rendu possible la compréhension des significations culturelles attribuées aux soins, tout en observant les interactions sociales qui se nouent autour de ces pratiques. Ainsi, l'observation participante a constitué un instrument central pour saisir le caractère à la fois thérapeutique, identitaire et relationnel de la médecine traditionnelle en prison (Garfinkel, 1967 [4], Blumer, 1969[5]).

I-2- les entretiens individuels

Ils ont constitué une autre étape clé dans la collecte des données auprès des femmes détenues à Ebolowa et Ambam. Ils ont permis de recueillir des récits personnels sur les expériences de santé, les trajectoires thérapeutiques et la signification attribuée au recours à la médecine traditionnelle. Contrairement à l'observation participante, qui saisit les pratiques collectives dans leur contexte social immédiat, les entretiens ont offert un espace d'expression plus intime où les détenues pouvaient verbaliser leurs ressentis, leurs peurs et leurs stratégies individuelles. Certains témoignages ont révélé des histoires de transmission familiale de savoirs thérapeutiques, d'autres ont insisté sur la dimension spirituelle de certains remèdes, ou encore sur la perception d'inefficacité des soins biomédicaux disponibles en prison. Cette approche a donc permis de saisir la pluralité des représentations et des motivations, enrichissant l'analyse des pratiques observées (Creswell, 2023 [6]; Patton, 2002 [7]).

I-3- l'entretien approfondi

Il a constitué une technique centrale pour accéder à la profondeur des expériences vécues par les femmes détenues. Contrairement aux entretiens semi-directifs plus souples, il a permis d'explorer en détail les dimensions cachées de leur rapport à la médecine traditionnelle, en donnant du temps et de l'espace à chaque participante pour développer ses récits. Cette technique de collecte de données a favorisé la construction d'une relation de confiance entre la chercheuse et les détenues, condition essentielle pour aborder des thématiques sensibles comme la maladie, la souffrance, ou encore les pratiques thérapeutiques perçues comme interdites dans le cadre carcéral. En adoptant une posture d'écoute active, et en multipliant les relances, l'entretien approfondi a permis de recueillir non

seulement des données factuelles (types de remèdes utilisés, modalité d'acquisition, fréquence d'usage), mais aussi des données symboliques relatives aux représentations de l'efficacité, aux croyances spirituelles et aux trajectoires personnelles. Comme le souligne Kaufmann (2011) [8], Blanchet et Gotman (2007) [9], ce type d'entretien est particulièrement adapté aux recherches anthropologiques où il s'agit de comprendre les logiques internes des acteurs.

Pour analyser les données, nous avons intégralement retranscrits les entretiens afin de les soumettre à une analyse thématique (Braun et Clarke, 2006 [10]; Paillé et Muchielli, 2012 [11]). Cette démarche a permis d'identifier les thèmes récurrents tels que: les pathologies les plus fréquentes en prison, les types de remèdes traditionnelle utilisés, les représentations de l'efficacité de soins, la dimension spirituelle de la maladie et les logiques de solidarité dans le partage des remèdes. Parallèlement, une analyse de contenu (Bardin, 2007) [12] a été mobilisée afin de mesurer la récurrence de certaines pratiques. Ainsi, il a été possible d'établir, par exemple, que, la quasi-totalité des femmes détenues déclaraient recourir à des décoctions comme l'*lkouk* pour soigner le paludisme, tandis qu'une proportion significative utilisait le gingembre ou l'ail contre les douleurs abdominales. Cette approche a permis de dégager des tendances quantitatives tout en respectant la richesse qualitative des récits. En fin, une triangulation des données (Patton, 2002) [13] a été effectuée, consistant à croiser les résultats issus de l'observation participante avec ceux des entretiens individuels et approfondis.

I-4 – l'ancrage théorique

L'analyse de l'usage de la médecine traditionnelle par les femmes détenues à la prison d'Ebolowa et d'Ambam s'inscrit dans le champ le champ de l'anthropologie de la santé, qui interroge les rapports complexes entre les systèmes de représentations culturelles, les pratiques thérapeutiques et les structures sociales (Augé et Herzlich [14], 1984, Fassin, 1992 [15]). En milieu carcéral, le recours à la médecine traditionnelle ne peut être compris uniquement comme une réponse à l'absence ou à l'insuffisance des soins biomédicaux: il renvoie également à une inscription culturelle et symbolique plus large, où le corps malade est pensé comme traversé par des forces sociales, spirituelles et familiales. Vue dans ce sens le concept de pluralisme médical ou pluralité thérapeutique constitue un outil théorique d'analyse particulièrement importante dans cette recherche. Selon Kleinman (1980) [16] et Good (1994) [17], les individus naviguent entre différents systèmes de soins biomédecine, médecines traditionnelles, rituels et religieux selon les contextes, les ressources disponibles et la signification attribuée à la maladie. Dans les prisons d'Ebolowa et d'Ambam, cette pluralité s'exprime par des pratiques d'hybridation, où une détenue peut recourir à un remède traditionnel pour soigner une douleur chronique tout en sollicitant parallèlement le dispensaire de la prison.

De même, l'approche interactionniste (Goffman, 1968[1]; Strauss 1992) [18] permet de comprendre comment, dans l'espace carcéral, les femmes négocient et mettent en scène leurs trajectoires thérapeutiques à travers des interactions avec les codétenues, les surveillants et les thérapeutes informels. Enfin, l'ethnométhodologie de Garfinkel (1967) [4] éclaire la manière dont ces pratiques se construisent dans la vie quotidienne, à travers des routines, des savoir-faire et des justifications pratiques. Ces trois cadres théoriques conjoints permettent de saisir l'usage de la médecine traditionnelle en prison non seulement comme stratégie de survie sanitaire, mais aussi comme une construction sociale, culturelle et identitaire.

II- Définition des concepts clés

Pour éviter toute ambiguïté dans cet exposé, il nous est nécessaire de définir quelques concepts clés. Nous allons de ce fait nous appuyer sur les notions de : médecine traditionnelle, prison, trajectoire thérapeutique, santé en contexte carcéral.

II-1- médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle désigne l'ensemble des savoirs, pratiques et croyances relatifs à la santé, enracinés dans la culture locale, qui s'appuient sur des plantes, des minéraux, des pratiques spirituelles ou encore des techniques manuelles pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies (OMS, 2002) [19]. Elle ne se limite pas à l'usage des plantes médicinales, mais inclut également les soins spirituels, les rituels et les interprétations symboliques de la maladie. En Afrique, et particulièrement au Cameroun, la médecine traditionnelle demeure un recours essentiels pour une grande partie de la population, en raison de son accessibilité, de son inscription culturelle et de la confiance accordée aux guérisseurs (Ngubane, 1977) [20].

II-2- prison

La prison est définie comme un espace institutionnel où les individus privés de la liberté purgent une peine en application d'une décision judiciaire. Mais au-delà de cette dimension juridique, la prison constitue un univers social total (Goffman, 1968) [1] qui restructure les rapports sociaux, les identités et les pratiques quotidiennes. Dans notre contexte, les prisons d'Ebolowa et d'Ambam se caractérisent par un manque d'infrastructures sanitaires, une surpopulation et des conditions de détention précaires qui favorisent le recours à des stratégies de santé alternatives, dont la médecine traditionnelle.

II-3- trajectoire thérapeutique

Le concept de trajectoire thérapeutique, développé par Strauss et al. (1985) [21], renvoie au parcours suivi par un individu confronté à la maladie, depuis l'interprétation des premiers symptômes jusqu'au choix des recours thérapeutiques. Cette trajectoire n'est pas linéaire dans la mesure où elle est influencée par les contraintes sociales, les ressources économiques, les normes culturelles et les relations interpersonnelles. En prison, les trajectoires

thérapeutiques des femmes se construisent dans un environnement marqué par la contrainte, la rareté des soins biomédicaux et la solidarité entre codétenues.

II-4- santé en contexte carcéral

La santé en contexte carcéral peut être entendue comme l'ensemble des conditions physiques, psychologiques et sociales qui affectent le bien-être des détenus, en lien avec les contraintes spécifiques de la vie en prison (Fassin, 2001 [22], Kamdem, 2018 [23]). Elle est marquée par des pathologies infectieuses, les troubles psychiques liés au stress de l'incarcération, et la difficulté d'accès à des soins de qualité. Dans ce cadre, les détenues développent des stratégies de recours multiples, où la médecine traditionnelle apparaît comme une ressource complémentaire, parfois substitutive, aux soins officiels.

III- Présentation synoptique des prisons d'Ebolowa et d'Ambam

Cette recherche s'est déroulée dans deux établissements pénitentiaires de la région du Sud Cameroun à savoir la prison Centrale d'Ebolowa et la Prison principale d'Ambam. Malgré que ces deux prisons soient inscrites dans le même contexte administratif, elles présentent des réalités différentes et contrastent qui influencent la santé et les pratiques thérapeutiques des détenues.

III-1- la prison Centrale d'Ebolowa

La prison Centrale d'Ebolowa est située dans la capitale régionale du Sud Cameroun, elle est une maison d'arrêt mixte qui héberge en moyenne 400 détenus, dont une vingtaine de femmes. Elle a été construite à l'époque coloniale et présente une architecture vétuste, avec des cellules surpeuplées et très peu aérées. Le quartier des femmes et séparées de celui des hommes et des mineurs et comporte trois cellules coupables. L'infirmerie de cette prison est située au bâtiment extérieur de la prison et dispose de peu de médicaments, ce qui favorise le recours à des solutions alternatives. Les femmes détenues développent une faute dynamique communautaire, où l'échange de remède et de savoirs sur les plantes constituent une véritable stratégie de survie.

III-2- la prison Principale d'Ambam

Ville frontalière avec le Gabon et la Guinée Equatoriale, Ambam est le chef-lieu du département de la vallée du Ntem. Ainsi la prison d'Ambam plus petite que celle d'Ebolowa a été aussi créée pendant la période coloniale entre 1930 et 1935, pour une capacité d'accueil de 70 détenus. L'objectif étant de décongestionner la prison d'Ebolowa. Le quartier féminin de cette prison comprend trois cellules très exiguës et surpeuplées. Les détenues de la prison d'Ambam entretiennent des relations plus étroites avec les agents pénitentiaires et les habitants des environs, ce qui favorise la circulation discrète de remèdes et la transmission de pratiques thérapeutiques. Dans cette prison, la solidarité féminine se manifeste à l'observation par de petits réseaux d'entraide, où les plus anciennes guident les nouvelles venues dans les usages des plantes.

IV-1- les affections les plus récurrentes

L'analyse triangulaire des données recueillies auprès de l'ensemble des femmes détenues dans les prisons d'Ebolowa et Ambam a permis de confirmer la place centrale de la médecine traditionnelle dans la gestion de la santé en milieu carcéral féminin. Nous avons, à travers ces données ressortir trois grands axes d'utilisation allant de la prévalence des affections, à la diversité des remèdes mobilisés et les logiques sociales entourant leur usage. Les récits recueillis lors des entretiens approfondis nous montrent que certaines maladies reviennent de manière quasi-systématique dans le quotidien des détenues. Ainsi, l'analyse de contenu des entretiens révèle que le paludisme est cité par près de 90% des femmes détenues, suivi par les infections urinaire et gynécologiques (75%), les douleurs abdominales et troubles digestifs (68%), et les affections cutanées (52%). L'observation participante a confirmé cette fréquence, notamment à travers les nombreux cas de fièvre et de démangeaisons et éruptions cutanées que nous avons observé dans les cellules durant notre séjour dans ces deux prisons.

IV-2- Typologie des remèdes et des usages

Le milieu carcéral, en dépit de sa vocation à couper les liens avec le monde extérieur, ne parvient pas à isoler totalement les détenues des savoirs autochtones. Les femmes détenues tant à la prison d'Ebolowa qu'à la Prison d'Ambam ont ainsi élaboré ce que nous pouvons appeler un « herbier de survie » c'est-à-dire un répertoire de remèdes qui répond aux maux spécifiques de l'enfermement. Et, comme l'a montré Fassin (2000) [22] dans ses travaux sur la biomédecine, l'efficacité d'un remède réside autant dans sa substance active que dans sa charge symbolique. En effet, L'analyse thématique des discours nous a permis de dresser une typologie des remèdes à l'instar de l'*lkouk*, du *messep* et du *neem* (*Azadirachta indica*) qui sont unanimement cités comme traitement du paludisme, souvent administré sous forme de décoction. Le gingembre et l'ail sont mobilisés contre les douleurs abdominales et les infections. Le citron quant à lui est perçu par les femmes détenues dans ces prisons comme un purifiant, tandis que l'écorce de manguiers et de goyaviers et certaines plantes locales servent dans la préparation des bains contre la fièvre typhoïde. La pierre jaune mélangée à l'huile de palmiste noir (*menyanga*) pour traiter les affections cutanées. D'ailleurs le *menyanga* en prison est également utilisé pour les soins corporels. Le recours au *menyanga* est aussi une démarche stratégique de mémoire et de résistance culturelle. En reconstituant les gestes et les recettes apprises dans leurs villages, les détenues rencontrées renouent avec leur identité féminine et communautaire. Cette continuité des pratiques de soin malgré la rupture sociale de l'incarcération illustre bien ce qu'Augé (1994) [24] décrit comme une « invention du quotidien » une manière de ré-enchanter un espace de contrainte par la réactivation de symboles culturels. Un extrait d'entretien approfondi illustre bien cette logique. « Quand nous

tombons. Malades ici, on n'attend pas toujours les médicaments de l'infirmerie. Chacune connaît une feuille, une racine, et on partage entre nous ». (Melvine, 30 ans détenues, Ambam, 2025).

IV-2-1- les filières d'approvisionnement: de la brousse à la cellule

De ce qui ressort des entretiens, nous notons que, l'introduction de ces remèdes est un acte qui contourne la surveillance institutionnelle. C'est un phénomène de bricolage social où l'intelligence pratique des détenues est mise à l'œuvre. En effet, les visites familiales constituent la principale porte d'entrée de ces produits, souvent camouflés dans les vivres ou les effets personnels. D'autres filières, plus périlleuses, impliquent la complicité de certains membres du personnel pénitentiaire, monnayée par les détenues ayant accès à des ressources financières. De surcroît, dans certains cas, les femmes parviennent à faire la récolte discrète dans le champ prison comme c'est le cas à la prison d'Ambam et pendant les moments de corvée à l'extérieur de la prison. Ce processus d'approvisionnement loin d'être simple, est hautement généré et repose souvent sur le lien maternel et familial des visiteuses, qui acceptent le risque d'introduire des substances illicites (au sens institutionnel du terme) par souci de la santé de leur proche.

IV-3- le remède traditionnel: entre thérapie et fait social

L'usage de la médecine traditionnelle en prison est d'abord une réponse directe à la faiblesse structurelle du système de soins biomédical en détention. L'attente prolongée d'un médicament ou l'absence de traitement adapté pousse les femmes à se tourner vers des solutions perçues comme plus efficaces, rapides et familières. D'ailleurs, La quasi-totalité des femmes rencontrées affirment que les remèdes traditionnels sont « plus sûrs » que les médicaments distribués par l'administration pénitentiaire, souvent jugés inefficaces ou périmés. L'analyse des entretiens met en évidence une articulation entre registre biomédical et celui du savoir endogène. Ainsi, certaines détenues affirment combiner le paracétamol avec une décoction de *neem* pour « assurer la guérison ».

De même, au-delà de l'aspect thérapeutique, l'usage de la médecine traditionnelle constitue un vecteur de solidarité. Les observations ont montré que les détenues les plus expérimentées en matière de plantes jouent le rôle de « conseillères de santé », préparant et distribuant des remèdes aux autres. Dans certains cas, la dimension spirituelle est également présente car certaines affections sont attribuées à des causes mystiques, et les remèdes sont accompagnés de prières ou d'incantation. Ainsi, trois grandes catégories d'usages émergent:

- Un recours thérapeutique qui, comme le l'avant déjà dit est utilisé pour traiter les différents maux susmentionnés
- Un recours identitaire et culturel : ici, les pratiques thérapeutiques traditionnelles permettent aux détenues de maintenir un

lien avec leur culture d'origine. Elles constituent une forme de résistance à la biomédecine imposée par l'institution carcérale.

- Un recours social et relation : la préparation et le partage des remèdes favorisent la solidarité et renforcent les réseaux de soutien entre codétenues.

Ces échanges créent des « micro-espaces de libertés » où les détenues réaffirment leur autonomie. Ainsi, la fonction de la MT en prison dépasse largement l'aspect physique et agit comme un puissant anxiolytique culturel, apaisant ainsi les souffrances morales générées par la solitude, la rupture familiale et la stigmatisation. Les rituels de soin, comme l'ont souligné des auteurs tels que Lévi-Strauss (1958) [18] dans l'efficacité symbolique, participent à la remise en ordre psychique de l'individu. Ce réconfort moral est d'autant plus vital qu'il est délivré par une sœur de captivité, créant une intimité thérapeutique impossible avec le personnel institutionnel.

De même, en milieu carcéral féminin, la MT devient un opérateur de lien social où la capacité à identifier, préparer et distribuer des remèdes confère à certaines détenues un statut de respect et d'autorité. La « matrone » ou chef de cellule est ainsi une figure essentielle qui, conformément aux analyses de Loïc Wacquant (2009) [25] sur les économies informelles de la prison, détient un capital symbolique et social précieux. De plus, le don ou l'échange d'un remède agit comme une monnaie sociale non officielle. Il crée des obligations de réciprocité et de la confiance mutuelle, des éléments cruciaux dans un environnement où la suspicion et la violence larvée sont omniprésentes. La circulation des remèdes structure ainsi des réseaux d'entraide et de soutien, essentiels à la survie collective.

A l'observation, on note que face à la MT, l'institution pénitentiaire d'Ebolowa et Ambam adopte souvent une posture ambivalente. D'un côté, elle est officiellement interdite ou ignorée, car elle symbolise une perte de contrôle et un défi à l'autorité médicale moderne. D'un autre côté, elle est tacitement tolérée, car elle pallie les carences criantes des services de santé et contribue, paradoxalement à maintenir un calme social en apaisant les souffrances des détenues. Cependant, cette tolérance est fragile et dépend des individus. Les remèdes jugés dangereux ou inconnus sont confisqués, ce qui oblige les femmes détenues dans ces prisons à développer des techniques de dissimulation sophistiquées. Cette négociation constante entre pratique informelle et régulation institutionnelle est, selon Foucault (1975) [26] un exemple de la manière dont les assujettis résistent par l'usage détourné de l'espace et du temps qui leur sont imposés.

Enfin, Ces données confirment les observations faites dans d'autres contextes africains où la médecine traditionnelle en prison représente un mode de gestion de la santé mais aussi un espace de

recomposition identitaire (Mhlongo, 2016 [27]; Van Hout, 2018[28]). D'un point de vue anthropologique, ces pratiques illustrent ce que Fassin (2021) [22] appelle la « double dimension du soin », à la fois biologique et symbolique. Elles permettent de penser la santé non seulement comme une question médicale mais aussi comme un fait social total (Mauss, 1950) [29]. La prison, lieu de contrainte et de privation devient ainsi un espace où les détenues redéfinissent leurs pratiques de soin. Le recours à la médecine traditionnelle s'inscrit dans une logique d'agency, où les femmes élaborent des stratégies pour conserver un contrôle sur leur corps et leur quotidien, malgré le cadre disciplinaire (Foucault, 1975).

Conclusion

Pour clore cet article sur l'usage de la médecine traditionnelle par les femmes détenues à la prison d'Ebolowa et d'Ambam, nous dirons que le recours à la médecine traditionnelle en prison apparaît comme une ressource vitale pour les femmes détenues. Elle remplit une fonction à la fois de soin, de maintien des identités culturelles et renforce la solidarité sociale. Cependant, son usage non encadré comporte des risques liés aux conditions d'hygiène et aux incertitudes thérapeutiques. Au-delà de la santé, ces pratiques révèlent la capacité des détenues à recomposer leurs trajectoires thérapeutiques et à réaffirmer leur humanité dans un univers marqué par l'exclusion.

RÉFÉRENCES

- [1] Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- [2] Macaire, D. (2019). *L'enfermement et la vulnérabilité sociale au Cameroun: Approche sociologique*. Université de Yaoundé I.
- [3] Coimbra, C. E. A. Jr. (1995). *Health, culture, and society in Brazil: An anthropological overview*. Fundação Oswaldo Cruz.
- [4] Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall.
- [5] Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism, perspective and method*. University of California press.
- [6] Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Sage.
- [7] Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.
- [8] Kaufmann, J. c. (2001). *Corps et âme: la sociologie des émotions*. Armand colin.
- [9] Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin.
- [10] Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- [11] Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

- [12] Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- [13] Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.
- [14] Augé, M. (1992). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Seuil.
- [15] Fassin, D. (2001). Enforcing order: an ethnography of urban policing.
- [16] Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.
- [17] Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
- [18] Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan.
- [19] Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005*. Genève: OMS.
- [20] Ngubane, H. (1977). *Body and Mind in Zulu Medicine: An Ethnography of Health and Disease in Nyuswa-Zulu Thought and Practice*. Academic Press.
- [21] Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. University of Chicago Press.
- [22] Fassin, D. (2001). *Enforcing Order: An Ethnography of Urban Policing*. Polity Press.
- [23] Kamdem, J. F. (2018). *Santé, détention et vulnérabilité au Cameroun*. Presses Universitaires du Cameroun.
- [24] Augé, M. (1994). *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Aubier.
- [25] Wacquant, L. (2009). *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University Press.
- [26] Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Gallimard.
- [27] Mhlongo, T. (2016). Traditional medicine in South African prisons: Usage and perceptions. *Journal of Correctional Health*, 22(1), 45-58.
- [28] Van Hout, M. C. (2018). Prison health and medicine in Africa: A review. *International Journal of Prisoner Health*, 14(3), 230-248.
- [29] Mauss, M. (2007). *Le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. PUF