

Les cahiers *de* 1'URACA



SOINS ET CULTURES :

2^{èmes} Rencontres
Transculturelles
de TENON

Juin 2005

N°12 - Juin 2005 - 15 €



Édition : URACA



Editorial par Mme Aline MAURANGES

Rencontres transculturelles de Tenon

Introduction

:: « On ne guérit jamais seul : une vision africaine de la Santé »

Mr Eric de ROSNY, jésuite, anthropologue et écrivain

:: « La couvade, thérapie traditionnelle du Nord-Bénin »

Diaporama : « Au pied de l'arbre sacré »

Dr Moussa MAMAN, médecin et tradipraticien

:: Débat suivant les deux exposés

:: « Comment soigner les patients africains en France ? »

Table ronde avec la participation de:

Mr Eric de ROSNY, jésuite, anthropologue et écrivain

Dr Moussa MAMAN, médecin et tradipraticien

Pr GJROT, spécialiste de la drépanocytose

Dr Caroline LASCoux, spécialiste du VIH

Dr Pierre LEMBUE, psychiatre, psychanalyste

Dr Berthe LOLL, psychiatre.

Regards croisés

:: Un rituel à Bello Touna

Mme Aline MAURANGES, psychologue

:: L'hôpital et l'association :

une alliance au bénéfice des soignants et du patient migrant

Mme Jacqueline FAURE, psychologue

:: Sorcellerie et psychanalyse, "point" de rencontre.

Dr Berthe LOLL, psychiatre

:: Le lait maternel nourriture sacrée, pouvoir de vie, pouvoir de mort

Dr Moussa MAMAN, médecin et tradipraticien

Editorial

Le 5 décembre de ce mois-ci se tient le colloque anniversaire d'URACA. Une occasion unique de traiter en couleurs et en saveurs les nombreux débats riches d'expériences qui fêtent ainsi les 20 ans de notre association.

Cette journée constitue indéniablement un évènement et donne suite aux 2èmes Rencontres Transculturelles de Tenon qui se sont tenues en juin dernier. Elle réunit l'Afrique et l'Europe dans un même élan sanitaire ; un trait d'union qui conjugue l'irrationnel au réel avec un désir manifeste de comprendre nos différences. Nous entendrons les médecins et les tradipraticiens s'exprimer tour à tour avec cette soif et cet engagement inépuisable d'accompagner et de soigner ceux qui souffrent, dans le respect de leur dignité et de leur culture.

Car le malade a une histoire issue de ses origines avec laquelle traite URACA. Fixée au cœur de la goutte d'Or, l'association n'hésite pas à se transporter au chevet du malade migrant à la demande des soignants. Sa disponibilité totale en dépit de moyens restreints lui fait traverser non seulement la capitale mais aussi les océans puisque les guérisseurs quittent leur village pour séjourner à Paris et apporter ponctuellement leur participation thérapeutique.

Ainsi dans ce 12^{ème} cahier, URACA a choisi de mettre en pages un rappel de ce partenariat dans sa double approche en santé communautaire. Véritable défi à la raison raisonnante, on peut y lire les interventions de Tenon et y puiser matière à réflexion et à évolution.

Du médecin occidental et africain, aux psychologues, en passant par Eric de Rosny, jésuite anthropologue écrivain, sans oublier le texte d'accueil que la Direction de l'hôpital Tenon a réservé à cette journée, nous découvrons la pluralité disciplinaire des médecines et de certains rituels thérapeutiques africains comme la « couvade ». L'immatérialité s'infiltre dans les pratiques modifiant l'exercice d'une médecine quotidienne dans un espace transculturel nouveau et offre une réalité encore très méconnue.

*Aline Mauranges
Psychologue clinicienne,
conseillère en Ressources Humaines
Direction des Ressources Humaines
Hôpital Tenon, Paris.*

RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON

Juin 2005

Introduction

Jacqueline FAURE, psychologue à l'hôpital Tenon

Bonjour et bienvenue aux **2^{èmes} Rencontres Transculturelles de Tenon**



Pour celles et ceux qui ne connaissent pas le contexte de ces rencontres, voici un bref historique.

En 1992-1993, le service de médecine interne où nous travaillions, et dont le Pr Delzant ici présente était le chef de service, soignait les patients infectés par le vih, en particulier des patients migrants. Certains nous posaient de graves problèmes de prise en charge.

Peu à peu, nous avons compris que ces difficultés étaient souvent liées à des problèmes de compréhension mutuelle. D'autres approches, d'autres outils s'avéraient nécessaires. Dans nos recherches de solutions, nous avons rencontré l'association U.R.A.C.A. (unité de réflexion et d'action des communautés africaines) qui avait une connaissance du milieu africain et un savoir-faire en matière de communication et d'aide aux patients migrants.

Progressivement une collaboration avec cette équipe s'est instaurée au sein même du service. Ce travail nous a grandement éclairés sur les modes de vie, les croyances, les représentations de ces patients et aussi sur les interférences avec notre propre système de pensée et de fonctionnement.

En 2001, ce partenariat s'est concrétisé par un voyage d'étude au Nord-Bénin. Des soignants de l'hôpital Tenon et d'autres hôpitaux ont été immergés dans le bouillon de culture africain. Ils ont pu découvrir par eux-mêmes la réalité de ces systèmes de représentation déjà approchés à l'hôpital.

Ces deuxièmes rencontres se veulent un approfondissement et un développement de ce travail. Nous espérons que l'intervention d'Eric de Rosny, jésuite, anthropologue et écrivain vivant au Cameroun depuis 30 ans et dont les livres et les idées nous ont apporté une aide précieuse, vous ouvrira aux différentes facettes de l'âme africaine.

Vous entendrez ensuite le Dr Moussa Maman, un des principaux fondateurs de l'association U.R.A.C.A., médecin et thérapeute traditionnel. Il dirige ici des consultations d'ethnomédecine. Par sa double position, il nous éclaire sur les ressorts cachés des comportements et des pensées des patients migrants et nous les traduit de manière explicite.

Nous avons beaucoup appris avec lui. Aujourd'hui, il nous parlera de la couvade, un des aspects des thérapies traditionnelles de son ethnie du Nord-Bénin, les Dendi.

Enfin, nous terminerons par une table ronde qui réunira le Pr Girot spécialiste de la drépanocytose, une maladie qui touche en grande majorité la population noire : il a une grande expérience auprès des patients migrants ; le Dr Lascoux spécialiste de l'infection par le vih, le Dr Lembeye psychiatre et psychanalyste, le Dr Lolo psychiatre originaire du Cameroun. Le Pr Bouchaud, chef de service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Avicenne, sera le modérateur de cette rencontre.

Mme Delzant, est notre Présidente d'honneur. Sa présence parmi nous aujourd'hui est importante car elle a toujours soutenu notre démarche et a permis l'accueil de guérisseurs africains au sein même du service. Cela a été une chance pour nous tous de travailler avec elle et nous la remercions.

Allocution d'ouverture du Pr Delzant, ancien chef de service de médecine interne à l'hôpital Tenon :

Jacqueline Faure m'a demandé de venir introduire cette journée, je la remercie beaucoup. Il y a très longtemps que je n'ai pas mis les pieds dans cet hôpital, cela fait au moins sept ans et je suis très contente d'y revenir en cette occasion. D'abord, d'avoir rencontré beaucoup de têtes connues, et cela me fait plaisir, et d'autre part, de venir parler de cette aventure que nous avons vécue ensemble il y a environ une quinzaine d'années. Parmi tous les problèmes que nous devons aborder à l'époque, il y en avait un en particulier qui était l'abord des patients étrangers, étrangers par la langue, par la culture, par les coutumes et il était particulièrement difficile de faire notre médecine habituelle avec eux, d'autant que se posait de plus en plus le problème de l'infection par le vih, particulièrement importante dans cette population. J'étais, avec d'autres, très attachée à un principe fondamental de la médecine qui est la relation entre le médecin et le malade et se posait donc une question grave : comment appliquer ce principe dans les difficultés où nous nous trouvions devant ces patients ? Je remercie Jacqueline Faure psychologue dans le service à l'époque d'avoir pris contact avec le Dr Maman et Uraca et, c'est ainsi que nous avons trouvé des interprètes, non seulement des interprètes de la langue, mais des interprètes des traditions, des coutumes alimentaires, de la culture en général et c'est avec leur aide que les patients ont pu se retrouver, prendre leurs repères dans le service qui leur était vraiment très étranger et essayer de comprendre autant que possible. C'est aussi avec leur aide que, nous-mêmes les soignants, nous avons été soutenus dans nos efforts, que nous avons appris à mieux connaître et à mieux respecter l'autre, donc j'espère, peut-être à mieux le soigner. Je m'arrêterai là et laisserai les autres parler plus en détails de tout ce qu'a été cette expérience. Je remercie tout le monde, particulièrement Jacqueline, et je vous souhaite une excellente après-midi.

2^{ème} allocution d'ouverture : Mme Joëlle Cantori, directeur en Ressources Humaines à l'hôpital Tenon

Bonjour à tous, Arthur Haustant, Directeur, empêché, m'a chargée de le représenter aujourd'hui. Tout d'abord nous sommes ici dans le 20^{ème} arrondissement, au cœur d'une diversité de cultures. Si le problème de la langue peut se résoudre par le recours à l'interprète, la différence de cultures peut rendre la communication difficile et ainsi la prise en charge des patients telle qu'elle vous a été précisée par le Pr Delzant. En 2000, l'hôpital Tenon a remporté le deuxième Prix Hélioscope décerné par la Fondation Hôpitaux de Paris- Hôpitaux de France et la G.M.F. pour le dossier présenté par Jacqueline Faure et nous saluons aujourd'hui ce travail de fond qui a été réalisé avec notamment le Dr Moussa Maman et

l'association Uraca sur la prise en charge des patients migrants. Cette initiative originale qui associe aux compétences professionnelles de l'équipe soignante, l'expérience des tradipraticiens africains a permis de mieux prendre en charge les patients accueillis à l'hôpital, elle permet ainsi de considérer la personne non comme un patient parmi tant d'autres, mais dans son individualité et sa globalité, en tenant compte notamment de son histoire et de ses références culturelles. Par ailleurs, en 2001 des médecins, des psychologues, des infirmières et des assistantes sociales ont effectué un voyage d'étude organisé par l'association Uraca dans un village du Nord-Bénin, ils sont allés ainsi à la rencontre de l'Afrique ancestrale et ont découvert les pratiques traditionnelles de soins de la culture africaine. C'est l'ensemble de ce travail qui avait d'ailleurs été exposé en 2001 et présenté lors du premier colloque. On peut donc constater que ce partenariat se fait véritablement dans la durée. Je souhaite que ce colloque soit l'occasion d'échanges fructueux et je vous remercie de votre participation.

Dr Agnès Giannotti, directrice d'Uraca

Bonjour je voudrais tout d'abord remercier ceux qui nous permettent de travailler. Les consultations d'ethnomédecine seront possibles cette année grâce à la Fondation de France, Mme Cippel la représente, et grâce à la DASS de Paris, son représentant le Dr Alain Bruneau devrait nous rejoindre. L'exposition qui se trouve à l'entrée, montre nos actions en Afrique qui se développent. Celles-ci n'ont pu être réalisées que grâce à un vrai soutien de la Fondation Marc et de la Ville de Paris, donc vraiment merci à eux qui nous permettent de réaliser des actions.

Un hommage aussi à tous les services hospitaliers qui nous ont ouvert leur porte, parce que ce n'était pas évident d'ouvrir les portes à une démarche de cette nature. Olivier Bouchaud qui est là, qui est maintenant Professeur à l'hôpital Avicenne, est le premier qui nous ait fait venir dans son hôpital, à l'époque c'était à l'hôpital Bichat, après ce fut le tour du Pr Delzant à l'hôpital Tenon, puis du Pr Sérénin à l'hôpital St Louis qui est là également. Je tiens à féliciter pour leur engagement tous ces hospitaliers dont je comprends la position difficile entre un cadre très institutionnel et une démarche qui ne l'est absolument pas.

« On ne guérit jamais seul : une vision africaine de la santé »

Mr **Éric de ROSNY**, jésuite, anthropologue et écrivain.

Exposé faisant suite à la projection du film intitulé: « **Les héritiers du Male ma makom** »



J'ai intitulé mon exposé « On ne guérit jamais seul », à vrai dire c'est la contraction d'un titre un peu plus important « On ne tombe malade ni ne guérit jamais seul ». Je vais essayer de développer cela comme étant un élément d'une certaine importance de la vision, africaine serait peut-être trop large, mais camerounaise, de la santé. Je vais le faire en vous faisant parcourir un peu le même itinéraire qui a été le mien. C'est ainsi que je vais essayer de vous entraîner dans la façon dont j'ai découvert cela.

L'IDÉE DE SANTÉ

Je me suis rappelé au cours de mes recherches une phrase que m'avait dite autrefois mon professeur de philosophie Georges Morel. Il avait dit une petite phrase qui était restée, en attente d'explications dans ma mémoire : « *Un malade n'est malade qu'en fonction d'une certaine idée de la santé* ». C'est paradoxal, comme si la maladie dépendait de l'idée qu'on s'en faisait. Etant en contact avec ces **ngangas** dont nous parlerons cet après-midi, je me suis rendu compte petit à petit de la pertinence de cette phrase : « *Un malade n'est malade qu'en fonction d'une certaine idée de la santé* ».

On pourrait donner des exemples extrêmement simples dont vous faites sans doute l'expérience presque tous les jours. Vous avez des gens qui ne sont jamais malades et des gens qui sont tout le temps malades et pourtant ils passent par les mêmes symptômes. Dans les familles cela se voit très bien, la maman dit « *Oh, untel il n'est jamais malade et d'un autre de ses enfants, celui-là, il est tout le temps malade ...* »... En fait, ces enfants-là sont passés par la rougeole, les rhumes et toutes les maladies des enfants. Nous voyons là qu'une certaine idée de la santé est importante. Mais allons plus loin, entrons tout de suite dans des exemples plus probants en rapport avec les approches médicales africaines.

Les **ngangas** sont les chamans africains. Ce terme est employé dans tout le monde bantou jusqu'en Afrique du Sud.

LA MALCHANCE, UNE MALADIE

Chez le nganga, la malchance est une maladie...J'ai découvert ça : on soigne pour la malchance. Si vous allez à l'hôpital et que vous dites au médecin : « *Docteur, est-ce que vous pouvez me soigner pour ma malchance ?* » Quelle va être sa réaction ? Il va vous dire « *Ecoute, je n'ai pas de temps à perdre...* ». Peut-être vous enverra-t-il chez le psychiatre ? Peut-être qu'il comprendra, s'il est à Douala, qu'il s'agit d'une approche médicale qui n'est pas de son ressort, qui est du ressort du **nganga**. Tandis que le **nganga**, lui, soigne pour la malchance. Donc nous voyons bien qu'il n'y a pas une même idée de la santé derrière tout cela.

Le mot « malchance » en français traduit un mot douala qui est **Mbea nyolo** ; si l'on veut bien prendre soin de savoir ce que ce mot veut dire, cela veut dire la détérioration du corps, ce n'est déjà plus la même chose...

Vous allez me dire mais alors comment a-t-on pu traduire *Mbea nyolo* par malchance ? C'est que le mot corps, *nyolo* en langue douala, dépasse largement le sens que nous donnons au mot français. J'ai mis longtemps à comprendre cela. Je partais en voyage, mon maître me disait « *Fais attention à ton corps* ». Il m'aurait dit « *Fais attention de ne pas perdre ton âme* », cela m'aurait rappelé quelque chose, mais il disait « *Fais attention de ne pas perdre ton corps* ». Jusqu'au jour où j'ai compris que le mot *nyolo* voulait dire la personne humaine. De nombreuses expressions veulent dire l'homme, la personne. Ceci est important, nous y reviendrons tout à l'heure.

Donc, la malchance traduit la perturbation, le malaise de quelqu'un. C'est déjà beaucoup plus proche. D'où l'importance du langage, de la culture qui se profile derrière le mot « maladie ». Ce qui fait que la phrase de mon maître : « *Un malade n'est malade qu'en fonction d'une certaine idée de la santé* », je suis porté à la prolonger ainsi : « *Un malade n'est malade qu'en fonction du modèle de représentation culturelle dans lequel naît, se développe et au mieux, guérit sa maladie* ».

THÉRAPIES TRADITIONNELLES ET BIOMÉDECINE

Alors si vous acceptez cela, à savoir l'importance de la culture pour spécifier la maladie, vous comprendrez - et c'est la deuxième étape de ma présentation - pourquoi il y a une pluralité des médecines, et plus précisément, pourquoi ces *ngangas* que les pasteurs des années 30 pensaient voir disparaître à cause des hôpitaux, demeurent toujours très importants et sont probablement plus nombreux que les médecins, au sens propre, au Sud Cameroun. Même si on met de côté les charlatans qui ne nous intéressent pas. C'est que les *ngangas* sont de la même culture profonde que les patients qui viennent les trouver et ceci leur donne un atout majeur.

J'ai découvert cette pluralité des médecines, puisque je vous ai dit que je vous ferais suivre mon chemin, au cours d'un colloque en 1982 à Nuremberg. Les Allemands avaient fait venir à Nuremberg des gens de mon genre qui faisaient des recherches sur les approches médicinales – voyez, je ne dis pas les médecines – de tous les pays. Il y avait des gens qui venaient des Philippines, du Japon, d'Allemagne, des régions allemandes, de Suisse, un pays pourtant considéré comme le plus à la pointe de la médecine moderne - et bien, vous avez aussi en Suisse des thérapeutes traditionnels. D'autres venaient du Pérou, d'Afrique, d'Afrique du Sud, du Cameroun - c'était mon cas -, de France. Les organisateurs avaient dit : « Vous avez chacun une heure, vous êtes 50, 50 heures. ». On présentait son film, ses diapos ou son exposé, et puis après on laissait la place à un autre, sans discussion et sans débat, ce qui était très frustrant pour nous au début, parce que les premiers exposés nous suggéraient énormément de choses, on n'avait mille questions à poser... Pas de place pour le débat. Mais au bout de deux ou trois jours, on s'est aperçu que les organisateurs avaient raison, car on n'avait plus de question à poser, on disait tous à peu près la même chose...

C'est ainsi que j'ai découvert qu'il y avait dans le monde entier des formes de médecine, d'approches médicinales qui avaient à peu près toutes les mêmes caractéristiques, au point que j'ai eu le sentiment que lorsqu'on veut parler de médecines universelles, il s'agit plutôt de ces médecines-là, de cet usage des plantes, de ces formules rituelles. On retrouve un schéma semblable à peu près dans le monde entier.

Tandis que la médecine des hôpitaux, la biomédecine si vous voulez, issue d'Hippocrate est une médecine occidentale qui a été prise en charge par les Arabes aux 13^{ème} et 14^{ème} siècles, mais qui garde sa source dans le bassin méditerranéen. C'est une médecine particulière qui a gagné le monde entier, il y a des hôpitaux partout. Je dirais que la médecine des hôpitaux, la biomédecine, est plutôt une médecine internationale qu'universelle. C'est un type de

médecine particulier, qui s'est imposée dans le monde entier pour le bonheur de tous mais qui n'a pas le caractère d'universalité des médecines du genre de celle que le film vous a présentée.

Donnons quelques éléments de comparaison entre d'une part, la biomédecine et d'autre part, ces thérapies traditionnelles :

- La dimension sacrée de la médecine traditionnelle.
- Sa dimension sociale.
- Le pouvoir reçu par don. Il faut je crois bac +7 et bac + 6 avec spécialisations pour être médecin. Jamais un **nganga** ne vous dira qu'il a étudié la médecine, il vous dira qu'il a reçu cela par don, même si, en fait, il lui a fallu presque autant d'années pour être le disciple de quelqu'un. Mais il ne se reconnaîtra pas dans le savoir mais plutôt dans l'ordre du pouvoir.

Je souligne un point précis : j'ai appris après un certain nombre d'années de rencontres et de réflexions, que cette médecine populaire, traditionnelle assez spécialisée dans son genre venait au secours de l'organisme. Vous savez bien que le principal hôpital c'est le corps humain lui-même. Je crois pouvoir défendre cette thèse à savoir que toutes ces pharmacopées sont là pour venir au secours des défenses du corps, et les rites, au secours des défenses des mentalités. Tandis que la médecine, la biomédecine, des hôpitaux est une médecine interventionniste qui va, jusqu'à aujourd'hui, changer les organes du corps. Il y a donc deux orientations un peu différentes. Je vais vous citer ce que dit Monsieur Jean-Paul Lévy dans un bouquin fort intéressant, il dit « *la biomédecine est une activité contre-nature - ne prenez pas sens au sens péjoratif- guérir le malade, prétendre le garder vivant malgré ses handicaps n'étaient pas au programme de la vie, les mécanismes régulateurs naturels fonctionnent toujours au détriment de l'individu affaibli, au bénéfice du groupe, de l'espèce, il mène à sélectionner, à éliminer et non à guérir. Il existe dans certaines plantes des clés qui s'adaptent à nos serrures. Aujourd'hui nous essayons de dessiner les clés dont nous voudrions disposer pour les serrures que nous voudrions ouvrir ou fermer, même si ces clés n'existent pas dans la nature.* » C'est intéressant « *Il s'agit d'aller à contre-courant de la nature, dans la biomédecine, non seulement en combattant la maladie mais en modifiant le corps jusque dans son identité* », Jean-Paul Lévy « Le pouvoir de guérir, l'histoire de l'idée de maladie » Bon, c'est suggestif, peut-être discutable.

Il y a derrière ces différences, des éléments plus profonds qui nous permettent de distinguer les approches médicales traditionnelles de la biomédecine. J'enseigne l'anthropologie, c'est de ce côté-là que je vais me tourner rapidement, à savoir que dans le monde des **ngangas** dans lequel j'ai passé 5 années complètement entre 1970 et 1975 et que je fréquente toujours ayant là de grands amis, j'ai constaté qu'on n'avait pas la même idée qu'en Occident du composé humain. Je dirais que chez le **nganga** l'homme est composé d'un corps visible – le mot corps - et d'un corps invisible. Alors, vous me direz: le corps invisible c'est l'âme... non ce n'est pas l'âme parce que ce corps invisible, il n'est pas immatériel comme les Grecs nous l'avaient enseigné pour l'âme. Vous savez que la grande médecine a ses bases philologiques dans la philosophie grecque ... L'âme, selon la philosophie grecque, malgré d'ailleurs des différences à respecter selon les auteurs, elle, est immatérielle. L'immatérialité n'est pas niée par les **ngangas** mais cela n'entre dans leur univers, rien n'est immatériel. D'ailleurs la raison qu'ils donnent, si on veut les pousser dans leurs retranchements, c'est qu'il y a bien des gens qui ont

la double vue et qui voient ce que les autres ne voient pas. Donc là, nous avons une différence importante sur laquelle je ne vais pas m'attarder. Mais je vais quand même vous citer Jean Benoist, qui est un de mes maîtres, dans un livre que je vous conseille « Anthropologie

médicale et société créole » P.U.F. 1993, excellent livre pour comprendre l'arrière-monde culturel des migrants. Il dit à la page 193 : « *L'opposition cartésienne entre le corps et l'âme a libéré la biologie et donc la médecine des interdits qui sacralisent le corps, et a légitimé son étude biologique mais, en laissant l'âme à la théologie, elle a biologisé à l'extrême la conception que les médecins se sont fait de la maladie. Tout particulièrement au cours du demi-siècle qui vient de s'écouler, cette réduction a donné à la biologie le droit exclusif de définir non seulement le mal mais aussi le malade. L'esprit, l'âme, tout ce qui était couramment désigné par ces termes s'est prodigieusement éloigné de l'horizon médical* » dit Jean Benoist.

SOIGNER, REMETTRE DE L'ORDRE DANS LA FAMILLE

J'en arrive maintenant après cette sorte d'introduction au cœur de ce que je voudrais vous dire, à savoir la solidarité dans la maladie et la guérison. Je n'ai pas commencé par là, parce que j'avais besoin d'apporter des éléments d'introduction qui ont été ceux que vous avez entendus, pour que vous compreniez que lorsqu'on parle de solidarité dans la maladie et la guérison, il ne s'agit pas d'un élément que l'on peut ajouter, rendons plus solidaires les malades non, attention, c'est la conséquence de toute une vision du monde qui est donc un élément qui n'est pas additif mais essentiel à la vision de la maladie dans mon pays, mon pays là-bas.

Ce qui est premier, ce n'est pas l'individu mais le groupe, ça j'ai mis beaucoup de temps à l'accepter. Ce que le **nganga** cherche, c'est à soigner le groupe et l'individu dans le groupe. L'individu est, si je caricature quelque peu, second par rapport au groupe, solidaire mais second. Je vous donne un exemple pour que vous compreniez bien. J'assistais à un grand traitement, non pas chez ceux-là, mais chez un **nganga** qui s'appelle Loé, j'en parle dans mes livres. Il m'a beaucoup marqué, c'était le maître de Bernard Kongo que vous avez vu tout à l'heure. Un soir, il devait soigner une jeune femme qui était atteinte de plusieurs maux sérieux, graves et qui était passée par l'hôpital sans résultat. Toute la famille était venue assister au grand traitement traditionnel qui devait se passer la nuit. Elle avait passé un mois chez le **nganga** Loé qui lui avait donné des plantes. Loé avait estimé que c'était fini, elle pourrait partir mais non sans auparavant passer par ce grand rituel qui commence avec le coucher du soleil et se termine avec son lever. Alors évidemment ça se termine le matin par un repas, on boit, on appelle le **dindo**. Mais manifestement les hommes de la famille avaient déjà débouché les bouteilles au début de la nuit et ils étaient un peu trop gais ce qui gênait Loé qui avait énormément de rites à faire, c'est très compliqué un traitement. Il était agacé, il s'est approché des hommes qui rigolaient tout le temps et il leur a dit cette phrase en doula que j'ai immédiatement noté dans ma tête parce qu'elle me paraît remarquable « *Vous ne voyez pas que c'est vous que je soigne par votre fille !* ». Et ça je crois que c'est une clé, il ne le dira pas mais là, il était en colère, il ne le dira pas, c'est trop secret... c'est-à-dire que le **nganga** a comme objectif de remettre de l'ordre dans une famille dont le désordre est patent par la maladie de l'un de ses membres.

Alors la limite des **ngangas** aujourd'hui c'est la promotion de l'individualité dans les villes, la désolidarisation relative des membres en particulier des jeunes par rapport à leur famille, ce qui fait que pour les **ngangas**, les clients, les patients les plus difficiles à soigner ce sont les lycéens et les collégiens.

LE POUVOIR DE GUÉRIR : QU'EST-CE QUE GUÉRIR ?

Là, nous touchons au problème de l'efficacité. Je prolonge la petite phrase de Georges Morel du début quand il disait « *Un malade n'est malade qu'en fonction d'une certaine idée de la*

santé », il ajoute dans le texte « *ce qui ne va pas d'ailleurs à décréter que ce malade soit curable.* » Il ne faut donc pas se tromper sur sa phrase, cela ne veut pas dire que si la personne est soignée dans son monde culturel, elle sera pour autant guérie bien sûr. Mais cependant, c'est ça que je voudrais souligner dans cette dernière partie la prise en compte de la dimension culturelle que j'appellerai par un terme plus spécifique par la représentation culturelle de la maladie de la personne, a sa part d'efficacité dans les soins.

La biomédecine couvre un champ de la santé incontesté mais qui paraît étroit à la population. Si les gens continuent à se rendre chez les **ngangas** ou commencent à se rendre chez les tradipraticiens de différents pays, c'est que l'idée de santé qui correspond à l'hôpital est trop restreinte pour beaucoup de gens. Pas pour tout le monde, ceux qui n'ont pas besoin d'aller chez les **ngangas**, aucun problème, c'est qu'ils ont une idée de leur santé qui coïncide, qui correspond avec ce que l'hôpital leur offre. Mais pour beaucoup de gens, la relation sociale étant si importante, ils ne trouvent pas à l'hôpital, sauf dans le département de psychiatrie qui est toujours, il faut reconnaître, légèrement marginale dans les hôpitaux, un endroit où l'on prend en charge justement l'idée qu'ils se font de la maladie, à savoir que c'est une affaire de famille. La thérapie est efficace (celle des **ngangas**) en fonction de l'idée que les patients se font de la santé, je l'ai dit, de la représentation culturelle qu'ils en ont. Ils peuvent mieux soigner la représentation que se font leurs patients de leur maladie en étant en cohérence avec elle.

CONCLUSION

Aujourd'hui, un formidable éparpillement des promoteurs de la santé se trouve au point qu'on pourrait dire qu'il y a une constellation de recours : hôpitaux, **ngangas**, prières de guérison, pentecôtistes, renouveau charismatique, les charlatans aussi. Berthe Lolo, ici présente, m'a dit un jour : « *Les charlatans sont utiles parce que c'est vers eux qu'on va lorsqu'on a une angoisse subite, il faut un petit quelque chose pour vous redonnez du courage, cela ne dure pas, mais ils ne sont pas totalement inutiles dans certaines circonstances* ».

Jean Benoist dit « *On ne doit pas oublier que cette médecine, la biomédecine qui est la seule pour le médecin n'est pas la seule pour le malade en tous cas. Les relations du malade avec le médecin prennent place au sein d'une constellation de recours où les conduites traditionnelles se combinent à la médecine scientifique. C'est là que s'articulent tradition et modernité, dans un ensemble où le médecin voit des contradictions alors que le malade en vit l'unité* ». C'est à la page 85 de son livre.

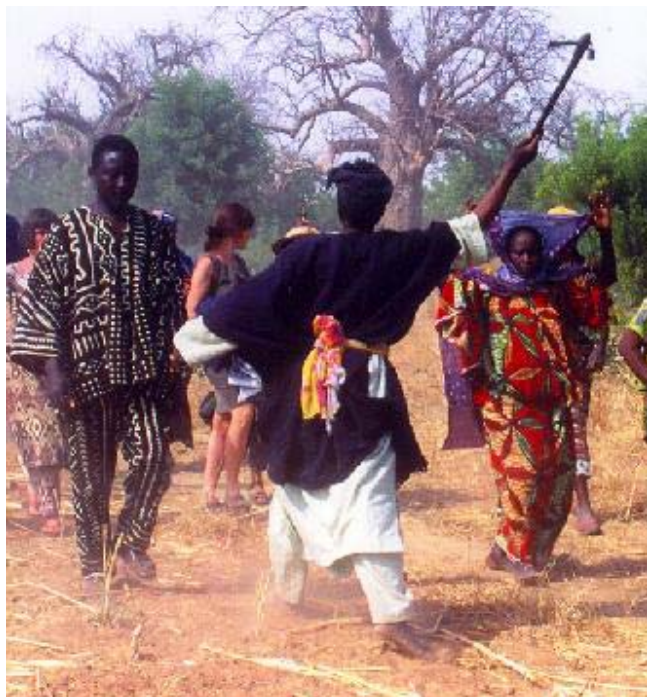
Et voilà ma phrase de conclusion : c'est qu'il y a dans l'homme un incurable désir de guérir...

Au pied de l'arbre sacré

La couvade: thérapie traditionnelle, nord Bénin

Dr Moussa MAMAN

Photos: Agnès GIANNOTTI - Christine KRISTOFF



Je me présente, je m'appelle Moussa Maman, je suis né au Bénin dans une île quelque part sur le fleuve Niger. Dans mon village, je suis seul à avoir pu aller à l'école jusqu'à devenir médecin; ce qui m'a posé énormément de problèmes. En effet: comment peut-on être médecin en même temps que guérisseur traditionnel? Je suis médecin parce que je suis allé à l'école de médecine, je suis médecin traditionnel parce que mon grand-père m'a formé à être un médecin traditionnel.

Mon grand-père fut le plus grand artisan pour que je sois ce que je suis: il m'a poussé à aller à l'école, il m'a obligé également à apprendre sa médecine et ça surprend beaucoup de gens: comment

peut-on être médecin et tuer des poulets ?! Parce que dans la tête des gens le poulet c'est le premier objet thérapeutique en Afrique.



Je vais donc vous parler de la médecine traditionnelle dans un groupe ethnique qu'on appelle les Songhaïs, ils sont venus du Mali, ils ont suivi le fleuve Niger et on les appelle les Dendis, nous sommes les Dendis un sous-groupe des Songhaïs, qui s'appellent ainsi parce que ils ont suivi le fleuve en aval (dendi signifie l'aval).



Vous allez voir la médecine traditionnelle dans ce milieu aride malgré le fleuve... C'est un peuple pêcheur, on ne vit que de pêche. Maintenant la situation climatique nous contraint à pratiquer en même temps l'élevage, la pêche et l'agriculture car il y a de moins en moins de poissons dans le fleuve. Les berges du fleuve sont arides, il y a très peu d'arbres.

Je vais vous parler de la médecine traditionnelle dans ce groupe ethnique, les Dendis, qui sont des Soninkés. Au moment où l'empire songhaï s'est disloqué (au Mali) au 14^{ème} siècle une partie des gens sont partis parce qu'ils ne voulaient pas la guerre. On est venu s'installer entre le Bénin, le Niger, le Burkina, sur le fleuve. Il y a une partie du groupe au Nigéria mais qui pratiquement ne parle plus la langue songhaï. Nous, nous avons gardé la langue et nous pratiquons ce que j'appelle : le culte de possession. Dans ce culte, une partie s'occupe de médecine traditionnelle et plus particulièrement de psychiatrie.

Dans ce groupe ethnique, on considère que la problématique de la maladie se situe au niveau des 3 dimensions qui composent chaque être humain : le **gaham**, le **bia** et le **dia**.

Le **gaham** est le corps, le **dia** on peut l'appeler l'esprit et le **bia** équivaut approximativement à ce que l'on nomme en français l'âme.

Lorsque survient une perturbation entre ces trois éléments, la maladie arrive; alors le guérisseur traditionnel, c'est-à-dire le psychiatre traditionnel intervient parce qu'on dit que ce n'est pas la médecine des blancs, c'est la médecine des noirs.

Je vais vous parler de la mise en couvade qui consiste à faire en sorte que le malade atteint d'une maladie mentale soit entouré, materné...

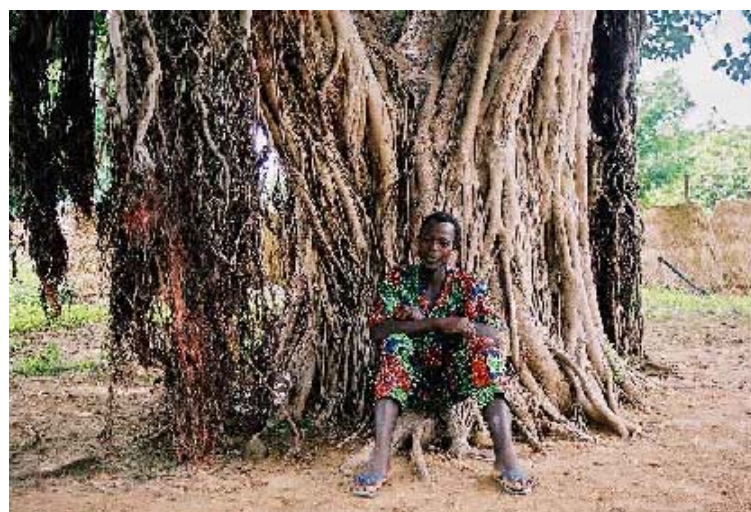
Ici, c'est un baobab qui a à peu près 450 à 500 ans, sous lequel le rituel peut se passer mais pas pour tout le monde, tous les malades ne passent pas par là.

Le travail consiste à faire d'abord une certaine réunion avec les malades et leurs parents. Le malade décide, c'est à lui de choisir son thérapeute en concertation avec la famille. A partir du moment où le malade et sa famille acceptent les conditions du thérapeute on mobilise l'ensemble de l'équipe qui doit préparer le lieu sacré.



Il s'agit là de l'arrivée des malades et de leur accompagnant, je ne dis pas accompagnateur car son rôle n'est pas celui d'un simple accompagnement, il participe également à la thérapie, il est dedans. Pour cela, je préfère le terme d'accompagnant à celui d'accompagnateur.

Pour la suite de la thérapie, il faut ensuite préparer les lieux au pied de l'arbre sacré.



Ensuite un guérisseur, le *zima*, pratique ce que l'on appelle de l'ouverture du cercle. Le *zima* est à la fois maître de cérémonie et psychiatre (il n'est pas un médecin traditionnel en termes de traitements par les plantes. Il peut utiliser des plantes mais on ne l'appelle pas un phytothérapeute, il s'occupe de toutes les maladies mentales).

Il fait l'ouverture : c'est comme une purification des lieux.

Vous voyez les griots et les deuxalebasses renversées. Deux griots tapent sur lesalebasses et de l'autre côté il y a un violoniste qui doit avoir préparé l'annonce initiale, il peut invoquer les esprits du panthéon dont il connaît toute la généalogie et c'est à partir de ce moment-là

que le *zima* en tant que prêtre va se retrouver dans le cercle pour la grâce des entités du monde invisible.



Ensuite, tous les thérapeutes, hommes et femmes se retrouvent sous l'arbre sacré.



Là hommes et femmes se retrouvent autour de laalebasse, ce serait très long de vous définir le symbolisme qui tourne autour de laalebasse, avec les baguettes que vous voyez dans les mains du batteur. Ici c'est pour la bénédiction, pour demander la grâce des esprits titulaires des lieux.



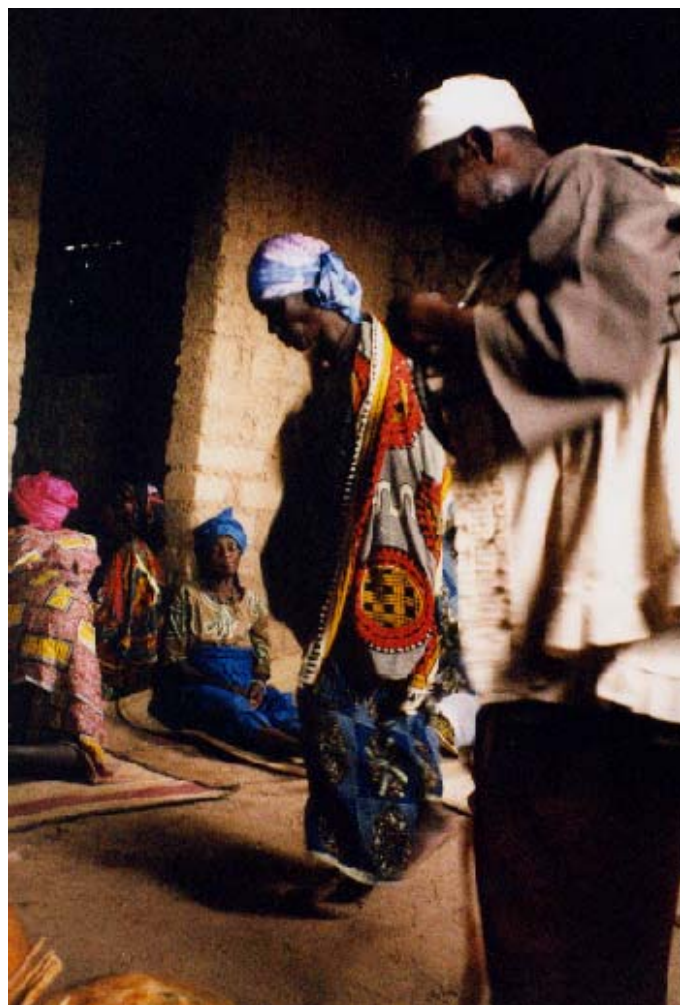
C'est le début de la cérémonie qui commence. Vous avez vu tout à l'heure un guérisseur, un *zima*, qui était en noir. Celui-là est en blanc. Tout tourne autour des concepts de création et de non-crédation. La non-crédation c'est le noir, la création c'est le blanc. C'est le visible et l'invisible. Le noir, c'est l'invisible, le blanc c'est le visible.



On introduit les malades dans le cercle. Les deux premières femmes qui sont de face au premier plan, sont les patientes qui doivent être mises en couvade. C'est le début de la thérapie.

Puis vient l'étape du diagnostic, l'une des femmes que vous avez vues au premier plan tout à l'heure, tombe en transe. Puisqu'elle est tombée en transe le maître de cérémonie qui est là, qui surveille, identifie l'esprit qui perturbe le corps de cette femme. Quel est l'esprit qui perturbe le *dia*, le *bia* et le *gaham* ?

Par contre, la confirmation du diagnostic on ne peut pas vous la montrer : c'est la partie la plus secrète et qui angoisse les thérapeutes. Cela consiste à amener les patients sur la fourmilière sacrée et là le maître et ses assistants doivent effectuer des rituels secrets. C'est la partie la plus angoissante pour tout thérapeute. Cette étape reste secrète, le système le veut comme ça et je suis dans l'obligation de la garder telle. Celui qui veut savoir n'a qu'à venir au lieu-dit.



Une fois que le diagnostic est fait, et qu'il est confirmé, on amène les patients à l'intérieur de la case, c'est comme une entrée dans l'utérus maternel dont ils ne sortiront pas tout de suite.

A l'intérieur de la case on pratique la mise en couvade. Selon le diagnostic le (ou la patiente) est couvert d'un pagne noir ou d'un pagne blanc et on procède à la préparation du placenta.

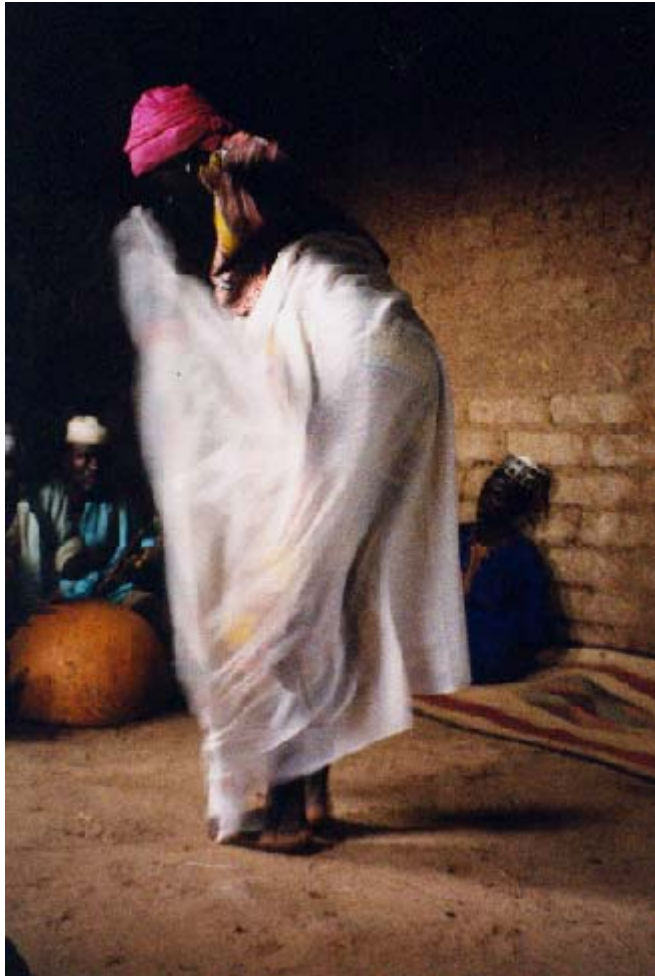


Là ce sont les décoctions, vous voyez les différentes racines, avec des feuilles que l'on prépare. Cette décoction va servir symboliquement comme le placenta.



Pendant la mise en couvade, on prépare des objets qui sont censés avoir des pouvoirs pour protéger les patients pendant leur mise en couvade il y a des cauris, on fait des tresses rudimentaires et on met des cauris selon le diagnostic posé et confirmé. Les cauris peuvent être au nombre de 7, 9, 14, 21 ou 3 ou 4.

On prépare les objets de protection, au niveau des pieds pour protéger le patient ou la patiente du mauvais sort, ou de ceux qui sont capables de venir l'attaquer lorsqu'il va sortir de la case pour des besoins naturels.



Chaque patient doit apprendre la technique de danse qui symbolise sa pathologie. Sa pathologie, c'est l'esprit, c'est la force négative qui le perturbe et pour laquelle on le soigne. Cette force négative, on va l'anoblir après, pour qu'elle devienne une force divine, une force sacrée.

Vous voyez que selon le diagnostic, des patients sont couverts de noir, d'autres de blanc.





Arrive la première sortie. C'est comme si le patient n'était pas encore né. C'est pour cela qu'il sort à reculons. Le cordon tenu par derrière par deux thérapeutes, représente le cordon ombilical. Mais à cette étape, il n'est pas encore né.



Le maître de cérémonie va procéder à la bénédiction des patients, puis ceux-ci vont rentrer à nouveau à l'intérieur de la case, lorsque la séance de danse sera terminée.

Les patients possédés, car c'est une forme de possession, doivent apprendre à danser, c'est-à-dire

connaître les caractéristiques de la note musicale de l'esprit qui les perturbe. En effet, chaque esprit a sa propre note de musique. Il faut donc que le patient arrive à danser selon les notes de musique de l'esprit qui le possède.



L'apprentissage qui continue. Celle qui est au premier plan est la **Coumba**. Dans la hiérarchie de la formation, c'est la plus grande initiée, la plus ancienne. C'est elle qui accompagne les femmes devant l'ensemble du groupe thérapeutique.



Tout ce monde qui est autour participe effectivement au travail thérapeutique des malades.



Là vous voyez la possession, par un esprit du « dedans »;
l'autre est possédée par un esprit dit du « dehors ». ...L'esprit de la foudre...



Ici, un thérapeute se met en transe. Pendant qu'il est en transe, ce n'est plus lui maintenant puisqu'il est en transe, c'est son esprit qui vient contenir la perturbation de l'autre patiente qui est tombée en transe, parce que il faut la protéger. Cela se passe sous l'arbre sacrée ... Le cordon ombilical est toujours là, elle n'est pas encore née, c'est comme un bébé il faut qu'il soit là pour contenir le mauvais œil.



Ce que vous voyez là, c'est le placenta. Le rond est parfait donc on pense que cette personne est née puisque son placenta est propre. C'est du mil, c'est aussi une partie qu'on ne voulait pas montrer, mais on vous l'a montrée quand même...

Les décoctions que vous avez vues, les préparations dans la calebasse, on met du mil là-dedans et on ferme, et au bout d'une semaine le mil doit pousser dans une parfaite harmonie.



Dans ce cas-là on dit que ça a réussi. Vous voyez au bout là-bas c'est une autre personne et là ça n'a pas poussé, donc il faut recommencer.

Une fois qu'on a vu que le mil a poussé et que les cérémonies se sont terminées au bout de 7 jours en général. Bien que la durée puisse varier: certaines couvades durent 3 jours, d'autres 4 ou 7 ou 14 jours... On fait sortir le malade, c'est comme si il était né une deuxième fois, il va sortir pour aller dans les différents lieux sacrés, et demander la grâce des esprits tutélaires des lieux. Là le maître de cérémonie est obligé de passer... les patients portent des sandalettes pour aller se promener dans les lieux et demander la grâce des esprits tutélaires

Avez-vous remarqué que jusque-là les patients étaient pieds nus ? Mais là ils sont obligés de porter des sandalettes et le maître de cérémonie va faire le souffle, vous voyez qu'il est en train de souffler sur les chaussures, c'est pour introduire la note protectrice à l'intérieur de ces sandalettes pour que, quand la personne passe d'un lieu à un autre, on ne lui porte pas malheur...



Certains se posent des questions parce qu'ils ont le sentiment qu'en Afrique, on s'occupe beaucoup plus des objets que de la parole dans les thérapies; mais la parole s'en va alors que les objets sont censés garder le pouvoir pendant un certain temps...

On accompagne les patients qui sont maintenant nés. Normalement ils sont guéris. Ils vont aller d'un lieu à un autre pour demander la grâce des esprits de ces lieux.



Voilà le travail qui se termine, une fois que les lieux sacrés ont été visités. La boîte que vous voyez ici ce n'est pas la vraie boîte, on n'a pas voulu montrer la vraie qui a au moins deux siècles ...on ne peut pas la faire sortir comme ça devant la caméra, on est obligé de montrer une autre boîte.

Chaque malade né, guéri, doit venir ici en transe, et, tous les esprits qui sont venus le perturber au début et pendant la mise en couvade doivent venir l'un après l'autre et ils vont crier dans cette boîte. A partir de ce moment-là, les esprits doivent rester à l'intérieur du corps des malades pour servir d'ange gardien. Donc ils ne vont plus perturber le corps, tant que ce n'est pas dans le cadre pour lequel on les a préparés. Le patient ne va pas se mettre en colère et se mettre en transe, ce que vous appelez, une crise d'hystérie, devant son directeur parce qu'il a été contrarié, non, là jamais l'esprit ne va pas se manifester tant que ce n'est pas un cadre bien préparé.

Ou alors si l'esprit doit se manifester c'est pour apporter soit une bonne nouvelle ou une mauvaise nouvelle à la famille, au groupe, aux autres.

Donc on va faire en sorte qu'à partir de cette boîte-là, un pacte sera passé avec les esprits qui resteront à l'intérieur du corps des patients qui vont vivre avec ces différentes forces à l'intérieur: c'est l'endorcisme.



On va tresser les femmes, et raser les hommes avant de les raccompagner chez eux. Chaque personne est accompagnée chez elle par le groupe de thérapeutes, par l'équipe qui a travaillé même s'ils ne sont pas thérapeutes. Tout le monde accompagne le malade chez lui: il est guéri, il est né une deuxième fois.

Je vous laisse à ce niveau, s'il y a des questions je suis prêt à vous répondre. Merci.

Débat suivant les deux exposés

Pr Bouchaud : Je voudrais demander à Moussa, après ce que nous a dit Eric de Rosny sur le principe des *ngangas* qui est de remettre de l'ordre dans une famille, dans un groupe à travers un patient, si votre façon de travailler à vous est un peu la même chose, c'est-à-dire que c'est le patient qui est le véhicule du soin pour le groupe qui est malade et dans lequel il y a un désordre ?

Dr Maman : Dans mon ethnie, si un membre du groupe est malade c'est que tout le monde est malade. Si dans une famille quelqu'un tombe malade c'est l'ensemble de la famille qui tombe malade. Le groupe c'est comme une chaîne, dès qu'un maillon de la chaîne est défaillant alors l'ensemble du groupe est défaillant. Soigner le maillon c'est soigner aussi le groupe. On ne peut pas soigner un membre de famille sans la participation de tous, sinon cela n'a pas de sens. C'est pourquoi dans les hôpitaux en Afrique on a du mal à contenir les accompagnateurs, qui d'ailleurs ne sont pas des accompagnateurs mais des accompagnants. Ils s'occupent de leur malade, le lavent, lui donnent à manger, c'est eux qui font tout. Dès que le patient n'a personne autour, alors son état s'aggrave parce que son entourage n'est pas là. C'est la même situation que nous avons ici auprès de certaines femmes africaines qui vont accoucher qui ont cette habitude d'être entourées et, pour elles, c'est difficilement acceptable d'être seules dans un hôpital surtout quand on donne la vie.

Pr Bouchaud : Je crois que c'était très clair et je voyais Monsieur de Rosny qui opinait du chef montrant qu'il était sur la même longueur d'onde ... Là j'ai une question de médecin, de biomédecin. Vous savez qu'on nous appelle bêtement des somaticiens, ce qui est extrêmement réducteur mais c'est souvent comme ça qu'on nous interpelle. Comme vous les d'avez d'abord vous êtes particulièrement reconnus dans les maladies mentales, est-ce que pour les maladies qu'on appelle somatiques avec un germe, avec une identification biologique très précise de la cause, vos thérapies vont marcher ? Mais probablement Monsieur de Rosny va me dire que les maladies purement somatiques n'existent pas !

E. de Rosny : On m'a dit que les maladies dites psychosomatiques à l'hôpital sont des maladies très typées qui représentent un certain chapitre de l'ensemble de la médecine. Etant donné qu'aucun de nous ne pourra parler de l'Afrique toute entière parce que c'est vraiment de plus en plus ridicule de parler de l'ensemble de l'Afrique.... Au Cameroun on se fait une autre idée de ce qu'est le composé humain, de ce que c'est le corps : on ne sort pas du corps qu'il soit visible ou invisible, et toute maladie peut être interprétée comme psychosomatique. Je vais illustrer mon propos par une citation d'un professeur de philosophie qui s'appelle Labarrière et qui enseigne ici à Paris. C'est un hégélien chevronné très connu, je lui avais donné mes notes qui avaient pour sujet : « Qu'est-ce que la représentation culturelle ? » Il m'a dit ceci : « *Agir sur la représentation, c'est-à-dire la vision qu'a le malade - et sa famille - de son mal, agir sur la représentation peut avoir une efficacité biologique aussi* » et il a ajouté : « *j'imagine d'ailleurs fort bien le cas où une « remise en route » de la « machine » sur le plan de sa représentation soit parfois suffisante pour que le corps-objet dont traite la médecine se remette en route de lui-même. Ce qui ne jetterait pas de discrédit sur la médecine et sur ses techniques mais marquerait sa dépendance à l'égard de la psychologie profonde du corps-sujet.* » Là il utilise un vocabulaire que nous tenons de Paul Ricoeur qui malheureusement vient de mourir qui a écrit un livre chez Odile Jacob où il distingue le corps-objet et le corps-sujet : « Au corps-objet s'oppose sémantiquement le corps vécu, le corps propre, mon corps.

Soigner la maladie-objet, c'est agir sur le corps par un acte technique. Soigner la représentation c'est agir sur elle par un événement qui la transcende, c'est changer le vécu du mal »... Tous ces grands penseurs nous ont aidé à trouver les mots, le vocabulaire...c'est très intéressant « corps-objet », « corps-sujet »... c'est parlant. Ce qui fait que chez nous (au Cameroun), il est difficile de dire que certaines maladies sont psychosomatiques et d'autres pas ; il y a une telle porosité entre le visible et l'invisible, le corps physique et puis tout ce monde mental, psychique, celui des ancêtres, qu'on ne voit pas comment on mettrait une cloison étanche entre le somatique et le psychique.

(Applaudissements)

Pr Bouchaud : Alors puisque tout le monde a l'air d'adhérer à ce que vous dites, je vais vous pousser dans vos retranchements en étant très pragmatique... et vous me pardonnerez si je vous demande de répondre par oui ou par non. Est-ce que vous iriez jusqu'à penser que, par exemple, pour quelqu'un qui est hospitalisé pour une infection pulmonaire avec un germe identifié par exemple à pneumococque, cette personne-là, si elle fait cette infection pulmonaire à ce moment-là ce n'est pas le hasard, c'est que son groupe familial, son groupe social est en désordre et l'a « élu » pour assouvir ce désordre ?

Eric de Rosny : Tout d'abord je vous signale que je n'ai pas voté parce que j'étais absent de Yaoundé, donc ni oui, ni non...mais en ce qui concerne votre question, oui, c'est oui. Alors comme vous dites, c'est oui-mais, comme disent les politiciens. Votre question est très occidentale, parce qu'elle suppose une entente, une convention culturelle selon laquelle il y a d'une part des maladies vraiment somatiques, comme celle je crois que vous avez citée, et qu'il y a d'autre part dans l'homme une partie de lui-même qui serait totalement indépendante. Ce que je n'ai pas vu chez mes amis. Evidemment, j'ai une approche très pragmatique. J'ai vécu 5 ans parmi les *ngangas* et j'ai appris d'eux beaucoup de choses. Je pars de ce que j'ai vu chez eux pour théoriser, ce n'est pas eux qui m'ont raconté tout ça. C'est moi, réfléchissant sur ce que j'ai vu. Alors là nous entrons dans un domaine qui mériterait d'être débattu : est-ce que ce que j'ai vu chez les *ngangas* est une médecine ? J'ai dit au passage tout à l'heure que je répugnais à appeler médecine toutes ces pratiques médicinales pour ne pas mettre la confusion. Le *nganga*, ou ses héritiers ne sont pas seulement, si l'on cherche une équivalence dans le monde moderne, l'héritier du médecin, mais aussi l'héritier du prêtre. Car ce sont des approches médicinales de type religieux où les ancêtres et les esprits ont une grande part. Les *ngangas* n'aiment pas qu'on les appelle guérisseurs parce qu'ils disent « Ce n'est pas moi qui guérit, c'est mon ancêtre ». il y a donc une dimension sacrée ou religieuse. L'héritier du *nganga* est aussi l'héritier du juge. Dans le film que nous avons vu, on vous a laissé entendre et c'est pour cela qu'il y a des juristes dans notre groupe du GRS, qu'au village, on ne soigne pas les salauds. Ceux qui sèment le désordre, qui sont anti-sociaux, on ne les soignera pas ; à la différence de la médecine née d'Hippocrate qui elle, au contraire, soignera le pire des criminels. Donc le *nganga* a aussi comme fonction celle de juger. Il n'est pas le seul au village il y a aussi le chef, il y en a d'autres mais il y a quelque chose comme ça. Ce qui veut dire que trois fonctions du monde moderne étaient rassemblées en une seule personne qui était le *nganga*.

C'est pour ça qu'il est très difficile de comparer le *nganga* avec le médecin parce que la tâche qui était confié au *nganga* dans le village touchait à d'autres fonctions que la médecine, c'est pour cela que je suis un tout petit peu mal à l'aise quand je dois faire une comparaison et répondre par oui ou par non...

Pr Bouchaud : C'est pour cela que je m'étais excusé avant.. Voilà maintenant à vous de poser des questions... (Au Dr Maman) Tu veux dire un petit mot... Tu ne veux pas les laisser parler ?

Dr Maman : Oui, à la différence de ce que vient de dire Monsieur de Rosny, dans notre groupe ethnique, il y a ceux qui jugent et ceux qui soignent. Il y a le prêtre qui fait son travail religieux, je parle des prêtres traditionnels de notre système religieux de culte de possession, non de la religion musulmane ni de la religion catholique.

Ce n'est pas le prêtre qui soigne le plus souvent, il peut soigner mais on ne lui donne pas le nom de soignant, le juge ne fait que juger. S'il y a quelqu'un dans le village qui est perturbateur, qui est malade, on le soigne comme n'importe quel malade. Le *zima* comme je l'ai dit tout à l'heure soigne les maladies mentales. Les maladies psychosomatiques ont aussi d'autres thérapeutes qui soignent avec les plantes et qui font le syncrétisme entre l'invisible et le visible. C'est différent, il y a aussi les gens qui soignent avec les plantes sans rentrer dans le monde invisible. Ça dans notre groupe ethnique ça existe. Comme vous l'avez dit tout à l'heure, ce n'est pas parce qu'on est le fils d'un guérisseur qu'on devient un guérisseur. Il y a deux manières de devenir guérisseur chez nous, soit vous l'apprenez, vous allez chercher un maître qui va vous former s'il accepte et s'il juge que vous êtes capable d'être guérisseur. Soit vous êtes le fils d'un guérisseur et vous êtes censé être quelque part l'ancêtre. C'est-à-dire vous avez des traits de l'ancêtre, auquel cas le père ou le grand-père peut vous former à être guérisseur.

Pr Bouchaud : Bien...qui veut poser la 1^{ère} question.

- Je me présente : Pierre Lembeye, je suis psychiatre-psychanalyste, je réponds à la question que vous avez posée sur le mode du « oui ou non »... ce que vous ramenez à une activité séparative. Or effectivement ce qui est derrière les médecines africaines, ce qui est la tradition africaine, c'est de travailler sur un mode non-séparatif, c'est pour cela que ce qui gouverne, ce qui me paraît gouverner c'est la non-séparativité. Un exemple : une patiente africaine est hospitalisée ici à l'hôpital Tenon. Au pays sa famille a consulté pour elle le guérisseur qui demande le sacrifice de tel animal. Ainsi ce qui va être fait en son nom là-bas va l'aider ici : passage de l'humain à l'animal, passage d'un continent à l'autre,... Non-séparativité donc, par rapport à la médecine qu'on pourrait dire occidentale à début méditerranéen grec qui privilégie le mode séparatif. Cette médecine s'est développée, comme vous dites, de façon internationale. Son maître mot est différence tandis que celui des sociétés anhistoriques est identité. Les modes diagnostiques et thérapeutiques issus de l'exacerbation de la volonté séparatrice sont bons pour l'ensemble de l'espèce, quelque en soit le contexte, quelque en soit le sexe et la culture. Ces hypothèses et thèses oublient que le patient, enfant ou adulte, répond souvent aux perturbations de l'environnement.

L'international cela suppose qu'il y ait des séparations cela veut dire des nations, on fait bien la différence entre l'universel non-séparatif et l'international qui suppose un travail séparatif « oui/non ». Là où vous (Eric de Rosny) êtes, il n'y a pas de réponse possible parce que l'essentiel de ce type d'exercice, ou d'accueil du monde est un exercice non-séparatif, vous êtes dedans. Alors que vous (Pr Bouchaud), en tant que thérapeute occidental, vous êtes toujours dehors. Le problème qui se pose effectivement lorsqu'on écoute Eric de Rosny, et Moussa Maman c'est qu'on a toujours l'impression qu'on va faire du tourisme, il va falloir qu'on y aille, d'ailleurs il nous a dit qu'il faudrait qu'on se déplace. Bon, moi je connais déjà le Niger, mais j'aimerais encore y aller, etc. Cela fait très touristique comme exercice, or le problème c'est que notre activité non-séparative de thérapeute existe ici à Paris, dans les hôpitaux. Cet exercice non-séparatif est très puissant. Pour vous donner un exemple : une de

mes patientes vient me voir, elle va mal, elle a découvert à son réveil son ami mort d'une overdose. A côté de lui une boîte de tranxène vide. Elle est très angoissée et me demande de lui prescrire un traitement. Bien évidemment, je ne vais pas lui prescrire du tranxène... Je suis bien là dans un exercice non-séparatif. Évidemment les thérapeutes dits traditionnels ici, c'est-à-dire fonctionnant selon l'ordre occidental, ne voient pas, surtout pas, ils ne veulent pas voir cette activité non-séparative...

Tenter une réconciliation entre médecines traditionnelles et médecine occidentale pourrait se faire, à mon avis, en reconnaissant la valeur de l'accueil sur la manipulation qui sépare et saisit.

Pr Bouchaud : Questions ? Commentaires ?



Un autre commentaire à votre question du « oui ou non »...parce qu'en effet c'est une question très pragmatique qui soulève un problème de fond. Je suis Berthe Lolo, psychiatre, et mon collègue a parlé tout à l'heure d'activité non-séparatrice mais je pense que c'est une façon encore réduite pour dire les choses. Je pense que l'activité séparatrice existe même dans la médecine traditionnelle. Jacqueline m'a passé un article sur la couvade datant de 1954 par Monsieur Charles Pidoux sur les rites de possession en pays Zerma. Il a décrit la couvade, on voit bien que la couvade a trait aux maladies psychiatriques. Or toutes les maladies psychiatriques ne peuvent pas être prises en compte par la couvade, cela signifie donc que, même là, il y a de la séparation. À la limite la nosographie est interpellée et, au Cameroun nous avons une image que l'on rencontre chez les tradipraticiens: pour savoir si une prise en charge peut guérir une bouffée délirante, on utilise la danse ou alors l'éternuement. On prise du tabac, on fait éternuer la personne et lorsque la personne éternue on dit que le pronostic est bon, qu'on peut donc commencer la prise en charge et que cela va marcher. La deuxième chose aussi, est que lorsque les patients présentent des troubles psychiatriques, on les fait danser, on les fait écouter le tam-tam et s'ils réagissent, on va dire c'est bon ils doivent être guéris; par contre ceux qui ne réagissent pas, qui n'ont pas ce sens-là, ne guérirons pas, c'est un diagnostic simple et je pense qu'il a un intérêt sur le plan biologique.

Quant à l'éternuement, nous savons bien en médecine qu'il a trait à un certain fonctionnement physiologique, psychosomatique. On a l'impression que lorsque c'est de l'ordre d'une certaine pathologie physique, cela peut marcher. Mais dans le cas, par exemple, d'un schizophrène, parce que malheureusement, dans toutes les latitudes, pour la schizophrénie on n'a pas encore trouvé la bonne prise en charge même chez nos guérisseurs traditionnels, cela ne marche pas; le schizophrène pur-type ne va pas réagir, il ne va pas éternuer, il ne dansera pas, on a l'impression qu'il est vraiment hors de la réalité commune. Donc c'est pour dire que l'activité séparatrice qui a trait pour moi à la nosographie se pose aussi en Afrique, se pose aussi chez les médecins traditionnels et pour pousser encore plus loin cette activité séparatrice et le problème que cela pose, je veux parler de l'aigu et du chronique. Le problème c'est qu'en Europe, en Occident on a du mal à aborder ce problème: une pathologie aiguë est complètement différente d'une pathologie chronique. La maladie c'est quoi ? Vous avez interpellé quelqu'un qui disait que pour soigner il devait apprendre lui-même du corps. Si on considère que la maladie a un sens à ce moment-là, on peut dire que c'est lorsqu'on est en phase aiguë. Médecin généraliste pendant trois ans, je me suis rendu compte que certains patients ne présentent qu'une seule pathologie, d'autres une autre. Il n'y a pas de hasard, quelque chose fait qu'on est prédisposé, et ceux-là ne feront pas de maladies psychiatriques. Il y a une robustesse qui nous interpelle chez les malades psychiatriques .. Je vais m'arrêter là, c'est pour dire que l'activité séparatrice existe... On ne peut pas faire le biais et je pense qu'actuellement si on interpelle les guérisseurs en les disant charlatans, j'ai l'impression que certains grattent un peu tout et qu'à la limite ils n'arrivent plus à figurer le diagnostic...

Pr Bouchaud : Est-ce que l'un de vous deux veut renchérir sur le séparatisme?

Dr Maman : Moi je ne veux pas réagir sur le séparatisme mais plutôt répondre à Berthe Lolo, chez nous chez les Djerma-Songhaï, le schizophrène on le soigne...Je vais vous dire pourquoi. On pense, qu'il vit avec les esprits, donc qu'il n'a pas besoin de rentrer dans notre société : il vit avec les esprits, laissez-le vivre avec les esprits. On dit que c'est l'enfant de l'esprit, laissez-le tranquille. D'un psychotique errant, on dit qu'il se balade avec les esprits, c'est l'accompagnateur des esprits, il est entre le monde visible et l'invisible, et parfois même, ce qui est paradoxal, la population investit le psychotique errant du pouvoir de soigner. Ça vous paraît bizarre mais c'est vrai. Comme il est en contact direct avec le monde invisible, s'il désigne cette plante-là c'est qu'elle doit soigner, on prend la plante on l'utilise. S'il dit qu'il faut aller bouillir et boire, les gens vont l'utiliser. On lui donne un rôle social on l'investit d'un certain pouvoir qui lui donne sa place, donc il n'est pas fou, il est entre les humains et les esprits, voilà ...donc il est guéri.

Dr Kniper : J'avais une question à poser à Monsieur de Rosny et Monsieur Moussa Maman : Quelle est la part du passé dans votre prise en charge des patients ? Parce que finalement dans toutes ces discussions il y a toujours une opposition entre médecine traditionnelle et médecine moderne... Et finalement, moi, plus je vais en Afrique, plus je suis confronté à ces pratiques traditionnelles, plus j'ai l'impression qu'on a les mêmes choses en France. On dit que les tradipraticiens parfois sont des charlatans et c'est bien, je fais un peu l'avocat du diable, mais je trouve que c'est bien parce que nous aussi on a beaucoup de charlatans dans notre biomédecine et qu'on a toujours tendance à opposer la tradipratique et la biomédecine, alors que finalement plus je pars, plus je trouve que c'est la même chose. Les médecins sont les mêmes, on a nos mêmes gris-gris ici qui chantent, on a nos mêmes sorciers, on a nos mêmes tradipraticiens qui ont des blouses blanches, on a les mêmes pratiques, les mêmes actes de gri-gri. Tout ce qui est employé pour la tradipratique j'ai l'impression qu'on a vraiment la même médecine et finalement pour m'opposer au médecin-psychanalyste, permettez-moi d'être un

peu nomade, j'ai l'impression que plus on part là-bas, mieux on comprend ce qui se passe ici. En tant que chirurgien qui n'a pas du tout votre capacité d'analyse du spirituel, plus je vais là-bas, mieux je traite les patients ici. Et la vraie question que je voulais vous poser est: quel est le rôle du passé du patient? J'ai souvent l'impression quand je suis là-bas et que je fais des actes modestes de chirurgie, que par la compréhension du passé et du vécu du patient, on arrive à mieux traiter. Je voulais savoir quel est dans votre art thérapeutique le rôle de ce passé des patients.

E. de Rosny : Oui...Votre question me désarçonne un peu. C'est l'intérêt justement de voyager un peu, de venir ici : On a des questions auxquelles on ne s'attendait pas... Le rôle du passé... Moi, j'ai quand même le sentiment, à partir des expériences que j'ai faites dans ce monde, qu'on est dans le présent et qu'on reste dans le présent. La dimension passée comme la dimension à venir, existent bien sûr mais à un très second plan. Il s'agit du présent de la personne ... Vous me préciserez votre question tout à l'heure si vous n'êtes pas satisfait par ma réponse. Je vois la façon dont s'y prennent les devins, la divination dans certaines régions est distincte du travail du *nganga*. Le *nganga* soigne, le devin fait le diagnostic, c'est-à-dire devine ce qui ne va pas dans la famille...Aujourd'hui de plus en plus, ces deux fonctions sont assurées par une même personne, le *nganga*,...c'est variable...Le devin n'est pas un prophète, j'ai eu en temps que prêtre à m'intéresser à cela. Le prophétisme de la bible ressemble-t-il à la divination ? Je ne pense pas. D'abord la bible est très sévère sur les devins. Le prophète c'est celui qui parle de l'avenir, les devins vous disent « aujourd'hui, près de ta maison il y a un manguier, il y a un seul manguier ». La personne dit « c'est vrai, il y a un seul manguier » ... » « et cette année, ce manguier n'a pas donné de mangue... ».... « oui, c'est vrai, il n'a pas donné de mangue ». La personne habite à 900 kilomètres de là. Les devins ont une capacité d'affirmation très surprenante « mais oui c'est ça... », « ce seul manguier qui est à côté de chez toi, c'est quelqu'un qui est la cause de ta maladie »...Tout ça est un message codé. Je veux dire par là, pour répondre à votre question, qu'on s'attendrait à ce que les devins parlent, qu'ils devinent dans l'avenir. Or ils devinent pour le présent, pour la santé de la personne dans l'immédiat, pour ramener l'ordre tout de suite. Cependant le passé n'est quand même pas étranger, je vous donne un autre exemple : combien de fois ai-je vu la nourrice qui a élevé une jeune femme qui n'a pas d'enfant, qui est stérile, lui dire « c'est parce qu'on n'a pas payé la dot de ton arrière-grand-mère maternelle »..donc le présent dépend du passé bien sûr. Et lorsqu'on explore la vie des gens qui viennent me trouver pour essayer de calmer leur angoisse on voit très bien que la dimension du passé n'est pas absente. Mais quand même c'est le présent qui l'emporte, c'est ce qui se passe aujourd'hui qui l'emporte...Je ne sais pas si je réponds à votre question, je n'en suis pas sûr...Peut-être que Monsieur Maman va mieux nous répondre

Dr Maman : Tu veux parler du passé, le passé du malade, c'est ça ? Chez les guérisseurs, les *zimas* que je connais, la prise en charge ne peut pas se faire sans entrer dans l'histoire du malade. Très souvent, les gens ne posent pas ce genre de questions parce que tout le monde se connaît. Dans un même village, tout le monde sait qui est qui, alors le thérapeute dit souvent: « Ecoute, dans ton histoire, dans le passé, pour l'esprit du cercle de la famille qu'on appelle *foukali* vous devez faire telle chose comme l'a dit Monsieur de Rosny. Vous devez faire telle chose, ton père, ton grand-père, ton arrière-grand-père n'a pas pu faire ça et c'est en retour que ce problème se pose. Cette question, c'est souvent dans les maladies psychosomatiques, que le diagnostic est posé comme ça, mais si c'est une maladie mentale, purement mentale, la question ne se pose plus, on sait que c'est les esprits de la famille ou de l'ensemble du groupe qui sont en train de perturber la personne et dans ce cas-là l'histoire du passé ne se pose plus, on ne parlera que du présent.

Je suis un admirateur d'Eric de Rosny mais je voudrais lui faire deux petits reproches. Le premier reproche, c'est que je crois qu'il a mal répondu au Pr Bouchaud. Je suis sûr que, dans un cas tel qu'il vous l'a décrit, à Douala vous l'envoyez à l'hôpital.... Je suis chirurgien aussi, en Afrique on est gêné parce que certains malades arrivent trop tard parce qu'un certain nombre de médecins traditionnels ou de *ngangas* ne les ont pas tout de suite orientés. Et on meurt d'une pathologie curable. Je crois qu'il y a quand même des cas qui sont réservés à la médecine, la biomédecine, ceci de plus en plus en Afrique... Et le deuxième reproche que je voudrais faire c'est que je trouve que vous mélangez la santé par les plantes qui est à la base de toute la pharmacopée occidentale moderne même si elles sont un tout petit peu moins bien dosées en Afrique, avec ces thérapeutiques très intéressantes, type *mikambia*, type couvade. Pourquoi laisser entendre que c'est un peu la même chose ? Je crois que ce sont quand même deux choses tout à fait différentes. L'une est très surprenante pour l'occidental, et l'autre est à la base de toute notre médecine.

Eric de Rosny : Merci d'avoir lu mes travaux, et pour vos remarques intéressantes. Vous savez, je suis toujours embarrassé de parler de mes amis les *ngangas*, parce que je crains que l'on pense que je condamne la médecine des hôpitaux. Ce que je voudrais arriver à faire, c'est montrer qu'il y a une complémentarité entre les deux. Il y a, c'est évident, des capacités pour soigner dans les hôpitaux, en chirurgie en particulier, que ne peuvent pas aborder les *ngangas*. Mais d'autre part, je maintiens qu'il faut laisser aux patients le soin de choisir entre plusieurs médecines ou de passer de l'une à l'autre. A ce propos une petite anecdote : à un moment j'avais très envie de connaître des *ngangas* pygmées, parce que les pygmées au Cameroun sont considérés comme les maîtres, en particulier en pharmacopée. C'était avant l'arrivée des Bantous dans la forêt. C'est la seule civilisation qui a pu vivre dans la forêt, toutes les autres civilisations ont coupé les arbres pour pouvoir construire leur maison, pas les Pygmées. Ils ont une sorte de cohabitation avec la forêt. Alors, j'étais allé avec le curé de la région chez un grand *nganga* pygmée et, quand il a su que je venais, que je m'intéressais à sa thérapie, il ne comprenait pas pourquoi. C'est quelqu'un qui voyait défiler chez lui en Mercedes tous les gens du gouvernement qui avaient un problème de politique. Les gens venaient chez lui et comme il était célèbre, un grand Monsieur l'avait emmené à Yaoundé pour visiter les hôpitaux. Il avait vu les salles d'opération il était revenu absolument fasciné. Il disait : « mais pourquoi est-ce que vous étudiez nos malheureuses petites médecines alors que j'ai vu ce que vous les Blancs vous êtes capables de faire ! »

Et moi je lui disais « pourquoi vous intéressez-vous à ce qui se passe dans les hôpitaux alors que vous avez là, sous la main une pharmacopée assez exceptionnelle ! ». Alors nous défendions chacun la position opposée, c'était très drôle, finalement nous n'avons pas pu aller plus loin, parce qu'il ne comprenait pas pourquoi je m'intéressais à sa médecine... Voilà, c'est un peu pour illustrer votre première remarque. Moi, je vais à l'hôpital pour me faire soigner, mais il m'arrive quand même d'avoir besoin de ces traitements. Vous n'avez pas pu voir grand chose, mais quand même chez Monsieur Maman, dans les traitements, il y a une telle solidarité pendant le rituel que même si vous-même êtes d'ailleurs et que vous ne vous sentez pas du tout malade, vous sortez de là le matin sans avoir fermé l'œil, tout ragaillard, donc il y a quelque chose aussi qui passe. Le deuxième point c'est le mélange, les plantes : le dernier arbre que je montre dans le film est un arbrisseau qui s'appelle l'*ékong*. Je vais vous en dire un mot pour vous montrer que la pharmacopée est une approche différente des médicaments de la pharmacie. Nous avons remarqué avec Berthe, que cet arbrisseau, l'*ékong*, on le retrouvait dans tous les médicaments, au point que dans nos cahiers, nous avons renoncé à le mettre parce qu'il fallait le mettre à toutes les pages et à tous les médicaments. On s'est dit que c'était extraordinaire cette plante qui revenait partout pour

soigner n'importe quoi. Alors on a envoyé ça à nos amis pharmaciens retraités de Paris qui étaient heureux de travailler pour nous. Ils nous ont dit « mais vous savez cet **ékong**-là, on l'a analysé, c'est fortement toxique ». Bon, vous savez tous qu'on peut prendre des plantes toxiques et en faire des médicaments, mais à l'état brut, naturel comme ça c'est quand même un peu dangereux sans être travaillé ! C'est alors que Bernard N'Kongo a dit « mais je sais ! » et il s'est rappelé que son maître lui disait : « c'est qu'on doit mettre une pincée de la poudre de cette écorce dans toutes les recettes des médicaments. Si la personne qui mange ça vomit, on va accepter de continuer à la soigner, si elle l'absorbe sans vomir, on ne va pas la soigner. C'était encore un diagnostic d'autrefois. Je ne sais pas si cela se fait encore maintenant. C'était le phénomène de l'ordalie, c'est-à-dire que le **nganga** qui justement est à l'écoute du village sait très bien qui est nuisible au village et qui ne l'est pas puisqu'il vit avec les gens. Donc il saura mettre la dose qu'il faut pour ne pas soigner ce personnage qui nuit aux gens et, de cette façon et c'est là que c'est assez fin, on dira ce n'est pas la faute du **nganga** si on a refusé de le soigner, c'est la plante qui a parlé. Parce que ce serait très difficile pour un **nganga** d'exercer cette forme de justice, il ne prend rien en charge : simplement la personne a vomi ou n'a pas vomi. C'est pour dire que l'**ékong** est une plante qui n'est pas médicamenteuse, encore qu'elle peut être utilisée pour certains problèmes, mais ce n'est pas une plante qui aurait le rôle qu'on attend d'une plante médicinale. Je termine en disant qu'il y a six ou sept plantes pour soigner un symptôme, on ne soigne pas des maladies mais des symptômes. Le nom des maladies n'est pas prononcé par les **ngangas**, ils ne diront pas « vous avez mal au foie ou au ventre », ils jugent la personne par ses symptômes : si vous avez l'œil jaune il saura vous soigner de fait pour une hépatite, mais il ne dira pas le mot « hépatite », ça c'est une modernisation de leur rôle : ils soignent le symptôme. Quand ils parlent, c'est pour parler de la cause : ce sont les esprits, ou c'est un problème de famille. Ils soignent le symptôme et ils sont tout à fait capables de savoir quelle plante utiliser. Parfois ils ajoutent des plantes qui n'ont probablement aucune valeur médicale pour plusieurs raisons : premièrement pour pouvoir garder le secret et qu'on n'aille pas trop vite leur faucher leurs secrets, il faut donc mélanger les vraies plantes qui soignent avec des plantes « bidons » ou hautement symboliques comme l'écorce d'un arbre qui est reconnu dans le village comme étant l'arbre des ancêtres. Donc on est dans une perspective qui n'est plus tout à fait pharmaceutique.

Comment soigner les patients africains en France ?

Table ronde

avec le Dr Moussa Maman, Eric de Rosny, le Dr Pierre Lembeye, psychiatre et psychanalyste, le Dr Berthe Lolo, psychiatre originaire du Cameroun, le Dr Caroline Lascoux, spécialiste de l'infection par le vih, le Pr Girot, spécialiste de la drépanocytose, maladie génétique du sang, particulièrement fréquente en Afrique, le Pr Bouchaud, responsable d'un service de maladies infectieuses et tropicales.



Modérateur : Pr. Bouchaud

Pr Bouchaud : Je travaille à l'hôpital Avicenne à Bobigny, dans un département où il y a beaucoup de migrants, puisque c'est le département métropolitain où il y a le plus de résidents d'origine étrangère. Pour vous donner une idée, dans le service, on a 8 % de nos patients qui sont des migrants, pas uniquement des Africains, mais ils sont nombreux.

J'ai été initié au tout début par Monsieur de Rosny, uniquement en lisant son livre - je n'avais aucun contact avec lui avant -, et ensuite formé par Maman Moussa qui m'a quasiment tout appris ... sur ... la vie (rires)... Bien, ... donc cette problématique qui se pose à nous tous, qui est très prééminente à l'hôpital, représente un gros problème, - non, c'est plutôt une particularité - avec beaucoup de choses qui touchent à l'observance des migrants par rapport aux maladies chroniques, et qui sont particulièrement fausses. Il y a beaucoup de choses à dire sur le sujet et on ne fera qu'en effleurer un certain nombre. J'espère qu'en sortant de cette table ronde vous aurez un petit peu progressé avec nous et qu'un certain nombre de mythes seront tombés, car c'est exaspérant de les voir colporter indéfiniment.

Peut-être va-t-on commencer par Monsieur Girot qui tout à l'heure me disait qu'il avait une question à poser à Monsieur de Rosny et qui me paraît particulièrement intéressante parce qu'elle est justement aux confins de la médecine ultramoderne et de l'anthropologie de la maladie, donc du vécu profond des gens.

Pr Girot : Merci... Je dirai un mot très court sur la maladie dont je m'occupe, la fameuse drépanocytose qui est une maladie qui atteint volontiers les Africains mais pas exclusivement ; cette maladie est étendue dans le bassin méditerranéen, le Moyen-Orient et les Indes. Beaucoup de patients drépanocytaires que nous sommes amenés à prendre en charge dans cet hôpital - il doit y en avoir 400 ou 500 - sont pour la moitié d'origine africaine et pour l'autre moitié d'origine antillaise et méditerranéenne. Alors à propos des patients africains, je fais part de deux questions que je me pose très souvent en discutant avec les patients et leur famille : la drépanocytose est une maladie douloureuse, et si on me demandait de résumer l'ensemble des signes de cette maladie d'un mot, je dirais c'est une maladie douloureuse : en ce moment, dans cet hôpital, il y a 7 ou 8 malades sous morphine en raison de

l'intensité de la douleur. Quelle peut être la signification de la douleur, ce symptôme si violent, si important, et qui va rythmer la vie, parfois gâcher voire abîmer la vie de ces malades.

La deuxième question est la suivante, cela n'a pas été abordé: c'est la transmission génétique de cette maladie. Nous avons à faire à une maladie génétique: des parents bien portants sont susceptibles de donner naissance à un enfant malade, et un patient malade est susceptible de transmettre la maladie à ses enfants. Or la conception que l'on a, l'idée qu'on se fait selon les cultures, les coutumes, de la naissance d'un enfant, d'où vient l'enfant, comment il est constitué est certainement très différente. Je me suis souvent demandé si le langage que j'employais en disant « vous savez, l'hémoglobine, la moitié vient du père, l'autre moitié vient de la mère et elle est transmise à l'enfant », était bien reçu et compris.

Voilà, deux questions simples: la douleur et la transmission génétique d'une maladie.

Pr Bouchaud : la question s'adresse d'abord à Eric de Rosny et ensuite à Monsieur Lembeye pour qu'il nous donne la vision psychanalytique de cette distorsion apparente qu'il peut y avoir entre ces deux aspects.

Eric de Rosny : La deuxième question traite de la cause de la maladie. Les personnes que je connais acceptent-elles que la maladie ait une cause génétique ? Que la maladie soit liée à la naissance ? D'autant plus que « la maladie des maladies », c'est-à-dire la sorcellerie est transmise par la mère, mais là, c'est un autre contexte que nous abordons.

Cela me permet de dire ceci : les causes des maladies telles qu'elles sont données par l'hôpital ne sont pas remises en question par les gens. Lorsqu'ils disent que quelqu'un est mort mystiquement, cela signifie qu'ils pensent que sa maladie a été causée de façon invisible par quelqu'un. Dans le cas d'une mort par sorcellerie, cela ne veut pas dire que l'on n'adopte pas les causes que l'hôpital donne. C'est un autre registre, c'est à l'intérieur d'une autre vision que celle de l'hôpital que l'on va dire que quelqu'un est mort par sorcellerie, même si à l'hôpital on dit que c'est parce qu'elle est comme ça de naissance, que la famille est génétiquement atteinte. Ce n'est pas contradictoire, ce sont deux registres différents. Le problème c'est que lorsque les gens parlent en français, ils emploient un même langage et cette distinction des deux registres n'apparaît plus dans les mots. Par conséquent, on tombe dans un travers très grave : les gens disent : « puisque c'est la sorcellerie qui est responsable, je n'ai pas besoin d'aller à l'hôpital car ils ne peuvent pas soigner la sorcellerie ». C'est un discours qui vient de la langue française, c'est-à-dire d'une langue qui n'est pas tellement apte à parler des causes ; en langue locale, par exemple le douala, on dira cela moins facilement. Parce qu'en réalité, quand on dit à quelqu'un « mais non, c'est la drépanocytose », on voit bien que la personne est malade parce que, comme le docteur le dit, c'est une maladie que l'on a dès sa naissance. Si on dit cela à la personne, normalement elle va l'accepter mais elle va dire « ce n'est pas le fond des choses ». Le fond des choses, c'est que ça a été causé par quelqu'un et quelque fois plusieurs générations auparavant. Ce qui montre que ce n'est pas compris de façon opposée, ce n'est pas l'un ou l'autre, c'est les deux de façon concomitante. Mais encore une fois, avec la langue française et puis la modernisation, il arrive que les gens disent « si cela vient de la sorcellerie, cela ne peut pas être une affaire de l'hôpital et si c'est une affaire de l'hôpital ce n'est pas de la sorcellerie. » Mais ça c'est une version moderne de la conception de la maladie.

Pr Bouchaud : Pierre Lembeye, sur le versant psychanalytique, comment faire le pont entre ces deux aspects?

P. Lembeye : Je voulais revenir sur ce qui était dit au début à propos de la malchance que l'on soigne en Afrique et que l'on ne soignerait pas en Occident. Si par exemple on écoute, ce

serait déjà un argument philosophique ou plutôt philologique, si on écoute la langue que l'on n'entend plus, on entendrait par malchance quelque chose du côté de la chute, c'est le sort, y compris le mauvais sort, c'est-à-dire la fortune au sens de la misfortune ou fortune de mer, la catastrophe c'est-à-dire le naufrage. La chance, on a oublié que c'était « Bonne chance ». La malchance a donné méchance, méchanceté, ça tombe mal pour les méchants qu'on ne veut pas soigner parfois. Tout cela vient du latin cadere qui a donné chute et cas. Un cas, c'est une chute qui est advenue. Dans thérapeute, il y a théos... On l'a oublié depuis longtemps qu'il y a des dieux là-dedans depuis Asclépios, il y a la grande division s'est faite entre d'un côté les dieux et puis de l'autre des philosophes qui ne veulent plus du tout des dieux. L'Esculape latin, le héros médecin, est fils d'Apollon qui avait mis enceinte une mortelle Coronis. Comme elle avait trompé le dieu avec un mortel, Apollon tua et arracha de son sein l'enfant Asclépios qu'il confia au Centaure Chiron qui lui apprit la médecine. Asclépios parvint à ressusciter les morts avec le sang droit de la Gorgone. Zeus craignant un bouleversement du monde, les mortels devenant alors immortels, foudroya Asclépios qui fut transformé en constellation du Serpentaire. Hippocrate figure parmi les descendants d'Asclépios...

Et nous, nous occupons des chutes, c'est-à-dire des mauvaises chutes, donc de la malchance, nous avons à faire à ça en tant que thérapeutes occidentaux qui ne savons plus que les dieux nous manipulent...

Pr Bouchaud : C'est intéressant de revenir à l'origine des mots pour mieux comprendre. Revenons peut-être à la prise en charge des migrants. On a vu tout à l'heure qu'il y avait une grande complémentarité entre la médecine traditionnelle et la bio-médecine ; la logique voudrait qu'on travaille ensemble. Et tout à l'heure, ma question à Monsieur de Rosny était un peu provocatrice lorsque je lui ai demandé si une pneumopathie à pneumocoques pouvait être liée à une maladie du corps social. Dans l'arrière-fond de ma petite pensée ce n'était certainement pas donner des antibiotiques à toute la famille, mais c'était peut-être de traiter la pneumopathie et la personne qui était malade, ainsi que de prendre en charge le reste du corps social, c'est-à-dire, dans notre petite vision européenne, la famille. Peut-être l'exemple était-il mal choisi. Je voudrais en prendre un autre pour l'exprimer un petit peu mieux : j'ai eu récemment dans le service une petite fille, qui devait avoir cinq ou six ans, et qui est arrivée avec une staphylococcie de la peau qui traînait de manière récurrente, quasi permanente, extrêmement gênante pour elle. C'est sa grand-mère qui me l'a amenée. Je ne lui ai pas donné d'antibiotiques, je lui ai donné des antiseptiques locaux et la fois suivante, sa mère est venue. Quand j'ai vu sa mère, j'ai compris assez vite que le problème n'était pas tellement la petite fille, mais que le problème c'était la mère. Le problème c'est que nous, nous sommes complètement désarmés quand nous sentons qu'il y a le corps social à prendre en charge, en l'occurrence la mère et peut-être aussi le père que je n'ai jamais vu. Nous ne sommes pas du tout équipés pour ça. Pour revenir sur les migrants, nous sentons, dans notre pratique quotidienne, que nous avons besoin, à côté de notre bio-médecine que nous maîtrisons plus ou moins bien, d'avoir des intervenants autour de nous. Ce n'est pas toujours très facile de les avoir. Avec Moussa Maman, j'ai eu de la chance de l'avoir pendant un certain temps. Ce serait d'ailleurs intéressant de savoir pourquoi, à un moment donné, il a voulu entrer à l'hôpital, parce que ce n'est pas moi qui suis allé le chercher à l'Uraca. Moi, j'ai très envie de travailler avec les tradipraticiens et les marabouts, parce que je ne me fais aucune illusion, dans le cas du VIH et peut-être aussi de la tuberculose, pratiquement tous nos patients migrants ont des références extérieures, dont ils nous font part ou dont ils ne nous font pas part, pas part...lapsus révélateur... On aimerait bien travailler avec ces thérapeutes, je n'y suis jamais arrivé, j'en ai eu un, une fois, au téléphone, il était très gentil mais j'ai bien senti qu'il ne voulait pas aller au-delà. Est-ce que vous Monsieur Girot, est-ce que toi Caroline, est-

ce que peut-être vous, dans votre pratique de psychiatre, vous êtes arrivés à travailler avec des tradipraticiens, des marabouts qui exercent en France ?

Dr Lascoux : Je vais peut-être essayer de répondre. Mais, avant, je voulais revenir sur ce qui a été dit cet après-midi. Sur, cette dichotomie que l'on fait entre une origine organique et une autre origine. Et aussi sur ta question portant sur l'exemple d'une pneumopathie. La prise en charge du patient avec des antibiotiques suffit-elle, ou faut-il autre chose ? Qu'est-ce que soigner ? Qu'est-ce que la maladie ? Chaque patient est différent et la réponse est différente pour chaque patient.

Je m'occupe du vih et des hépatites, des maladies chroniques essentiellement. Le vih c'est quelque chose de bouleversant. Quand on annonce cette maladie aux patients, ils entendent maladie mortelle, ils n'entendent pas séropositivité, donc quelque chose de très traumatisant, très déprimant surtout chez des gens qui sont venus avec un projet migratoire. L'annonce de cette maladie arrête le projet migratoire et cela redouble encore la dépression. Et cette maladie va en plus augmenter la précarité. Le patient est pris dans une triple fragilité. Nous, on va donner notre réponse: cette maladie vient parce qu'il y a un virus, on va donner des médicaments. La majorité des patients, en particulier la majorité des patients africains vont se satisfaire de cela, cela va suffire pour les soigner, pour qu'ils aillent mieux. Une petite partie d'entre eux, et je crois que c'est vrai pour n'importe quelle maladie chronique, n'importe quelle pathologie grave, qu'on soit blanc, noir ou jaune, aura besoin d'une prise en charge plus complète. D'autres questions reviennent de façon récurrente: Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Il n'y a pas de réponse toute faite, chacun va avoir sa réponse. Je ne sais pas si nous, cliniciens, nous devons nous charger de cette réponse. Quand tu dis que tu cherches à avoir des liens avec des marabouts ou avec des médecins traditionnels, c'est intéressant pour nous pour apprendre des choses, mais je ne suis pas sûre que ce soit notre rôle d'intervenir dans cette partie du soin-là. Par contre notre rôle est de dire très clairement : moi, je vais vous soigner ce que je sais soigner, mais je sais que je ne vais pas tout soigner, en tous les cas je ne vais pas répondre à cette question fondamentale: Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?

Je me tourne vers Moussa parce que moi aussi j'ai tout appris avec Moussa Maman, en tout cas, beaucoup appris. Moussa m'a toujours dit « demande au patient, il va te donner la réponse ». Effectivement si vous posez la question « Vous, chez vous, qu'est-ce que vous auriez fait à l'annonce de ce diagnostic ? Vers qui seriez-vous allé ? Est-ce que vous seriez allé seulement à l'hôpital, ou est-ce que vous seriez retourné vers d'autres soignants ? ». Le patient va vous le dire ou, s'il ne va pas vous le dire, il va aller consulter des guérisseurs et c'est cela qui est important.

Certaines personnes vont aller vers le psychanalyste, et nous, les médecins, ne sommes jamais mêlés à la psychanalyse parce que c'est très personnel. D'autres vont aller vers des soins traditionnels, d'autres vont retourner en Afrique. Beaucoup de mes patients retournent en Afrique, ils me l'annoncent, et on prépare ensemble ce retour en Afrique. Ils me disent bien qu'ils vont continuer ma trithérapie, mais que cela ne suffit pas, car ils ne se sentent pas soignés dans leur globalité et, ce plus, ce n'est pas moi qui vais le leur apporter mais d'autres membres de la communauté médicale et des soignants. Cela implique qu'il faut partager ce pouvoir médical ; nous savons soigner les maladies organiques, c'est notre rôle et il ne faut pas faire autre chose que cela, mais il faut sûrement travailler de façon plus pluridisciplinaire. C'est ce que nous faisons dans les consultations avec Moussa Maman, et c'est pour cela que ces consultations à l'hôpital sont importantes. Les patients se rendent compte que beaucoup de gens vont allier leur force pour les soigner, ces patients migrants ont confiance dans notre médecine, ils savent qu'elle est puissante et, c'est Moussa qui me l'a appris, ils ont aussi peur de l'intervention que l'on va faire sur leur corps, sur leur âme et sur les trois parties qu'il a

évoquées. Cette crainte peut être tellement forte que cela va les empêcher de prendre les trithérapies. Faire des consultations là où on est, dans lesquelles on dit qu'on sait qu'ils peuvent faire appel à d'autres soins et que ce n'est pas antinomique, au contraire, est essentiel pour eux. Car souvent on oppose la médecine organique, occidentale, à la médecine traditionnelle avec l'appel à tout ce monde invisible, mais les deux choses peuvent être faites de façon conjointe et donner des résultats très satisfaisants.

Pr Girot : Oui, bien entendu nous travaillons avec Moussa Maman. Je voulais raconter l'histoire d'une jeune femme, d'une vingtaine d'années, hémiparétique pour laquelle on a organisé des soins à la maison. On a essayé de réorganiser une vie à la maison, et tout cela est extrêmement lourd, c'est évident. On sentait bien qu'il fallait faire plus pour faire comprendre la maladie et les soins. On a organisé une consultation commune, avec vous (Moussa Maman), vous en souvenez-vous ? Il y avait dans la salle le père, la mère, et les soignants. Je résume: j'ai retenu trois mots que vous avez dit au père:

- Le premier mot c'était : la famille, le groupe ;
- Le deuxième mot – il y avait beaucoup de silence entre les quelques mots que j'ai retenus - un arbre et,
- Le troisième mot, un bâton.

C'est ce que j'ai compris, moi, vu de l'extérieur. Ce que j'ai constaté, c'est l'impact sur la malade: une grande paix tout d'un coup, et la décision de faire un voyage au pays, au Mali je crois... Une grande paix et une confiance qui, à partir de ce moment-là, s'est solidifiée complètement. Le groupe, un bâton et un arbre ... Je ne sais pas si vous voulez en dire plus Monsieur Maman ...

Pr Bouchaud : Moussa justement peux-tu nous dire pourquoi tu as voulu entrer à l'hôpital ?

Dr Maman : Je voudrais d'abord répondre au Pr Girot qui se questionnait sur la transmission génétique dans le cas de la drépanocytose. Je parle toujours de mon groupe ethnique car l'Afrique est tellement vaste. D'un lieu à un autre, vous retrouvez des gens qui ont peut-être des comportements différents. La drépanocytose, c'est la seule maladie dans notre groupe ethnique dont on ne dit pas qu'elle est transmise par la sorcellerie ou bien par les esprits. C'est la seule maladie dont on sait qu'elle est génétiquement transmissible. Elle a un nom, on l'appelle « le froid qui broie » si je traduis littéralement. On la soigne souvent par certaines plantes qui sont censées pousser sur la tombe des ancêtres, donc ça renvoie à la transmission génétique. Quant à l'idée de causalité, dans mon groupe ethnique, on sait qu'il y a des microbes qui transmettent des maladies, on le sait très bien et c'est pour ça que lorsque quelqu'un a un problème au niveau des oreilles ou de sa gorge, on l'envoie à celui qui est spécialisé dans les pathologies O.R.L. Si on a un problème de ventre, le guérisseur va dire "Ca, ce n'est pas moi qui le soigne, il faut aller voir celui qui soigne le ventre, il faut aller voir telle personne". Chez nous, c'est comme ça que ça se passe. Alors maintenant, pour revenir sur l'histoire de pneumopathie, on sait que la maladie s'est peut-être transmise par un microbe, ce qui n'empêche pas de se demander: "Mais pourquoi moi ? Pourquoi ce microbe est venu vers moi ? Je ne suis pas le seul !" Ce pourquoi, le médecin ne peut pas y répondre. Alors là, il va falloir que les guérisseurs viennent donner un sens à la maladie, ce pourquoi-là et à quel moment « pourquoi c'est à mon âge adulte que je tombe malade au niveau des poumons ? » Ou alors : « Je sais que c'est le microbe qui est venu sur mon enfant mais, alors pourquoi ce microbe est venu attaquer mon enfant ? » Il faut qu'on donne la réponse. Un médecin ne peut pas répondre parce qu'il n'est pas formé pour ça, il est formé pour soigner la pneumopathie du malade, ça s'arrête là. Le guérisseur, lui, va donner des réponses à toutes ces

questions que le malade se pose. C'est là la limite des médecins formés à l'occidentale. Le vrai danger, si on essaie de répondre à ce genre de questions, c'est qu'on risque de rentrer dans le magico-rituel, or ici nous ne sommes pas tous formés pour ça. Moi, si j'arrive à vous parler de cette manière, c'est parce que je suis né dedans, j'ai été formé dedans et je suis encore dedans.

Je vais répondre à la question : pourquoi as-tu voulu entrer à l'hôpital ? J'ai travaillé un moment dans un hôpital psychiatrique et j'ai rencontré beaucoup d'Africains qui étaient complètement psychiatisés parce que leurs psychiatres ne comprenaient pas leur discours. On les mettait sous neuroleptiques, et plus on les mettait sous neuroleptiques, plus ils continuaient à faire des crises. Et ça m'a interpellé, c'est pour cela que je me suis lancé à vouloir parler un peu de la médecine traditionnelle et de la façon dont les Africains interprètent leur maladie. Il faut que les médecins hospitaliers comprennent qu'on peut soigner un Africain à la manière occidentale, tout en écoutant son discours. On a sa conviction scientifique, mais il suffit tout simplement de l'entendre parler, de ne pas le contredire. Il faut surtout éviter de contredire le malade, parce que dès l'instant où il sent que son discours est ridicule en face de son thérapeute, alors il va rentrer dans sa coquille, et vous ne l'entendrez plus. Il ne parlera plus avec vous.

Dr Lascoux : Moussa j'ai une question. Dernièrement, j'ai vu une dame en consultation qui m'a dit, textuellement, qu'elle venait me voir parce qu'on lui avait dit au pays qu'elle avait quelque chose dans le sang, mais qu'elle ne croyait pas que ce quelque chose était ce que je lui annonçais. Elle était bien d'accord, elle avait un microbe, on pouvait l'appeler comme on voulait, mais que ce n'était pas la séropositivité, ce n'était pas le vih. Comment avancer ? Il n'y a pas du tout d'adhésion du patient à notre médecine, mais en même temps, elle vient en consultation. Donc je ne sais pas très bien comment faire ? Peut-être Mme Lolo peut-elle répondre à la question de cette femme qui me dit « j'ai quelque chose dans le sang, je sais, on me l'a déjà dit au pays », mais ce n'était pas ce dont je lui parlais, d'où le refus de la prise en charge, du bilan, du suivi et éventuellement des traitements.

Dr Berthe Lolo : Ce que nous essayons de comprendre c'est très complexe, peut-être plus complexe qu'on ne peut l'imaginer. Car là le problème de fond qui revient, c'est le problème de la cause de la maladie : « Pourquoi suis-je malade et qu'est-ce que cela signifie d'être malade ? ». C'est la première chose. La deuxième, c'est par rapport à cette dichotomie entre la médecine traditionnelle et la médecine européenne. Il y a quelqu'un qui a dit tout à l'heure, peut-être le Père de Rosny, que même dans la médecine traditionnelle, il y a la médecine qui soigne avec la pharmacopée et puis il y a une autre médecine qui s'occupe d'autre chose. C'est là où j'ai l'impression que, même sur le plan traditionnel on mélange les deux registres, parce qu'il y a la plainte du patient « Je suis malade, j'ai tel symptôme...j'ai un microbe qui est en moi, est-ce que je l'accepte ou pas ? ».

J'ai un itinéraire simple et en même temps très compliqué : Douala, issue d'une famille très nombreuse assez traditionnelle mais sans excès, avec des parents qui nous ont autorisés à faire des études et pour qui c'était très important. Donc pour moi, très vite, la médecine traditionnelle, j'ai pensé que c'était n'importe quoi, je ne voulais pas en entendre parler, oubliant que ma grand-mère qui s'appelait Lolo Berthe (il y a un des mes articles qui s'intitule : « Homonymie et sorcellerie », donc j'ai le nom de ma grand-mère) était une tradipraticienne. Ce n'était pas du tout facile de porter le même nom qu'elle, puisque ma mère doit m'appeler « maman », or que je ne suis que sa fille. Il y a des tas de choses qui m'ont prédisposée, ou m'ont prémunie, mais je refusais d'emblée les traitements traditionnels. Je

refusais la médecine traditionnelle, mais j'étais attirée par la psy... comme on dit, c'était reculer pour mieux sauter, donc tant mieux.

Je me suis réconciliée avec la médecine traditionnelle plus tard. Pour moi, rien ne valait la médecine cartésienne, j'aimais beaucoup la médecine, je voulais être chirurgienne. C'est à la dernière minute que j'ai fait ce choix là. Donc on voit mon envie que les choses soient assez carrées. Je suis allée faire ma psychiatrie en France, mais je n'ai pas été satisfaite par la psychiatrie, par la nosologie, par la nosographie, le fait de diviser ce n'était pas clair. Je me disais pourquoi il y a les P.H.C ? Pourquoi la schizophrénie existe-t-elle ? Pourquoi, pourquoi... Il fallait apprendre le bouquin sans qu'il y ait des liens logiques. Il y a quelque chose par rapport au lien logique qui me tenait, qui m'a toujours tenue. Je peux peut-être regarder la médecine traditionnelle de dehors, de même que quand je regarde la médecine occidentale, je suis un peu dehors, hors secteur par rapport à tout cela. Donc, cela pour dire que j'ai très vite adhéré au groupe du GRF (groupe de travail associant les guérisseurs doualas au Cameroun) avec le Père Eric de Rosny quand je suis rentrée travailler la psychiatrie.

Mais c'est très compliqué... et, quand je suis venue à la psychiatrie, j'ai fait une psychanalyse. C'est ce qui m'a autorisée à rentrer dans mon pays et à écouter les discours. Je me souviens qu'un jour, ma mère revenant d'un deuil s'est mis à parler d'histoires de sorcellerie comme toujours et mon père avait refusé de saluer une tante parce que s'il la saluait, ça aurait été fini pour lui. Il avait réussi à déjouer toute cette histoire-là, il n'avait pas salué cette tante-là. J'ai écouté avec intérêt, ma mère s'est retournée en disant « Depuis quand est-ce que tu écoutes nos histoires de sorcellerie ? ». Ma mère n'a pas fait d'étude mais elle était assez perspicace. Et puis une autre fois elle est venue me demander quelque chose: puisque j'étais sa mère je devais tout lui donner, et là j'ai dit « Stop, je n'ai pas envie ... »

Je reviens sur la prise en charge des migrants. La difficulté de cette prise en charge souligne une difficulté générale, qui n'est pas spécifique des migrants. Les occidentaux doivent en profiter aussi. La prise en charge hyper-scientifique, hyper spécialisée pose des problèmes à tous les malades. Ce malaise d'aujourd'hui, ce n'est pas pour les migrants, c'est pour tout le monde.

Vous parlez de la médecine traditionnelle et de la médecine européenne ; psychiatre, je suis rentrée dans mon pays en 1991, et on s'est rendu compte que le prototype de la maladie mentale, c'est la sorcellerie. Les gens qui sont ensorcelés vont présenter des troubles psychiatriques. Alors avec le Père de Rosny, les malades viennent chez moi et ils vont chez le Père de Rosny. Il y a des psychiatres africains qui se sont mis en groupe, dans des colloques et se sont demandés comment faire pour essayer de réglementer la pratique des médecins traditionnels - on est dans le registre du pouvoir - et faire en sorte qu'on comprenne exactement comment ils travaillaient. L'idée était de leur apprendre à doser les médicaments, bref de leur apprendre un peu leur travail, c'est une histoire vraiment, vraiment folle !...

Le problème c'est que le patient, quand il vient vous voir, ne vous demande pas votre avis pour aller voir un médecin traditionnel. Dans mon bureau à Douala, il y a même des médecins traditionnels qui amenaient leur malade, ils leur disaient "On va aller voir le Dr Lolo, je la connais bien, on travaille ensemble, on a calmé un peu votre histoire-là, mais le vrai traitement c'est moi qui le fais ..." Et souvent, ils arrivaient avec des accompagnants, pas des accompagnateurs, des accompagnants, ils rentraient « Vous êtes qui ? » car ils étaient toujours quatre ou cinq dans le bureau « Je suis son père, je suis son oncle... ». Pourtant après une ou deux semaines, j'apprenais que le Monsieur qui était dans mon bureau ce jour-là et qui avait assisté à la consultation, était un autre traitant ! Donc c'est tellement complexe, ils n'ont pas besoin de notre autorisation pour aller voir le médecin traditionnel, 90% d'entre eux ne se contenteront jamais de la prise en charge occidentale.

Nous devons apprendre à nous départir du pouvoir et c'est ça qui va peut-être aider le patient à se retrouver. Faire son travail le mieux possible et laisser le thérapeute traditionnel faire le sien, même si, comme je le disais, nous avons tous notre place si on travaille très bien, et les gens s'en porteront mieux. Il n'y a pas de dichotomie ; dire que c'est complémentaire je ne suis pas d'accord, même sur le plan traditionnel. Il y a « dire la maladie, c'est la représentation » et puis il y a « être malade ». Être malade c'est différent de dire la maladie, et la prise en charge doit tenir compte de ces deux choses.

Pour revenir aux migrants, c'est vrai qu'ils ont des représentations différentes de la maladie. On entendra : « On m'a lancé cette maladie, c'est vrai je suis malade, j'ai un cancer mais on me l'a lancé. » C'est différent de dire « le sida on me l'a lancé, j'ai le sida O.K. mais on me l'a lancé. » Comme le disait le Père de Rosny c'est maintenant qu'on dit « puisqu'on m'a lancé le sida, je vais chez le voyant... » Non, « On m'a lancé le sida et j'ai le sida, c'est deux choses différentes. »

Dans la prise en charge de type couvade, on est dans le maternage, c'est une prise en charge classique de la médecine traditionnelle, que je ne connais pas très bien. On fait régresser et puis on remet les liens autrement. C'est-à-dire : on couve et on apprend à désillusionner, à frustrer autrement. Au fond c'est quoi ? Vous vous êtes approprié votre symptôme. Ce système de prise en charge, couvade et ainsi de suite vont vous aider et aider vos patients à faire face à la maladie. Cette prise en charge va faire en sorte qu'on soit plus apte à faire une observance, parce qu'on accepte que c'est son problème, c'est sa maladie, mais ça ne signifie pas que cela va traiter le microbe que l'on a. Il s'agit donc de deux prises en charge différentes, et on peut l'entendre différemment. Les prises en charge, les rituels traditionnels vont nous aider à nous réapproprier notre symptôme. Même chez nous il y aura un rituel pour se réapproprier la maladie, et il y aura le traitement chimique pour guérir le microbe ou la maladie.

Bien sûr cela se pose moins dans la pathologie psychiatrique et surtout hystérique, les psychoses hystériques, où cette double identification est plus simple. Ce sera plus simple que dans le cas d'une chose qui est complètement étrangère dans le corps.

Actuellement, je ne suis plus à Douala, je suis en France pour un moment, pour faire un doctorat d'anthropologie psychanalytique, pour faire aussi la synthèse de tout cela.

Pr Bouchaud : Est-ce qu'il y a dans la salle quelqu'un qui voudrait intervenir ?

- Bonjour je m'appelle Mme (inaudible)... Thérèse, je suis une ancienne infirmière de bloc opératoire à la retraite. C'est l'infirmière qui va vous parler. Je relis la phrase « On ne guérit jamais seul » ou « Comment prendre en charge un malade migrant en France ? » À ce propos je vais vous raconter une anecdote vécue. Je me suis souvent posé la question : « Que dit le malade à son interlocuteur ?, Qu'entend l'interlocuteur ?, Que comprendre de ce que le patient a voulu dire ? » A ce sujet, j'en viens à mon anecdote, c'est plus qu'une anecdote, c'est une expérience vécue. Je travaillais au bloc opératoire de l'hôpital Lariboisière, qui est comme tout le monde le sait près du Boulevard Barbès. J'assurais les urgences de bloc opératoire. Lorsqu'il n'y avait pas d'urgence, j'allais donner un coup de main en salle de travail. Un samedi, je vois une jeune femme africaine, seule, dans une chambre, en travail, personne près d'elle. Je suis allée lui parler, je suis chrétienne, catholique, j'ai de la compassion. Comme je le faisais souvent quand il y avait des femmes seules, je me suis assise près d'elle et j'ai commencé à parler avec elle de tout et de rien. Je me suis présentée, je lui ai dit que j'étais africaine d'origine, que j'avais vécu au Congo, à Brazzaville.

J'ai discuté de choses et d'autres, elle a été mise en confiance et cette femme m'a dit : « J'ai peur », « Pourquoi ? », « J'ai déjà perdu un bébé en Afrique, dès que j'ai été enceinte je suis

venue ici chez un membre de la famille en me disant que si je mettais de la distance, peut-être que le mauvais sort que l'on m'a jeté n'atteindrait pas mon enfant ». Je jette un coup d'œil sur son dossier, je vois qu'elle a effectivement perdu un bébé et que c'était une grossesse très désirée. Je reste avec elle, le temps passe, le chirurgien me fait signe et lui dit « Ecoute, on va peut-être être obligés d'aller au bloc opératoire, le travail se fait mal.. ». Je me suis dit, elle n'a que 22 ans, si elle repart en Afrique, si elle a une autre grossesse, son utérus...des tas de bêtises qui sont passées dans ma tête, ce ne sont pas des bêtises, mais j'avais mal au ventre. Et puis à force de discuter, il y a mon africanité - je suis en France depuis 40 ans - est ressortie comme cela, brutalement. Je lui ai demandé : « Est-ce que tu veux voir un marabout ? » Dans cette maternité, il y avait le numéro de téléphone d'un rabbin, d'un marabout et d'un prêtre catholique. Elle m'a dit oui. J'ai fait appeler le rabbin, excusez-moi, le marabout. Le chirurgien m'a dit : « Vous avez une heure, une heure et demie à tout casser mais après il faudra qu'on y aille ». Le marabout est venu, ils ont discuté tous les deux. Trois heures après, cette femme avait accouché normalement. Je me suis toujours posé la question...Avant qu'elle sorte de l'hôpital, je suis allée faire un bisou à son bébé. Elle m'a dit « Merci Madame, j'avais un blocage avec ma mère et on m'a fait comprendre que ma tête ne pouvait pas donner la vie parce que en haut, ça n'allait pas ». Evidemment tout cela, elle ne l'avait pas dit à la sage-femme, elle ne l'avait pas dit au médecin, elle ne l'avait dit à personne, si je n'avais pas vécu en Afrique...

Pr Bouchaud : Merci pour ce témoignage. Est-ce que quelqu'un d'autre voudrait prendre la parole ?

- Moi j'ai juste une question à poser au psychiatre. Je reviens de Côte d'Ivoire où les fous sont censés être envahis d'esprits mauvais. Ils doivent expier pour les autres, ce sont eux qui portent le mal, le péché de leur village ou de leur groupe. Ils sont souvent attachés dans les villages ou enchaînés dans la forêt aux arbres. A côté de l'endroit où on travaillait, il y avait un Monsieur qui allait les chercher dans les villages et qui les emmenait dans un centre où il les traitait tout simplement. Alors vous disiez tout à l'heure, Père de Rosny ou Monsieur Moussa, que les fous qui étaient psychotiques, on apprenait à vivre avec et qu'ils étaient presque considérés comme des guérisseurs. Là, c'est l'exemple inverse, alors je me dis qu'il y a un petit frottement entre le rôle traditionnel du fou qui porte le mal, qui doit expier et l'autre version. Qu'est-ce que vous conseilleriez dans les villages aux gens qui ont des parents fous ?

Pr Bouchaud : Quel psychiatre veut répondre avant de donner la parole à Moussa ?

Dr B. Lolo : Je voudrais aussi dire à Moussa que chez nous à Douala, on les enferme, on les enchaîne. Alors, Monsieur Moussa ?

Dr Maman : C'est pour cela que je vous ai dit que quand on parle de l'Afrique, il faut bien spécifier. Quand j'entends Eric de Rosny parler, je ne m'y retrouve pas tellement. Dans les pays du Sahel, comprenez le Mali, le Niger, le Burkina, le Nord-Bénin et le nord du Nigeria, c'est vrai qu'il y a des fous furieux qu'on attache, juste le temps de les soigner. Mais qu'on les attache dans la brousse auprès d'un arbre ça je ne l'ai jamais vu. Dans notre milieu, tous les psychotiques sont considérés comme des gens qui vivent dans le monde invisible. Ils vivent avec les esprits, dans un monde parallèle si vous voulez. Par exemple, les schizophrènes, sont également considérés comme des relais entre nous les vivants, enfin les humains, et les esprits. Mais un schizophrène, si l'on peut l'appeler comme ça, n'est pas un psychotique. Pour moi un psychotique peut parler, il peut transmettre les informations. Mais

le schizophrène ne peut transmettre ce qu'il perçoit de l'invisible que par mimiques. On dit qu'ils sont au plus près des esprits. On les resocialise, on ne les marginalise pas.

Dans les milieux Songhaï, je n'ai jamais vu un fou qu'on attachait sous un arbre, non, on le soigne.

Pour répondre à la question (au Dr Lascoux) de cette femme qui est venue te dire : « On m'a dit qu'il y a quelque chose dans mon sang mais ce n'est pas ce que tu m'as dit, ce n'est pas ça ». Elle est déjà d'accord avec ton diagnostic, elle est d'accord, seulement il faut savoir l'aborder. Là, il fallait lui dire que « puisque on vous a dit qu'il y a quelque chose dans votre sang, c'est là-bas qu'on vous a dit ça, mais moi ici en tant que docteur, ce que je dis c'est ça. Il faut lui donner le temps, elle reviendra. C'est très simple : « Moi en tant que docteur ce que j'ai appris, c'est ce que je vous dis : J'ai vu ça dans votre sang ». Et le malade va aller faire le lien entre ce qu'on lui a dit qu'on a vu dans son sang là-bas, et ce que vous, vous avez dit ici. Je suis convaincu qu'il viendra et acceptera que c'est vrai, c'est la même chose. Peut-être est-ce la manière ? C'est ça aussi que nous faisons à l'hôpital quand nous travaillons avec vous. Je dis aux patients : « les guérisseurs ont aussi leur laboratoire. Que disent les médecins? Va voir le voyant, c'est-à-dire le laborantin, qui va prendre ton sang, qui va dire « il y a ci, il y a ça ». Le biologiste ne peut pas voir comme ça,, il doit utiliser ses outils pour voir, dans ce cas-là, c'est aussi une forme de voyance. Je dis au patient que le guérisseur, va faire la même chose que le médecin, « S'il vous dit ce qu'il a vu, c'est à vous de croire ou de ne pas croire, mais ici le docteur, lui, il soigne la maladie du corps », voilà ce que je leur dis. La maladie du corps, c'est quelque chose qu'on va enlever du corps, cela peut être une tumeur, c'est quelque chose qu'on peut neutraliser dans le corps: Quand il y a une infection à pneumocoque, tu n'enlèves pas le microbe, il est détruit à l'intérieur. Le guérisseur dit la même chose: « on vous a introduit quelque chose dans votre corps, j'ai vu, je vais m'en occuper » ; sinon, il va dire « j'ai vu qu'il y a quelque chose dans votre corps et allez voir telle personne qui peut vous soigner ». C'est comme ça dans mon milieu culturel.

Quand Eric de Rosny disait que le guérisseur est à la fois prêtre, guérisseur, devin, voyant et juge, ce n'est pas le cas chez nous. Le guérisseur n'est pas juge, il ne juge pas. On nous a formés à dire qu'on n'est pas capable de soigner telle ou telle pathologie si on sait qu'on n'en est pas capable ; les guérisseurs renvoient alors leur malade à d'autres guérisseurs en disant que ça, ce n'est pas une pathologie qu'ils peuvent soigner.

Evidemment maintenant avec la situation économique, il y a des charlatans partout, mais le charlatanisme on ne peut le voir que dans les grandes villes. Dans les petits villages tout le monde connaît tout le monde, n'importe qui ne va pas se lever pour dire qu'il est guérisseur. Ce n'est pas possible, parce que tout de suite on va lui dire « ...Oh ! Oh ! On connaît ton père ! ». Le charlatanisme, c'est seulement dans les grandes villes, n'importe qui peut se lever pour dire qu'il est guérisseur. Dans un village jamais, puisqu'on connaît chaque membre de la communauté. On sait qui t'a formé, qui est ton père, ce qu'il fait, qui est ton grand-père, ton arrière-grand-père...

Pr Bouchaud : Bien, cela fait déjà une heure qu'on palabre. Je voudrais juste demander en 2 minutes pour les soignants qui sont présents que chacun d'entre nous avec son expérience dise le conseil qu'il aurait envie de donner aux soignants pour améliorer les soins aux migrants. On va partir de toi Moussa...

Dr Maman : Le conseil que je vais donner, c'est d'abord qu'il ne faut pas croire qu'il faut être noir pour soigner un noir, il faut que les gens enlèvent ça de leur tête. Il faut écouter le patient dans son discours, tout en gardant votre conviction scientifique.

Dr P. Lembeye : Je conseille de lire pour ceux qui ne l'ont pas lu le livre d'Eric de Rosny « Les yeux de ma chèvre ».

(rires)

Eric de Rosny : Il est épuisé...

(rires)

Eric de Rosny : Je suis sûr qu'il aurait pu dire mieux que ça... Non seulement il convient d'écouter les personnes mais encore, il faut réaliser que la manière dont les personnes présentent leur maladie fait elle-même partie de la maladie. J'ai mis assez longtemps à le réaliser, je crois vous avoir lu une citation de Jean Benoist là-dessus : « La représentation dans laquelle les patients voient naître, grandir et se terminer leur maladie, souvent cette vision des choses, représentation qui est si variable selon les cultures, fait partie de la maladie. Il faut en tenir compte non pas comme simplement une élocution mais comme quelque chose qui fait corps avec le mal. Pour cela nous avons un proverbe « la carapace n'est pas la tortue, mais une tortue ne peut pas vivre sans sa carapace. » La manière dont on présente ses symptômes, n'est pas son mal. On ne peut pas avoir accès et soigner le mal sans prendre en compte les symptômes. Il s'agit plus qu'une simple audition respectueuse des gens ; le traitement commence dans l'écoute et même, dans la mesure où on peut y rentrer, dans l'action sur la représentation elle-même de son mal.

Berthe Lolo va vous dire ça beaucoup mieux que moi.

Dr Bethe Lolo : Je pense qu'il faut dire au patient qu'on est aussi avec lui, lui dire ce qu'on peut faire et puis se nommer, se positionner en disant : « Moi médecin, je sais ceci mais je sais aussi que vous pouvez penser autrement, alors pour vous, moi je dis ça, qu'est-ce que vous pensez de ça ? ». Est-ce qu'il pense quelque chose ? C'est-à-dire lui laisser l'autorité ou la capacité de décider autre chose pour compléter sa prise en charge. S'il est venu devant vous, c'est qu'il a besoin de vous et il souhaiterait qu'on l'aide à vivre ce paradoxe d'avoir besoin de deux prises en charge.

Pr Girot : Je vais faire de la paraphrase : Ecouter, et dans notre milieu hospitalier où tout va si vite, trouver le temps pour écouter, comprendre et dire clairement les choses avec notre langage en essayant de faire en sorte d'être bien compris. Et écouter pour savoir ce que les gens entendent.

Dr Lascoux : C'est exactement ce que je voulais dire, prendre du temps.

REGARDS CROISÉS

Un rituel à Bello Tounga

Mme Aline MAURANGES, psychologue

La couvade vue par le regard d'une psychologue

Entrée en couvade

La **couvade**¹ à laquelle notre groupe de soignants a assisté lors d'un voyage d'étude, est une procédure thérapeutique complexe destinée à soigner certains malades en identifiant les **esprits**² qui le perturbent. Durant deux semaines environ, le patient reste dans une case ronde entouré des **guérisseurs**³, ne sortant que pour participer au **culte de danses de possession**⁴. L'objectif thérapeutique de cette prise en charge si particulière est de permettre une cohabitation harmonieuse entre l'esprit et la personne par réduction, voire même, par disparition des symptômes de la maladie. Il ne s'agit pas d'un exorcisme mais d'un endorcisme.

C'est lors d'une demande thérapeutique adressée au chef du village Moussa Maman que nous avons eu l'extraordinaire opportunité d'accompagner le début de ce rituel.

Une femme de Marabout, originaire du Nigéria, arrive à Bello Tounga, village **Dendi**⁵ situé sur la rive ouest du Niger, au Bénin.

Courbée, d'un âge incertain, le visage disparaissant sous les plis des tissus, elle est comme recroquevillée à l'intérieur d'elle-même, étrangère aux bruits et à la vie du village.

Nous ne connaissons pas le mal dont elle est atteinte. Ici, pas de diagnostic; seuls la souffrance psychique et le comportement sont les indicateurs retenus pour engager le soin. A ce jour la maladie semble avoir mis en échec médecins occidentaux et **marabouts**⁶ et les troubles suffisamment sévères ont poussé son mari à se tourner vers Moussa Maman Bello, maître de cérémonie et guérisseur animiste du village.

Au lendemain de son arrivée, toute l'équipe médicale française se retrouve sous le banian. Cet arbre sacré, noueux et majestueux aux lianes pendantes et aux racines accueillantes sert de lieu cérémonial. Il fait nuit déjà, et les musiciens **gourmantchés**⁷ arrivent les premiers. Certains tiennent fermement leur instrument sous le bras, d'autres frappent de leurs baguettes blondes les calebasses posées à terre qui résonnent au son des rythmes lancés. Le sourire aux lèvres ils ont cet air de bonté qui ne les quitte que rarement. Des femmes **initées**⁸ se joignent à eux. Tous sont « **zimas** »⁹ c'est à dire guérisseurs animistes, et ensemble, durant sept jours au moins, ils assureront la prise en charge thérapeutique.

La veille, loin des regards, les esprits interrogés leur ont fait savoir qu'ils pourraient la guérir.

¹ **La couvade** : rituel thérapeutique et d'initiation.

² **Les esprits** : entre l'invisible et les humains, ils sont vivants au même titre que les hommes. Ils se manifestent lors des trances. Ils guident les initiés en leur donnant des indications notamment pour soigner.

³ **Les guérisseurs** : thérapeutes traditionnels animistes se référant au panthéon des esprits.

⁴ **Le culte de danses de possession** : cérémonie publique ayant lieu au pied de l'arbre sacré. Les musiciens jouent les airs propres à chaque esprit pendant que les guérisseurs dansent en cercle. Les esprits ainsi appelés sont ceux qui parleront lors des trances.

⁵ **Les Dendis** : littéralement « ceux qui ont suivi le fleuve ». Ils sont les descendants de l'empire Songhaï du Mali.

⁶ **Le marabout** ou « Alfa » : thérapeute traditionnel islamisé qui soigne avec les sciences coraniques.

⁷ **Les gourmantchés** sont les premiers occupants de la région.

⁸ **Les initiées** : autre nom donné aux guérisseurs.

⁹ **Le zima** signifie « celui qui soigne ». Homme ou femme, il pratique le culte de danses de possession propre à la région Dendi. On le traduit encore sous les termes de guérisseur, initié, tradipraticien ou médecin traditionnel.

La danse débute, le rituel thérapeutique est lancé. Certains villageois assistent comme nous à l'entrée en couvade mais peu de monde dans l'ensemble ne s'attarde à cette heure avancée de la soirée. Notre poignée de professionnels français est, de loin, la plus curieuse.

Les femmes dansent entre elles, puis les hommes. Parfois ils se mélangent en un cercle lent, traînant le pas, concentrés sur leurs mouvements, indolents. Puis, le rythme s'accroît et le cercle se disloque pour laisser place à une danseuse. Celle-ci est invitée à s'élancer par un musicien qui l'honore en faisant mine de l'entraîner vers lui. Une écharpe tendue entre les deux bras levés, flotte, ondulant au rythme des mouvements de bascule du corps. Moussa Maman s'avance vers elle, il pose sur son front un billet pour l'encourager, la *tradipraticienne*¹⁰ le fait disparaître prestement et accélère ses pas. Le corps entier s'anime, les pieds nus volent, le sable l'enrobe puis elle recule par petits pas laissant place à une autre initiée invitée à son tour par le musicien à entrer dans la danse.

Sur la natte, la malade est assise. Enfoncée sous ses pagnes protecteurs au creux de l'arbre sacré, elle est entourée par les femmes – les hommes sont en face – et derrière elle, deux poules, les pattes ligotées, jettent leur caquetage apeuré. Trois œufs sont également là au fond d'une calebasse.

Soudain, sans qu'aucun signe ne soit perceptible, dans la suite mouvante de la danse, l'ensemble du groupe s'est rallié derrière Moussa et s'enfonce dans l'obscurité de la brousse. Nous suivons.

Un ciel lourd d'étoiles lumineuses nous recouvre. En file indienne, nous marchons dans les pas de celui qui nous précède faisant attention aux irrégularités d'un terrain qui disparaît dans la profondeur de la nuit.

Combien de temps allons-nous de l'avant ? Le temps est comme figé.

Les hommes enfin s'arrêtent et de leur torches éclairent une fourmilière. La place est longuement étudiée, chacun commente, fouille aux alentours, revient. Au terme de discussions serrées, elle est retenue selon des critères qui nous échappent.

Un *zima* écrase un scorpion blanc qui se trouve là; est-ce un hasard... ? Deux autres maintenant leur pied profondément enfoncé dans la terre, tracent quatre lignes à angle droit, symboles des quatre points cardinaux. A leur croisée centrale, une lance est fermement plantée et à sa base est déposé un des trois œufs, symbole de la vie.

Le même rituel se poursuit avec les deux autres œufs, chacun étant disposé à équidistance de la lance. La malade est chaque fois placée devant l'œuf se laissant passivement laver les pieds par les femmes.

Nous nous approchons. La calebasse servant au lavage est magnifiquement odorante, un mélange subtil de plantes qui réunissent à elles seules le parfum de l'Afrique et les errances des guérisseurs chargés de leur cueillette.

Nous nous rapprochons un peu plus pour remarquer alors que ce liquide rougeoit à la lueur des torches, du sang frais d'une poule sacrifiée.

La musique poursuit inlassablement son rythme pendant que certains parlent ou que d'autres assis à même le sol, patientent.

Durant ce temps, Moussa Maman, en sa qualité de maître de cérémonie, fait trois fois le tour de l'assemblée le temps de la purification de la malade, puis celle-ci est invitée par les zimas à donner son accord pour le lancement du rituel. On lui souhaite mille bonnes choses, de la

¹⁰ *Le tradipraticien* : cf « zima ».

santé au bonheur ; on lui passe et repasse sur le corps la deuxième poule vivante de la tête, aux pieds; enfin, on la place face à la fourmilière debout, les mains solidement accrochées à la lance.

Elle se balance d'avant en arrière effectuant des cercles, doucement d'abord, plus rapidement ensuite, puis furieusement une fois entrée en *transe*¹¹.

Quatre esprits « *chevaucheront* »¹² la malade au cours de quatre possessions successives. Chaque fois les guérisseurs se pencheront sur elle, cherchant à identifier cet esprit qui la possède au vu des expressions et des positions du corps de la femme.

Le premier esprit se révèle être celui de l'arc en ciel, le deuxième celui de la maternité puis suivra l'esprit de la neurologie et enfin celui de l'esprit *peul*.¹³

Même pour des non initiés comme nous, force est de constater que chaque esprit ne se manifeste pas de façon identique. La possession prend des allures différentes à chaque chevauchement. Le corps, les cris poussés par la malade, la façon dont elle tombe à terre, les positions quand elle reste figée sont autant de manifestations d'esprits individuels. Interprétables au même titre que nos symptômes cliniques dans notre médecine occidentale, ils éclairent les guérisseurs comme ils le font pour nos médecins lorsqu'ils recherchent un diagnostic.

Identifier un esprit ne semble pas aller de soi et de longues concertations ont lieu. Têtes plongeant au dessus du corps de la malade, les guérisseurs échangent leurs points de vue en propos passionnés, les villageois se concentrent et nous-mêmes, en grappes serrées, au plus proche des initiés, nous vivons pleinement les débats qui, bien qu'en langue dendi, nous parviennent presque aussi explicitement que si nous la comprenions.

L'imagerie corporelle et musicale est intense, le temps est suspendu.

Lorsqu'un esprit est reconnu, la malade est remise debout. Replacée face à la fourmilière, le rythme musical reprend. La femme remue à nouveau, s'accélère jusqu'à se disloquer dans la transe qui la possède tout entière. Le corps, les bras, le tronc enfin, les jambes; elle se déhanche, et tout s'accélère dans une pagaille de mouvements incontrôlés et de paroles lancées, ou hurlées.

Nous restons fascinés. L'entrée en couvade se révèle un rituel auquel rien ne nous préparait. Pourtant, rien d'inquiétant ne transpire de cette atmosphère surchargée car la vie et la chaleur qui en émanent sont emprunts de bienveillance. La présence puissante de la musique et les palabres permanents des thérapeutes nous enveloppent. Conscients d'être témoins d'une pratique ancestrale, nous nous laissons porter inlassablement par la force collective sans avoir conscience de notre fatigue.

Un des *zimas* entre à son tour en transe mais sa possession n'est pas celle de la malade. Sa maîtrise et la tranquillité du professionnel suscitent en nous une nouvelle émotion. Sautant d'un pied sur l'autre, le visage enfoui sous des lunettes sombres et un cheich noir, ceinturé dans son imperméable, il allonge le torse sur toute sa hauteur tel un échassier raide et majestueux.

Presque sur commande, nous semble t-il, il accélère ses mouvements puis vient livrer à l'oreille de Moussa Maman le message de l'esprit.

D'autres *zimas* entrent à leur tour en transe. Combien sont-ils ? L'un d'eux, une femme, pousse de brefs cris, balance sa tête de gauche à droite par saccades tandis qu'une salive

¹¹ la *transe* : manifestation physique de la possession.

¹² « *chevaucher* » : image traduisant l'état physique de possession. L'esprit emprunte le corps d'un être humain pour se manifester. La personne en transe devient le « cheval » de cet esprit.

¹³ *Les Peuls* sont des bergers nomades qui se déplacent sur une grande partie de l'Afrique de l'Ouest.

abondante blanchit ses lèvres. Un autre nous serre la main sans nous voir. Un troisième émet d'étranges sons; les yeux exorbités, les jambes musclées tendues tel un félin, il déambule. L'agitation est maximum, les mots et les corps se bousculent dans notre cercle réduit. Les esprits chevauchent progressivement de plus en plus de monde jusqu'à ce que nous n'arrivions plus à identifier lequel est possédé.

Longtemps après et pourtant hors de toute notion du temps qui passe, un vague élan s'est enfin dessiné de façon aussi imperceptible qu'à l'aller et nous avons rebroussé chemin vers l'arbre sacré. Dans la nuit très avancée, la malade s'est fait accompagner jusqu'à sa case, assistée des thérapeutes, car jamais durant sa couvade ils ne la laisseront seule. Progressivement la musique s'est éloignée avec elle.

Par un autre chemin qui s'enfonçait dans l'obscurité enveloppante de la brousse, nous sommes aussi retournés vers nos propres cases l'esprit chargé de cette scène archaïque et, déjà, nous nous sentions un peu différents.

Aline Mauranges
Psychologue, CRH
Hôpital Tenon
Octobre 2001

L'hôpital et l'association : une alliance au bénéfice des soignants et du patient migrant

Mme Jacqueline FAURE, psychologue

12 ans de partenariat hôpital-association : une prise en charge globale des patients migrants infectés par le vih

U.R.A.C.A.¹⁴, association d'aide aux Africains intervient dans différents domaines : accueil, aide juridique, sociale, solidarité, prévention, information, recherche dans le domaine de la santé (toxicomanie, SIDA, drépanocytose, troubles psychiatriques), et propose aussi des consultations ethnopsychiatriques. Non spécifiquement ciblée VIH, cette association travaille depuis plus de 15 ans sur les problématique liées à cette épidémie chez les migrants et aussi en Afrique.

L'hôpital Tenon est situé à l'Est de Paris, bon nombre de patients migrants infectés par le vih y sont soignés. Du fait de l'existence d'une maternité au sein de l'hôpital, beaucoup de femmes migrantes apprennent leur séropositivité au vih au cours du suivi de leur grossesse. La grande majorité des patients est originaire d'Afrique de l'Ouest.

Un partenariat hôpital / Uraca a été très tôt mis en place dès 1993 pour aider les patients en difficulté face au diagnostic de l'infection par le vih et aussi les soignants rencontrant des problèmes dans la prise en charge de certains patients (cette collaboration existe depuis quelques années à l'hôpital St Louis et ponctuellement dans d'autres hôpitaux).

Au début, les soignants pensaient que bon nombre de patients africains « ne comprenaient rien ! », peu à peu avec l'aide d'URACA nous avons pris conscience que nous-mêmes ne les comprenions pas toujours, ou bien encore que nous ne savions pas nous faire comprendre auprès d'eux.

Ainsi, bien souvent les difficultés avec les patients d'origine étrangère sont liées à des problèmes de communication et de compréhension mutuelles dans la relation soignant-soigné. En comprenant ce que représente l'événement migratoire et son impact dans la découverte d'une maladie grave, en étant sensibilisé à l'importance de la dimension culturelle dans le soin, les soignants ont pu améliorer l'accueil et la prise en charge de ces patients.

Le partenariat s'effectue sous 4 formes:

- 1°) Le soutien communautaire**
- 2°) La médiation culturelle**
- 3°) La consultation d'ethnomédecine : une prise en charge transculturelle**
- 4°) Formation mutuelle, partage de savoir**

¹⁴ Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines, 33 rue Polonceau 75018 Paris, site internet uraca.org

1°) LE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

« *Je me sens coupé en deux, divisé, une partie de moi-même n'est pas ici* » nous dit tel patient.

« *La décision la plus terrible que j'aie eu à prendre dans ma vie c'est de rester ici pour me soigner et être ainsi séparée des miens* » raconte cette femme dans un sanglot difficilement contenu.

« *C'est très dur d'être seule...Je ne suis pas habituée...ici, quand tu sors de ta maison, personne ne se parle...* »

Le soutien communautaire s'organise de plusieurs façons :

- ✓ **Visite hebdomadaire au chevet du patient avec le port d'un repas africain** : par la nourriture, par le dialogue dans la langue quand c'est possible, par la présence de ses pairs, quelque chose du pays est ainsi recréé et apaise le malade.
- ✓ **Accueil quotidien au sein de l'association** : repas, atelier couture, atelier informatique, aides dans les démarches administratives, assemblée des femmes. Tout ceci dans une ambiance comme au pays.
- ✓ **Visite hebdomadaire à domicile** : port d'un repas africain.

Ces visites sont proposés aux malades isolés du fait du diagnostic ou qui n'ont pas de famille ici.

Nous savons que la migration est une épreuve qui provoque chez le sujet une déstabilisation, une fragilité liées à différentes pertes :

- la perte de repères : difficultés au niveau du changement de climat, de la nourriture, dans les déplacements dans la ville, dans les démarches administratives. Difficultés et même souffrance dans la perte de la langue d'origine, Julia Kristeva d'origine bulgare, psychanalyste et écrivain dit ceci : « ... *il y a mort dans la perte d'une langue natale...* ».
- la perte d'une certaine identité : être Camara ou Toure, être peul, ou bambara n'est pas socialement reconnu: le migrant devient un étranger, un noir, puis à l'hôpital un séropositif.
- perte de l'enveloppe culturelle : la culture structure le psychisme humain, dans la migration il n'y a plus ce cadre culturel.
- la perte du groupe : l'isolement est douloureusement ressenti pour tout étranger. « *La solitude pour un Africain, c'est mortel...* » nous explique Monsieur Diarra, médiateur ethnoclinicien à Uraca.

Autant d'éléments qui favorisent un état de vulnérabilité propice à une décompensation somatique ou psychologique (dépression). Le diagnostic d'une maladie grave vient renforcer cette fragilité.

La solitude, dans les chambres individuelles de nos hôpitaux modernes - que nous occidentaux apprécions beaucoup - peut être mal supportée par le patient africain, elle est même parfois anxiogène. *"Un Africain n'est jamais seul. Au pays, s'il est hospitalisé, sa famille l'entoure, dort dans sa chambre"*.

Par ces visites hebdomadaires, un tissu relationnel est ainsi créé qui peut se poursuivre à la sortie. Le soutien communautaire permet au patient isolé, dans la précarité, de retrouver ce lien structurant du groupe qui lui faisait défaut depuis son départ d'Afrique. Soutien qui va l'aider à mieux supporter sa maladie et à mieux se soigner.

Pour un Africain, appartenir au groupe est vital, c'est pourquoi la grande crainte du malade est que son entourage soit au courant du diagnostic et le rejette. Le malade ne peut pas, ou ne veut pas, partager sa souffrance avec ses proches. La honte, la crainte de l'exclusion peuvent le conduire à un retrait difficile à supporter. *"Pour l'Africain, l'isolement est inconcevable. Sa force vitale est en relation constante avec celle des ancêtres proches et lointains et des membres du groupe. La plus grande calamité consiste à en être retranché et réduit ainsi à une existence déficiente, sans protection, vouée au néant"*¹⁵.

Cette association communautaire n'est pas spécifiquement ciblée SIDA bien que ses membres soient formés à la pathologie. A l'hôpital, elle apporte son aide à tout patient quelle que soit sa maladie. Le patient pourra s'il le souhaite aborder son diagnostic et il n'est pas rare qu'il le fasse. Apaisement et soulagement pour lui de constater que ce dont il souffre ne fait pas peur. Il peut retrouver confiance en lui.

2°) LA MÉDIATION CULTURELLE

Le médiateur ethnoclinicien connaît bien la culture du patient originaire d'Afrique de l'Ouest et il parle plusieurs langues (peul, bambara, sarakolé, ...). Il intervient dans différentes situations :

- Pour faciliter la communication entre le médecin et le patient: quand des explications concernant la maladie, le traitement n'ont pas été comprises. Il ne s'agit pas d'une simple interprétation, mais d'une formulation adaptée à la culture.. Les messages de prévention concernant la sexualité par exemple seront mieux acceptés et entendus si la sensibilité du patient voire sa pudeur sont respectées.
- Pour aider à la résolution de conflits entre patient-soignants, ou patient-famille ou soignant-famille.

Récemment nous avons organisé une médiation culturelle pour une patiente ne parlant pas du tout le français, accompagnée de son fils maîtrisant parfaitement notre langue. Le médecin, l'assistante sociale, le médiateur et moi-même étions réunis pour essayer de comprendre le conflit familial. *« Tout étranger utilise la langue étrangère comme un pansement, comme une sorte d'onguent, de crème sur les anciennes blessures... »*. La langue seconde ne permet pas d'« accéder à son for intérieur » explique Julia Kristeva.. Ainsi, le fils, pouvant tout à fait communiquer avec nous en français, s'est spontanément adressé au médiateur en bambara. De toute évidence, sa langue natale lui permettait d'être au plus près de la situation douloureuse qu'il vivait avec sa mère.

Le médiateur apporte des éclaircissements sur le contexte culturel, sur le sens de tel conflit familial, sur la place des uns et des autres dans telle famille (la place de l'oncle maternel par exemple, le système de filiation). Il aide les soignants souvent déstabilisés par le manque de repères, ou qui interprètent mal telle attitude. Par exemple, l'extension de la dénomination

¹⁵ Hubert Deschamps, "Les religions d'Afrique Noire", Paris, 1954, article cité par Pierre Verger, "Notion de personne et lignée familiale chez les Yoruba" in "La notion de personne en Afrique Noire, L'Harmattan, 1973, p.61

« frère, sœur, cousin, mère » dans l'entourage du patient. Les soignants ne savent plus qui est qui. Des doutes surgissent voire de la suspicion. Les soignants ont l'impression d'être manipulés ou trompés.

Le médiateur ethnoclinicien tient selon la formule de T. Nathan « une sorte de *position du diplomate* entre deux univers antagonistes »¹⁶

3°) LA CONSULTATION D'ETHNOMÉDECINE : UNE PRISE EN CHARGE TRANSCULTURELLE

Angoisse de mort, décompensation psychiatrique (idées suicidaires, syndrome anxio-dépressif, état délirant), incompréhension ou déni du diagnostic, détresse psychologique: autant de réactions face à la maladie grave qui peuvent concerner tout patient (occidental ou non), mais qui nécessitent pour certains patients migrants une approche tenant compte du contexte de la migration et des spécificités culturelles.

« *Cette maladie, je sais d'où ça vient, mon père m'a donnée en sorcellerie* » nous dit cette patiente qui ne prend pas ses médicaments et dont l'état s'aggrave.

« Je suis travaillé, je le sens, c'est les parents de ma femme qui n'ont jamais accepté notre mariage, c'est eux qui font des choses sur moi... »

« *Je ne suis pas malade, la preuve le médecin ne me donne pas de traitement !* » nous explique ce patient en phase asymptomatique.

Ainsi dans certains cas, le patient en difficulté, en souffrance, peut refuser de se soigner au prix d'une aggravation de son état de santé. De plus, les messages de prévention ne sont pas entendus et les risques de propagation du virus sont accrus.

Cette consultation transculturelle¹⁷ réunit autour du patient (accompagné ou non de membres de sa famille ou de proches) :

- *L'équipe de l'association URACA*: le Dr Moussa Maman, médecin et thérapeute traditionnel qui dirige les entretiens, le médiateur ethnoclinicien, la psychologue, un ethnologue. Une fois par an et pendant deux mois, cette équipe est complétée par la présence des tradipraticiens africains, guérisseurs traditionnels du Nord Bénin.
- *L'équipe soignante* : le médecin référent, les infirmières, la psychologue, l'interne, les externes, l'assistante sociale, sage-femme, kinésithérapeute... Les soignants ont ainsi accès, en situation clinique, à l'univers culturel du patient.

Le recours aux pratiques traditionnelles est très fréquent en Afrique. Les systèmes traditionnels de soin relèvent d' « *une logique complexe* », d'« *une rationalité profonde* » (T. Nathan) avec une « *capacité à s'adapter aux nouvelles situations, aux nouvelles maladies* ».

¹⁶ C. Lewertowski et T. Nathan « Familles migrantes : multiplicités des systèmes thérapeutiques », in « L'infection à VIH de la mère à l'enfant », Médecine-Sciences, Flammarion, 1988, p.282

¹⁷ En 2000, remise du 2^{ème} Prix Helioscope organisé par la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France et la G.M.F. pour la mise en place des consultations d'ethnomédecine.

Cette démarche ne remet pas en cause la confiance envers notre médecine moderne. La thérapie traditionnelle apporte « *des protections fondamentales* » (T. Nathan).

Très souvent en Afrique, les thérapies traditionnelles se déroulent en groupe, avec la famille et ceux qui ont une affinité avec le malade¹⁸. Ici à l'hôpital, les participants sont réunis en cercle autour du patient. Le groupe constitue une enveloppe psychique qui est en soi thérapeutique.

Les soignants par leur présence accordent une place à l'identité culturelle du patient, à ses manières de vivre, de se soigner...

Dans les cultures de tradition orale, les événements importants de la vie tels que la naissance, le mariage, la maladie, la mort (avec l'importance des ancêtres) sont pensés différemment. Il existe une réalité invisible, on accorde vie, force et pouvoir au minéral, au végétal à l'animal... Le sang, le lait maternel ont des pouvoirs bénéfiques ou maléfiques.

Lors des consultations d'ethnomédecine, les deux systèmes culturels occidental et traditionnel sont reconnus, l'un n'excluant pas l'autre. Le patient peut aborder en toute confiance des préoccupations qui lui sont spécifiques, sans craindre le ridicule. Les deux systèmes de représentations, occidentales et traditionnelles, dans lesquels navigue le migrant peuvent coexister sans s'opposer. Paradoxalement, l'approche traditionnelle donne, dans certains cas, sens et cohérence au discours médical scientifique.

Il est difficile de rendre compte d'une consultation d'ethnomédecine (de même qu'il est difficile de parler d'une séance de psychothérapie ou d'analyse bien que ce ne soit pas du même ordre). Il ne s'agit pas d'une consultation traditionnelle, ce n'est ni le lieu, ni le cadre. Nous sommes dans l'entre-deux.

Le nom, la parenté, l'appartenance ethnique, la langue natale sont des éléments systématiquement abordés. Ces références à la filiation, à l'ethnie rappellent implicitement au malade le lien à sa famille et son appartenance à un groupe.

Le ou les thérapeutes se présentent aussi, se nomment, racontent d'où il(s) vient(nent). Le dialogue qui s'instaure est bien souvent énigmatique pour l'occidental. Le langage allusif, métaphorique, suggestif qui est utilisé est tout à fait entendu par le patient à la différence des soignants qui sont déconcertés du moins lors des premières consultations. Peu à peu, les soignants vont se familiariser. Par la suite, ils peuvent communiquer différemment avec tel patient et mieux décoder sa manière d'être ou de s'exprimer.

Les représentations ancestrales de la maladie et les étiologies traditionnelles (possession, esprits ou ancêtres mécontents, sorcellerie, transgression de tabous ou non respect de rituels familiaux) ne sont pas systématiquement évoquées et lorsqu'elles le sont c'est toujours de manière implicite.

La maladie, comme l'accident, la perte d'un emploi, ou tout autre manifestation de malchance, de malheur est le signe d'un désordre -dont il faut comprendre le sens- et qui concerne non seulement le patient mais aussi sa famille.

Monsieur C., originaire du Mali connaît bien les différents modes de transmission et nous en discutons ensemble et dans ce même entretien, perplexe, il se questionne : « *Je ne sais pas d'où ça vient...* ».

¹⁸ J'ai moi-même assisté à Bello Tounga (Nord-Bénin) à un rituel de soin (culte de possession) : il avait lieu à l'entrée du village au pied de l'arbre sacré, un groupe d'au moins trente personnes étaient présents sans compter les villageois)

*"Chez nous, la maladie qu'elle soit physique ou mentale ne concerne pas uniquement l'individu touché mais aussi sa famille, tout le groupe." (M.Maman, Journée transculturelle "Des guérisseurs à l'hôpital, des soignants au village", 29 septembre 2001, hôpital Tenon, Paris). "Derrière l'histoire de l'individu se profile toujours le devenir de la communauté toute entière. [] La cause du mal qui rompt l'équilibre d'un organisme fait peser une lourde menace sur le corps social."*¹⁹.

Bien souvent, à l'issue de ces consultations, le patient va contacter la famille au pays qui elle est aussi va intervenir selon ses coutumes par des prières, rituels ou sacrifices.

La proposition d'une prise en charge transculturelle n'est pertinente que si elle fait sens pour le patient, s'il se reconnaît des liens avec sa culture d'origine. Le patient peut être occidentalisé (études supérieures, vivant en France depuis de nombreuses années, ...) ou d'origine rurale, analphabète, ayant gardé des liens avec son village, il peut être musulman ou chrétien .

Les indications sont variables :

- incompréhension du diagnostic : L'exemple de Monsieur K. : malgré une sérologie positive, il reste persuadé de n'être pas malade. Cependant, il accompagne aux consultations sa femme et de leur fille toutes les deux séropositives et sous traitement.
- refus du traitement : les causes sont multiples. Mme T. vient régulièrement à ses consultations, le médecin veut désormais lui prescrire un traitement qu'elle refuse : « *Si je dis que je suis séropositive, personne ne voudra se marier avec moi !* ». Une autre patiente s'inquiète « *Je ne veux pas du traitement, si je devient indétectable alors où sera le virus ?* ».
- problème d'observance : les causes sont variées: précarité, incompréhension ou refus du diagnostic, problématique personnelle plus profonde.
- souffrance psychique : le patient peut être très observant, ses résultats biologiques sont satisfaisants, « *le patient va très bien* » selon le médecin, mais persiste en lui une douleur morale difficile parfois à repérer. Il faut savoir décoder le sens du sourire (qui ne signifie pas toujours la joie), l'absence de plaintes. Julia Kristeva explique que les étrangers sont exposés aux maladies psychosomatiques « *ils sont dans cet espèce de vernis de la langue seconde mais le fond reste douloureux et le fond éclate sous la forme de la migraine quand ce n'est pas le cancer...* ».
- pathologie psychiatrique : troubles du comportement (délire, agitation, violence...), syndrome dépressif, risque suicidaire, angoisse de mort, plaintes somatiques sans cause organique (douleurs diffuses, sensation de malaise, le corps parle « *ça chauffe, ça se déplace* »).
- fin de vie : angoisse, isolement.

¹⁹ B. Hell, "Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre. Ed. Champs Flammarion, 1999, p.110

- conflits conjugaux ou familiaux : aggravés ou réactionnels à la pathologie (risque de divorce, tel mari qui n'assume plus ses responsabilités, sexualité devenue difficile, impossible (refus du préservatif par exemple).
- l'annonce du diagnostic : l'annonce d'une maladie grave est toujours une épreuve pour tout malade. C'est un moment-clé dans la prise en charge du patient. Dans le cas de l'infection par le VIH, la formulation peut être une donnée brutale. Tel ce médecin qui annonce à une femme enceinte VIH2 asymptomatique : « *vous avez le SIDA* » ! Véritable violence verbale qui provoque un choc psychique, avec risque suicidaire si ce n'est pas la fuite et le refus de soin.

Actuellement chez certains soignants, on assiste à une banalisation du diagnostic lié aux possibilités de traitement. Mais c'est oublier le décalage avec le niveau de connaissance du malade et c'est aussi méconnaître les effets sur le patient de la réalité dramatique de la maladie au pays. Certains ont vu des proches mourir du SIDA d'une mort lente, sans soin et dans la solitude. Tous les patients évoquent une forte angoisse « *Deux mois après, il y a encore en moi cette grande peur quand le médecin m'a parlé* ».

En entendant les propos de l'infirmier : « *je vous apporte vos médicaments du SIDA* », Mme B. nous raconte comment elle a protesté et réagi vivement : « *Vous ne devez pas dire cela !* »

Dans les cultures de tradition orale, les mots ont une force, un pouvoir. Prononcer le mot SIDA activerait en quelque sorte le potentiel mortel de cette maladie. Ainsi dans certains cas, le médecin peut utiliser d'autres formules : « *le virus de la maladie, la maladie qui passe de l'homme à la femme, la grande maladie* ».

4°) FORMATION MUTUELLE, PARTAGE DE SAVOIR

Un échange des savoirs s'est instauré entre l'hôpital et l'association.

1°) **Au niveau de l'association** : les membres d'URACA sont formés à la pathologie du sida, les médecins apportent leur connaissance médicale avec des mises à jour sur l'évolution de la pathologie, et des traitements. Des réunions à thème sont organisées avec un élargissement à d'autres pathologies (hépatites, drépanocytose).

2°) **Au niveau des soignants** : formation en situation clinique, participation au cycle annuel de conférences d'Uraca, voyages d'étude dans le village du Dr Maman au Nord-Bénin effectués par des médecins, psychiatres, psychologues, assistante sociale, infirmières de l'AP-HP (participation à des thérapies traditionnelles dont le culte de danses de possession, expérience d'une certaine « situation migratoire » : village dans la brousse, repères différents, cadre culturel autre, adaptation au climat à la nourriture....)

J. Faure, psychologue, hôpital Tenon, Paris. (Communication orale, 52^{ème} rencontre du CRIPS Ile-de-France en partenariat avec la Cité des sciences et de l'industrie, 2003)

Dr. A. Giannotti, association Uraca, Paris.

Dr C. Lascoux, hôpital Tenon, hôpital St Louis, Paris.

Sorcellerie et psychanalyse, "point" de rencontre

Dr Berthe LOLO, psychiatre, 02323 Hôpital de PREMONTRE

Texte publié dans les Cahiers du GRAPPAF N°4 2003 Harmattan éd. P90-100

MOTS CLÉS : Sorcellerie – Psychanalyse – Anthropologie – Identification projective.

RÉSUMÉ

La sorcellerie a été étudiée par l'anthropologie comme un système, un mode de fonctionnement. La sorcellerie est, comme une religion car c'est une croyance avec ses rites et ses effets dans le réel. Si la psychanalyse a permis de lire la religion, ne pourra-t-elle pas aussi lire la sorcellerie ou mieux, une lecture simultanée de la sorcellerie et de la psychanalyse peut elle produire une compréhension plus féconde des mécanismes fonctionnels de la vie ? Nous proposons d'imaginer la dynamique du système sorcellerie en considérant deux mécanismes psychiques, l'identification et la projection. Le système projectif n'a donc de sens que s'il est couplé par les identifications. C'est la boucle des identifications projectives, la ronde des identifications. La sorcellerie c'est l'art de manipuler les liens entre les individus en rentrant dans la boucle des identifications.

La sorcellerie a été étudiée par l'anthropologie comme un système, un mode de fonctionnement. Le discours de la sorcellerie vu sous cet angle ne peut-il plus être étudié par un autre système de pensée, telle la psychanalyse par exemple ? Mais pourquoi ce postulat disant qu'entre eux il n'y aurait pas de rencontre ?

Dans les sciences humaines, nous connaissons la psychologie, la sociologie, la psychanalyse, l'anthropologie. Ce sont des sciences permettant de comprendre le fonctionnement de l'individu et des sociétés, mais pas de la religion.

La sorcellerie est, comme une religion car c'est une croyance avec ses rites et ses effets dans le réel. (1)

(1)-« toute religion n'est donc réelle, constatable et analysable, d'abord, par et dans les individus qui la pratiquent, et qui, seuls, dans le mécanisme de leur esprit et de leur cœur, en gardent le secret, même s'ils ne s'en doutent pas... »

Et c'est premièrement ce mécanisme, conscient ou inconscient, qu'il faut isoler, pour comprendre le jeu dans un système donné. »

J.Botéro,

« La vieille religion »

P.23, edit.Folio (82) collection histoire

Parmi les sciences humaines cités, la majorité est descriptive, exception faite de la psychanalyse qui est à rapprocher d'un mode de vie.

Cette facette de la psychanalyse n'a pas été suffisamment prise en compte dans la littérature.

La psychanalyse, comme la religion et comme la sorcellerie ne s'explique pas, ne se démontre pas, elle se vit. Les théories ne sont que des outils, "*La carte n'est pas le territoire*" (Korzybski, in "*Sémantique générale*"). En outre J.Lacan nous dit que "*le mot tue la chose*".

C'est la raison pour laquelle, elles pourraient sembler s'exclure mais paradoxalement, elles ont des <<points>> de rencontre, à cause de la clinique différentielle qu'on peut observer.

Nos patients nous rappellent cette intersection, ils nous parlent régulièrement de leurs croyances sorcières. Que faire de ce discours ?

Si la psychanalyse a permis de lire la religion (2), ne pourra-t-elle pas aussi lire la sorcellerie ou mieux, une lecture simultanée de la sorcellerie et de la psychanalyse peut elle produire une compréhension plus féconde des mécanismes fonctionnels de la vie ?

(2)- S.Freud,
« L'avenir d'une illusion ». 1927

VIGNETTE CLINIQUE

Doramé A. âgé de 29 ans vient en consultation sous les recommandations de ses parents avec lesquels j'entretiens des relations d'amitié, après avoir tenté une prise en charge traditionnelle. Les parents de Doramé inquiets de son état en Europe ont sollicité son retour au pays pour faire le point. En effet la situation de Doramé semble s'éterniser, il tourne en rond depuis environ six ans, ne s'intéresse à rien, est triste et à des idées suicidaires. Il se sent persécuté, ensorcelé et à l'impression de ne pouvoir échapper à ce maléfice.

Doramé se plaint de la sensation d'avoir l'esprit embrouillé plein et distrait. Il a des difficultés pour mémoriser ses cours. Il a une sensation physique d'abattement qui l'empêche de faire quoi que se soit. Il reste alors muré dans sa chambre à pleurer, incapable même de répondre au courrier électronique. Il a l'impression de manquer de confiance et de ne pas être sur la même longueur d'onde que les autres.

Et surtout il est persuadé que les autres se rendent compte de cette différence et le lui signifient ainsi quand ils lui disent : « tu es trop embrouillé ».

Les débuts des troubles remontent à l'âge de 17-18 ans par des difficultés scolaires après le départ en Europe de son frère aîné qui vient de passer son baccalauréat. Doramé présentera donc la première partie du Baccalauréat une fois et la deuxième partie du baccalauréat trois fois. Il ne la réussit qu'après une séparation d'avec le milieu familial en allant dans une autre ville.

A son tour il va en Europe, ce qui lui procure une accalmie de deux ans, puis les malaises reviennent de plus en plus, l'empêchant d'aller à l'école et de passer ses examens. En Europe, il a rencontré des psychiatres et a entrepris quelques séances de relaxation avec l'un d'eux mais sans succès.

Doramé est persuadé qu'il est ensorcelé par sa belle-mère (sa tante et épouse de son père.)

Il est allé déjà consulter accompagné des membres de sa famille, et il semblerait que ce soit effectivement sa belle-mère. Ce diagnostic ne l'étonne pas, car leurs relations n'ont jamais été bonnes et aussi à cause des rêves répétitifs qu'il fait.

Dans un entretien semi-dirigé, Doramé accepte de me donner des éléments sur sa biographie lors de cette première consultation. Il a déjà été en consultation psychiatrique et a même bénéficié de quelques séances de relaxation. Mais je sais aussi qu'il attend autre chose de cette consultation.

Vais-je lui donner ce qu'il attend de moi ?

Sa belle mère et son père ont insisté pour qu'il vienne me voir en sous entendant que je fais de la recherche. Je me sens un moment prise au piège. Il est vrai que je me suis engagée dans une recherche théorique pour la compréhension des phénomènes en sorcellerie.

Mais cette recherche théorique est couplée par une démarche personnelle d'expérience psychanalytique qui m'amène à considérer le Savoir comme renoncement du savoir et le partage du savoir comme renoncement à la détention du savoir. Comment partager avec Doramé ma compréhension de son sentiment persécutif, et le faut-il ?

A travers des éléments biographiques, d'une anamnèse associative, je découvre avec Doramé de quels parents il est le fils, de quels amants il est le fruit, de quel communauté il est l'élément et nous recherchons activement ensemble avec plaisir des événements qui l'ont empêché de devenir véritablement le fruit, le fils, l'élément.

ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES

Doramé est le deuxième né de sa mère. Sa mère le conçoit quand son aîné a tout juste neuf mois. Mais la mère est déjà malade d'une tumeur utérine qui l'emporte un an et demi plus tard.

La jeune mère laisse deux orphelins et un veuf amoureux très éploré. Le fils aîné est confié à la grand-mère paternelle, le second est confié à l'amie intime de la décédée comme elle le désirait et qui n'a jamais cessé de pleurer la défunte. L'amie n'avait qu'un enfant âgé de six ans à l'époque. Doramé reste avec elle pendant une année puis va rejoindre son aîné chez la grand-mère paternelle. Doramé a alors trois ans.

Vers l'âge de quatre ans, les deux enfants repartent vivre avec leur père qui vient d'épouser une deuxième femme qui n'est autre que la jeune sœur de la défunte qui a dix ans de moins que leur mère.

A la maison, une rivalité s'installe entre les deux frères. L'aîné se démarque rapidement sur le plan scolaire. Il est brillant, et a une année d'avance sur les autres. Cette belle-mère se révèle sarcastique et sévère, corrige les enfants avec le martinet et déclame à qui veut l'entendre que Doramé est foncièrement méchant.

Doramé s'adonne alors au travail scolaire pour faire comme son frère. Les repas à table sont difficiles car on lui demande d'attendre que son aîné soit servi. Il s'est toujours senti humilié à table.

Il se sent légèrement plus à son aise de quatorze à dix sept ans, découvrant le collège, puis un mal être s'installe peu de temps après le départ de son aîné.

MOMENTS ET ÉVÉNEMENTS AYANT PERTURBÉ L'ÉVOLUTION DE DOAMÉ

Doramé est le deuxième enfant. Il est conçu neuf mois après l'accouchement de son aîné.

Il survient quand son aîné est entrain de vivre son angoisse de séparation d'avec la mère. Il est donc celui qui va perturber l'aîné. Il est normal que l'aîné puisse le considérer comme un véritable rival. D'ailleurs Doramé a toujours senti l'animosité de son aîné. Le jour où se dernier passa son baccalauréat, à Doramé qui vient le féliciter, il dit : « Toi, tu me respecteras. »

Les deux enfants n'ont jamais pu avoir un entretien qui ne se soit pas terminé en violente altercation.

« Doramé a toujours senti consciemment les sentiments violents qui animent les autres et presque accepté que les autres puissent les lui reprocher aussi à cause de ses actes que lui ne trouvent que différents mais que les même autres qualifiaient de violents. »

L'aîné de Doramé est tout son contraire, il est brillant, il est très famille, essayant toujours de faire plaisir à ses parents et surtout à sa belle-mère avec qui il s'entend bien. Mais c'est un jeune homme qui selon Doramé, a peu d'histoires sentimentales. Doramé le trouve froid avec ses amies et trop obéissant vis à vis de la famille et de la belle mère.

Doramé a été conçu quand la mère était déjà malade. La grossesse et l'accouchement ont été difficiles. La mère a continué d'être malade après son accouchement. La mère de Doramé n'a pas pu être suffisamment disponible pendant la grossesse et après son accouchement, elle confie donc son second fils à son amie intime en lui disant : « C'est ton fils. » Cet acte de don à l'amie est repris dans l'interprétation premièrement comme un acte d'amour, mais secondairement aussi comme un lien incassable, comme un acte dans une tragédie.

Ce lien est donc susceptible d'être jaloué par l'aîné. Cependant ce lien rend le deuil impossible pour tout le monde. L'amie n'a jamais cessé de pleurer la défunte. Et chaque fois qu'elle voit Doramé elle éclate en sanglots. Le père ne parle jamais de la défunte ni de sa maladie. Elle est un fantôme qui plane dans la famille. Le fils aîné revit la mère à travers la belle-mère, de même que, l'amie de la mère et le jeune frère évoquent la mère.

Après le décès de sa mère, Doramé est remise à l'amie et l'aîné à la grand-mère paternelle. Doramé n'est pas resté dans la famille. Cette séparation peut être jugée comme arbitraire par les deux enfants et aussi pénalisante.

Quand une mère décède des suites de couches, le bébé est souvent désigné comme responsable de la mort de cette dernière. Ce sont des «enfants sorciers» considérés comme méchants. La grossesse et l'accouchement de Doramé ont aggravé l'état de santé de la mère. Doramé est donc détecté comme foncièrement méchant. C'est lui qui est venu emporter la mère. Tout ce qu'il peut faire ne peut être vu que comme mauvais. C'est ce que lui répète journalièrement sa belle-mère.

Elle le lui répète inlassablement car elle le sent de façon inconsciente responsable du décès de cette sœur aînée aimée et haïe et aussi parce qu'à cause de lui elle a été obligée de se marier avec leur père pour s'occuper des enfants surtout de lui le plus jeune.

Belle-mère, elle a épousé un homme qui n'a pas fait le deuil de son épouse, un homme qui ne l'aimera peut-être jamais pour elle même, de plus elle n'est que la nourrice de ses enfants, peut-elle alors investir ces enfants ?

La belle-mère reconnaît toujours avoir été rigide et sévère car elle avait peur de ne pouvoir bien élever les enfants d'une autre. En effet dans ses moments de déprime, Doramé se remémore tous les incidents qui se sont passés entre sa belle-mère et lui, qu'il n'a pas oublié. Ce sont pour lui des preuves de l'envie de cette dernière de le détruire et de l'empêcher de s'épanouir dans la vie.

La substitution de la mère défunte par sa jeune sœur, empêche les enfants et le père de faire le deuil de la mère. Elle embrouille la situation comme le cerveau de Doramé. La réalité rattrape le fantasme, empêchant le déploiement de l'imaginaire ou plusieurs possibilités peuvent s'inventer et s'essayer.

La relation de rivalité avec son frère est un stratagème où ils se battaient encore pour l'amour de la mère qui ainsi ne peut être morte. Le départ du frère rouvre une blessure non cicatrisée. Il renvoie au décès de la mère et au deuil non élaboré et surtout il renvoie la fonction maternelle perturbée dès la conception, durant la grossesse et après l'accouchement de Doramé.

En Europe, Doramé a du mal à investir les études. Il ne se sent bien que dans certaines activités de réparation comme lorsque qu'il donne des cours de français à certains immigrés qui ne parlent pas le français. Il passe aussi beaucoup de temps sur Internet, à compulsier les rubriques de politique internationale ayant pour thème l'injustice que subit les pays du tiers monde. Pour Doramé, le monde est injuste, la vie est injuste.

Nous sommes fragiles, perméables, à la merci des autres.

En Europe, Doramé fait des rêves répétitifs. Il rêve qu'il se bat avec un ami qui lui lance des marmites que lui essaye d'esquiver. Il rêve aussi que l'ami avec qui il lutte cherche à lui transpercer le ventre. Il réussit à prendre le couteau et à le jeter et ou à sortir le couteau du ventre avant de le jeter. Il se souvient des bagarres où il est toujours en position défensive et non offensive.

Dans notre travail nous n'avons pas voulu insister sur le diagnostic psychiatrique de Doramé. Les psychiatres et psychologues rencontrés ont discuté la dysthymie devant l'humeur dépressive et l'apragmatisme au long cours. Les traits paranoïaques culturels ont été évoqués du fait qu'il considérait sa belle-mère comme responsable de sa maladie et enfin les préoccupations hypochondriaques ont penché sur la dépression masquée. Le cas de Doramé restera un cas difficile à «caser» s'il faut tenir compte des outils de diagnostic actuellement proposés. Nous nous proposons de revenir sur la discussion diagnostique psychiatrique dans un autre travail.

ÉLÉMENTS DE DISCUSSION SUR LE PHÉNOMÈNE SORCELLERIE

Les identifications projectives et sentiments persécutifs.

Nous proposons d'imaginer la dynamique du système sorcellerie en considérant deux mécanismes psychiques, l'identification et la projection. Nous allons emprunter au père E. De Rosny(3) cette définition de la sorcellerie qu'il met dans la bouche d'une femme âgée douala. « *La sorcellerie c'est lorsque le jour nous mangeons ensemble dans le même plat et que la nuit vous me mangez.* » Cette femme en parlant semble avoir circonscrit le phénomène de la sorcellerie anthropophagie. Il faut être au minimum deux. Il faut une inter relation entre les protagonistes qu'elle soit directe ou indirecte. La relation se fait à base d'identification introjection. « *Nous mangeons ensemble la même chose.* » En nous nourrissant de la même substance, nous sommes liés.

(3) E. De Rosny ; La nuit, les yeux ouverts.

Des liens familiaux, amicaux, humains nous lient et nous emprisonnent. Dans la tradition, il est souvent dit que la sorcellerie n'attrape pas les innocents et les étrangers. Ceux qui ont les mains propres n'ont rien à craindre. Or peut-on ne pas être lié à au moins un autre ?

Beaucoup de villageois n'acceptent pas cette affirmation et préfèrent celle ci : Votre persécuteur ne peut être qu'une personne que vous connaissez, il ne peut pas être un étranger. Ce qui semble logique. En effet lorsqu'on vous apprend qu'une personne vous veut du mal, vous êtes outré et vous lui en voulez de s'en prendre à vous en oubliant ou en faisant fi de vos prétendues bonnes relations antérieures. Mais si vous ne le connaissez pas, s'il n'a pas trahi vos liens, si vous ne pouvez ni le voir souffrir de votre vengeance, ce qui prouve que vous l'avez bien repéré comme acteur de vos malheurs, ni lui montrer votre mécontentement, comment arriverez vous à être soulagé ? Cela devient un non-sens. Donc pour qu'il y ait sorcellerie il faut que les personnes soient en relation proche et partagent certaines identifications, et que les uns s'autorisent à nommer et à haïr les autres.

Le deuxième mécanisme utilisé dans le système est la projection. La projection est le mécanisme psychique qui consiste à percevoir et vivre ses affects et sentiments surtout hostiles comme provenant de l'extérieur souvent comme issus de l'autre. Ce mécanisme permet de méconnaître ses propres sentiments comme siens mais de pouvoir les analyser en les reconnaissant hors de soi. « *Il me hait* » m'autorise aussi à le haïr. Mais paradoxe, si je le hais, il a aussi le droit de me haïr.

Mais, la personne prise par le système de sorcellerie dénie les conséquences de ses affirmations.

Dans la boucle des identifications on ne sait plus où est le début et où est la fin. Nous rentrons dans la boucle projective. En effet il est facile de ne pas reconnaître ses propres sentiments dans la mesure où ses sentiments sont réactionnels et/ou alimentés par des sentiments provenant de l'autre.

Le système projectif n'a donc de sens que s'il est couplé par les identifications. C'est la boucle des identifications projectives, la ronde des identifications. Les identifications projectives alimentent donc les relations et la vie des individus. Les identifications vont permettre aux individus de se reconnaître comme mus par une même passion, vont leur permettre de mettre en place des stratégies de vie pour un « acte sexuel impossible » dicit Lacan.

La manipulation des liens.

La sorcellerie c'est l'art de manipuler les liens entre les individus en rentrant dans la boucle des identifications.

Il n'existe pas d'individu sans identifications. Ce sont les identifications qui nous font courir. Ces identifications nous relient donc à l'autre. La sorcellerie est la technique de leur manipulation. Couper ou manier ces identifications, les interrompre inquiète notre système homéostatique antérieur et peut l'emballer.

Dès la conception de l'individu se met en place un système de liens qui nous permettra de nous définir comme sujet et de nous définir par rapport aux autres. La relation maternelle est son prototype. La relation maternelle permet la mise en place du premier lien qui n'est que lien par la présence paternelle. La fonction paternelle va permettre le fonctionnement de l'identification projective. La fonction maternelle elle, sera responsable de la mise en place de l'identification introjective. L'identification introjective fera que l'enfant dise : *ma mère est donc je suis*. L'identification projective fera dire à l'enfant : *mon père est donc l'autre est*. Les deux mécanismes sont couplés. Cette relation ne cessera de s'actualiser dans la vie de façon nouvelle mais harmonieuse par notre relation avec les autres. La relation à l'autre actualise donc ces liens.

Couper les identifications nous fait rentrer dans un état de crise aiguë, de remise du compteur à zéro et non plus à une réactualisation harmonieuse des liens. C'est un moment d'effervescence qui rappelle le début de la vie et la pulsion de croître, de grandir et d'évoluer sur le plan physique comme psychique.

Les identifications sont à la base des pulsions de croître et d'évoluer. Elles imposent au moi naissant à répondre au désir originaire maternel congruent ou non à la culture humaine de complétude : « *Allez et multipliez-vous* ». Manier les réponses identificatoires impose au moi de recommencer la réponse physique et psychique mais de façon rapide et donc déstabilisante parce que à la limite du conscient et parce que forçant le sujet à emprunter une trajectoire nouvelle sans pulsion de croître et d'évoluer, ce qui signe la mort physique.

Le sorcier anthropophage ou persécuteur, rentre dans la boucle et bloque les identifications. Il laisse le persécuté se débrouiller pour retrouver ou pas son homéostasie. Il peut parvenir à bloquer ses identifications par des rituels le mettant hors portée de la relation humaine identificatoire.

La belle-mère est rentrée dans la boucle et a empêché les enfants de faire le deuil de leur mère, afin de passer à autre chose. Par ailleurs des éléments de réalités n'ont pas permis aux enfants de réinvestir leur belle-mère sainement, à cause de ses affects réels agressifs affectés plus tournés vers Doramé que vers son aîné ; Doramé étant le plus jeune, celui sur qui elle devait veiller et qui par surcroît est traditionnellement responsable du décès de sa sœur.

Avec Doramé, nous n'avons pas insisté sur l'ambivalence de la belle-mère envers sa sœur aînée vivant l'amour éperdu du beau-frère. A-t-elle souhaité la mort de sa sœur comme toutes adolescentes vivant et jalouses l'amour des aînés ? Ici encore la réalité rattrape le fantasme car la sœur décède et le père se retrouve confisqué par une belle mère qui ne peut pas « s'en occuper » puisqu'elle même est « occupée » par Doramé.

Pourquoi Doramé se laisse-t-il convaincre de la culpabilité de sa tante dans la défection de ses liens à sa mère ?

C'est entre autre à cause de la mise en place douloureuse de ses liens due à la maladie de la mère. La mère n'a pas pu être présente. Elle a manqué. Si au moins le père pouvait prendre la mère ! La première mère ne pouvait pas s'occuper du père. La deuxième mère, à cause du fantôme de la morte représentée par Doramé ne pense même pas à s'occuper du père. La belle-mère aussi manque car elle ne réussit pas à faire rentrer le père dans le lien à la mère. Par l'identification introjective, Doramé a manqué. Il « sait » ce qu'est « être mauvais ». Il sait donc que la belle-mère est mauvaise.

De même qu'un deuil est appelé à prendre fin, cet état aigu d'ensorcellement est aussi appelé à rémission après que la relation malade se soit arrêtée.

La voyance consiste à retrouver quelles identifications tertiaires ou secondaires font mal. L'aide du voyant devient nécessaire d'une part du fait des identifications inconscientes et d'autre part du fait des mécanismes psychiques de condensation et de déplacement, faisant qu'une identification malade puisse en cacher une autre. C'est le phénomène du «manteau.» Il s'agit de faire porter le «manteau-chapeau» du persécuteur secondaire par le persécuteur tertiaire.

Découvrir le persécuteur est thérapeutique dans la mesure où indirectement il révèle notre manque et notre désir. Découvrir le persécuteur nous autorise à le haïr ou à l'aimer consciemment. Le guérisseur n'oublie jamais de demander s'il faut renvoyer le sort à l'envoyeur.

Le voyant rentre dans la boucle des identifications projectives de son client et de son entourage grâce à des rituels et souvent naturellement sans rituel. Le voyant a la particularité de n'avoir pas une identification introjective défectueuse. Il va donc approcher le manque de l'autre et de tous les autres. Il peut dire : *« je ne suis pas moi donc je peux être toi. »*

Les enfants avec quatre yeux ne sont pas des voyants mais ils voient sans comprendre et sans distance.

Traditionnellement, le voyant est différent du guérisseur. Voir c'est recevoir ou rentrer dans la boucle des identifications projectives de l'autre volontairement en étant capable de reconnaître les identifications propres à l'autre.

Guérir s'est bloquer la chaîne des identifications à un moment donné et provoquer l'état de désorganisation puis savoir gérer la réorganisation, c'est à dire pouvoir gérer un deuil par des rituels de contenance entre autre.

Le sorcier persécuteur bloque la chaîne des identifications, en laissant l'autre désemparé dans une situation aiguë.

La belle-mère dans la boucle interactive semble celle qui a la plus perturbé la boucle des identifications chez le jeune Doramé. Mais les voyants auraient pu aussi diagnostiquer l'amie de la défunte, argumentant une jalousie confortée par le fait qu'elle avait du mal à faire un deuxième enfant. Ils auraient aussi pu s'en prendre au père. Il aurait pu tuer sa jeune épouse et «bloquer» ses propres enfants parce qu'appartenant à une secte ou encore le père ou la mère de la défunte. Enfin, ils auraient pu diagnostiquer que la mère est partie avec l'âme de son fils. Il existe des persécuteurs conscients et/ou pervers car ils sont contre la vie et l'évolution et des persécuteurs inconscients.

Et il existe des victimes universelles qui attirent les persécuteurs et les victimes occasionnelles. Sans toute fois oublier que les victimes sont des persécuteurs potentiels.

Se sentir persécuté, c'est se reconnaître membre d'un groupe.

Se reconnaître dans la boucle identification persécution pour pouvoir s'en extirper.

La psychanalyse permet l'étude du fonctionnement de l'activité psychique des individus. Elle va autoriser la nomination du sujet, comme sujet acteur d'un système psychique à base d'identifications familiales. C'est l'individualisation. Elle ne décrit donc pas un individu isolé centripète. Elle décrit un individu alié-né ou a-lié-né dans son histoire avec les autres, commençant par les parents. C'est donc aussi un système communautaire. S'imaginer que la psychanalyse ne rime pas avec la sorcellerie et avec le système communautaire n'est donc qu'une façon d'éluder les fondements de la psychanalyse. La sorcellerie c'est la manipulation du fonctionnement psychique à ciel ouvert. Mêler psychanalyse et sorcellerie autorise un raccourci pour la nomination du sujet. En effet la sorcellerie est devenue de plus en plus de nos jours, un système clos, étouffant et se dénonçant, appelant à sa nomination et à la nomination du sujet. La sorcellerie est ainsi un système témoin pouvant démontrer les

«dérives» d'une psychanalyse certaine psychanalyse. Cette psychanalyse de plus en plus rencontrée devient une sorcellerie discrète, «d'intérieur». La psychanalyse va aider à la reconstruction, à l'individuation de l'analysant par la manipulation du transfert. La sorcellerie en crise n'entraîne pas l'individuation, elle invite ainsi la psychanalyse à la délivrer, en la reconnaissant et en la nommant.

La seule façon de pouvoir s'extirper de la persécution de l'autre est de se nommer sujet acteur lié et donc potentiellement persécuteur.

C'est que nous avons essayé de faire avec Doramé en quatre séances d'anamnèse associative et désaliénante. Doramé a pu savoir qu'il a été tout le temps un sujet opérant, se débattant et vivifiant. Qu'il est acteur et l'a toujours été.

Cette reconnaissance de lui-même, cette réconciliation d'avec lui-même, a permis une réconciliation d'avec sa belle-mère, son père et son frère aîné.

Tout ceci a pu se faire par notre croyance à la psychanalyse et à la sorcellerie comme se tenant par la main, et aussi par notre capacité à imaginer l'autre comme un acteur actif qui s'est toujours pris en charge même s'il en n'est pas toujours conscient.

Le lait maternel, nourriture sacrée : pouvoir de vie, pouvoir de mort

Dr Moussa MAMAN, Ethnopsychiatre, association URACA (Paris), centre de soins de Bello Tounga (Nord Bénin)

RÉSUMÉ :

Le lait maternel est la nourriture des dieux. Sa puissance lui donne pouvoir de vie et de protection contre les puissances malfaisantes, mais aussi pouvoir de mort et de destruction. Les liens de parenté qu'il crée sont indestructibles même au fil des générations. C'est pourquoi d'un côté à l'autre de l'Afrique, toute une gamme de soins, de rituels ou d'interdits protègent la mère et l'enfant. Que peut nous arriver de meilleur que d'être nourri par sa mère et que peut-il arriver de pire que d'être maudit par elle sur son sein ?

LE PARTAGE DU LAIT METERNEL : UN LIEN INDESTRUCTIBLE

Le lait nourricier de la mère génitrice reste le lien le plus fort dans l'ensemble des groupes ethniques soudanais de l'Afrique sahélienne. Malgré l'islamisation et la christianisation, cette notion est restée très vivace. La parenté de lait est souvent le lien le plus fort dans les différentes ethnies. La solidité de l'appartenance lignagère d'une personne passe par la commensalité du lait maternel ; ainsi, les enfants de pères différents, mais ayant tété le même sein ne doivent pas se marier entre eux.

Ce droit lié à la parenté du lait ne donne pas les mêmes prérogatives que la parenté utérine qui reste en général prééminente dans la lignée maternelle; mais, dans certains cas, elle peut la supplanter. Ainsi, dans la communauté Djerma-Songhai¹, quand un enfant a tété le lait de sa grand-mère suite au décès de la mère génitrice, dans certaines circonstances de la vie quotidienne, il se permet de considérer son propre père et ses oncles comme égaux pour le partage des biens matériels et moraux. L'enfant, en tant que fils de son père gardera son statut et son rôle filial mais appellera sa grand mère "maman".

Un enfant qui perd sa mère pendant qu'il est nourrisson, peut être confié à une autre femme qui a tété le même lait que sa mère. Cette femme devient tacitement la mère de l'enfant nourri à son sein, et tous les enfants de cette dernière deviennent obligatoirement les frères et sœurs de cet enfant.

LA PARENTÉ DE LAIT ET SES LIENS

Le lien familial

Les enfants d'un homme et de sa sœur sont des cousins à plaisanterie²⁰, dans tous les cas, ils se doivent respect et entraide mutuelle, faute de quoi, la colère de l'un peut porter malheur à l'autre. La colère du cousin de lait est plus redoutée et plus redoutable que celle de son frère de sang car elle peut entraîner la mort brutale, une dégénérescence physique, mentale ou sociale. Une épouse aimée peut quitter la maison, déchoir d'un statut social ou perdre des objets précieux, etc.

²⁰ Le cousinage à plaisanterie est un mode relationnel très vivant en Afrique de l'Ouest. Des cousins dont les parents sont de sexes différents (frère et sœur) peuvent se permettre toutes sortes de plaisanteries et de farces sans que l'un d'entre eux ne puisse se plaindre. Cela s'accompagne également d'obligations d'entraide.

Le lien ancestral

Quand un homme épouse une femme d'un autre groupe ethnique, les descendants de ces deux lignées deviennent des cousins à plaisanterie par le lien de lait et le lien du sang. Par la suite, les descendants d'une lignée par le lien du lait ont tous les droits sur les descendants par les liens du sang. En Dendi on dit qu'ils sont des « *basse* », c'est à dire des cousins à plaisanterie. Cela explique la persistance encore aujourd'hui de nombreuses relations inter-ethniques basées sur ce cousinage à plaisanterie impliquant tout un code moral de droits mais aussi de devoirs.

Le lien de voisinage

La cohabitation pacifique de deux communautés pendant des années crée un lien de voisinage très fort. La terre partagée symbolise une même mère nourricière. De ce fait, ces communautés se doivent assistance mutuelle.

LA MALÉDICTION DU LAIT

Chez les Djerma-Songhaï, dans le cas d'un conflit opposant une mère à son enfant, les sages se réunissent pour demander à la mère de ne pas se mettre en colère contre son enfant car cela lui portera préjudice. On la prie de ne pas jeter l'anathème sur l'enfant.

Il existe plusieurs sortes d'anathèmes. Dans le premier cas, la mère maugrée sa colère envers son enfant, de façon inaudible avec de mauvaises intentions, sans que personne ne l'entende. Plus grave, elle peut aussi proférer ouvertement et de vive voix une mauvaise parole, entendue de tous, à l'encontre de son enfant. Enfin, la pire des choses que la mère peut faire, c'est de prendre son sein et de dire à son enfant : « *Si c'est vrai que c'est le lait de ce sein que tu as tété, alors, tu payeras pour l'acte que tu as commis.* »

Dans les deux derniers cas, l'enfant est obligé de demander pardon à sa mère en se prosternant devant elle en présence d'une vieille femme qui se prosterne également pour conjurer l'acte : « *mé ka yam* », enlever la bouche.

L'anathème le plus dangereux et irrévocable est la colère extrême d'une mère qui se met nue devant son enfant, montrant son sein et son sexe à l'enfant qu'elle maudit. A ce stade, plus personne ne peut intervenir.

Il existe un autre degré encore plus fort de l'expression de cette colère des mères. En effet, s'il s'agit de bannir un chef de village, un chef de canton ou un dignitaire, quelques vieilles femmes se déshabillent en plein jour pour baiser le sol avec leur sexe en proférant une malédiction à l'encontre d'un roi ou du représentant de l'autorité qu'elles veulent chasser.

LE BON LAIT

Le destin d'un enfant dépend du lait de sa mère. On pense que le lait maternel est le véhicule privilégié des substances protectrices qui agissent aussi bien dans le monde visible que dans l'invisible pour protéger l'enfant du mauvais œil, des mauvaises intentions, des forces occultes, et ce jusqu'à l'âge de 7 ans révolus pour les garçons, et de 8 ans pour les filles.

La femme est l'objet de soins attentifs pour préserver la qualité de son lait. Dans toute l'Afrique, les parturientes sont soignées avec des plantes données sous forme d'infusions, ou d'emplâtres afin que leur lait soit purifié. Après l'accouchement, la femme doit faire attention

à son alimentation; la qualité des repas est surveillée, en particulier, la quantité de protéines animales, de protéines végétales, de calcium et de glucides, les lipides également (on lui donne du beurre de karité ou du beurre de vache), des céréales fraîches... A cette occasion, la contribution financière et matérielle du mari est très sollicitée. Et suivant les cultures et les traditions familiales, divers interdits alimentaires lui sont imposés.

Chez les Bété ou les Bambara, quand la femme est en grossesse, si elle commence à avoir des démangeaisons dans les seins, on dit qu'il y a des fourmis, ou des insectes dans les canaux galactophores. On réalise alors un rituel de purification qui consiste à faire des décoctions accompagnées d'incantations prononcées pendant qu'on lave les seins de la future maman. Ce rituel est indispensable, faute de quoi, l'enfant ne devra pas être allaité aussitôt après sa naissance car il risquerait de mourir de diarrhée.

L'abcès du sein est interprété comme étant le résultat d'un rot ou d'une régurgitation du bébé pendant la tétée provoquant ainsi un reflux du lait dans les canaux galactophores. Pour les éviter, on pose des emplâtres de substance minérale ou végétale sur les seins, mais jamais de matière animale.

Dans certains milieux (Dendi-Songhaï du Niger, au Burkina Fasso et au nord Bénin), les mamelons qui noircissent pendant la grossesse forment parfois des croûtes de lait qui ne doivent pas être touchées avant l'accouchement, avant la première montée de lait. C'est la succion de l'enfant qui doit les enlever car on pense que ces croûtes doivent "ouvrir" l'œsophage de l'enfant comme une boule qui dilaterait un passage fermé destiné à recevoir quelque chose de nouveau. La voie du lait c'est l'œsophage et le tube digestif du nouveau-né. De même, chez les Mandjac (Sénégal, Guinée Bissau) on interdit d'enlever les croûtes de lait pour éviter l'hémorragie du lait. Pour les zima dendi (guérisseurs traditionnels) le nombre de petites croûtes sur les mamelons correspond au nombre d'années de vie ou de réussite de l'enfant qui va téter les seins.

LE MAUVAIS LAIT

Les enfants malades, chétifs sont considérés comme des buveurs de mauvais lait: même s'ils coulent en abondance, tous les laits ne sont pas forcément considérés comme nourriciers. Le mauvais lait est un lait porteur de sort et de comportements déviants. Si un enfant est méchant, on pensera qu'il a tété le mauvais lait. Chez les Soninké on pense que la laideur d'un nouveau-né est liée au mauvais lait de sa mère. Ces représentations perdurent, ainsi, actuellement les criminels, les voleurs, les drogués sont considérés comme des gens qui ont, dans leur enfance tété un mauvais lait. Certains vont jusqu'à considérer que le comportement actuel des jeunes qui ne respectent plus leur autorité ni leurs normes est dû au lait du biberon, et au lait concentré sucré en boîte de conserve qui vient d'Europe. Dans les années 1960-1970, les laits Guigoz et Nestlé étaient bannis par les hommes qui empêchaient leurs femmes de nourrir leurs enfants au biberon qui était à la mode.

Dans de nombreuses cultures sahéniennes, on pense que si une femme a eu des rapports sexuels pendant qu'elle allaite, son lait sera mauvais et pourra rendre l'enfant malnutri car le sperme de l'homme qui doit féconder l'ovule de la femme crée des interférences entre l'être déjà né et le futur être à venir. Le lait de l'enfant qui est déjà né ne doit pas être mélangé au lait de l'enfant à naître, faute de quoi, le vivant risque sa vie. De même, si la mère d'un enfant allaité tombe enceinte, l'enfant qui a bu un lait qui n'est pas le sien, tombe malade. C'est pour cela que, traditionnellement, le couple refuse les rapports sexuels au cours de l'allaitement. On estime que la femme qui ne voit pas ses règles au cours de la période d'allaitement est protégée par les esprits tutélaires de la famille. Chez les Bété, en période d'allaitement, la

femme quitte le foyer conjugal pour rejoindre son milieu familial jusqu'à ce que l'enfant ait environ un an. Dans le système culturel Ouest africain, la différence d'âge est souvent de 3 ans et l'espacement des naissances se fait automatiquement avec ce système.

LE LAIT NOURRITURE DES DIEUX

Chez les Bambara, il est non seulement interdit d'enlever les croûtes de lait, mais il ne faut à aucun prix qu'en les enlevant et en provoquant une hémorragie du lait, celui-ci ne doit pas tomber par terre et touche le sol. Si c'était le cas, cela pourrait porter malheur à l'enfant qui va téter ce sein. En effet, on pense que les esprits sont à l'affût, prêts à sucer la moindre goutte de lait qui tombera par terre. Une fois qu'un esprit goûte le lait d'une parturiente, il entre en conflit avec l'enfant pour le partage du lait, or l'esprit étant dans le monde invisible, ses pouvoirs surnaturels détruiront le nouveau-né: il sera à chaque fois le premier à téter le lait de cette femme, et le fera tarir empêchant l'enfant de trouver la meilleure partie du contenu du lait. De plus, on imagine que les esprits allaitent leurs enfants comme les humains. Si une mère esprit manque de lait, elle cherche alors à compenser cette défaillance avec du lait maternel humain. De nombreux interdits touchant les femmes sont liés à cela. Ainsi, dans le pays Soninké, l'allaitement est interdit au crépuscule, et quand le soleil est au zénith, heures de prédilection des entités vivant dans le monde invisible. On pense qu'un enfant allaité pendant ces périodes de la journée pourra devenir méchant et égoïste et on dit d'un homme généreux que sa mère ne l'a pas allaité au crépuscule. Aux Comores, également, ces interdits existent: le zénith, le crépuscule et la minuit sont des heures réputées sataniques.

Dans l'histoire du pouvoir de transmission du lait, nous pouvons citer la légende du culte de possession "Gnabéri" déesse de la maternité chez les Djerma-Songhaï (Mali, Niger, Burkina Fasso et nord Bénin) qui explique pourquoi seules certaines femmes sont porteuses dans leur lait, du pouvoir de transmission de la sorcellerie à leur enfant:

A cette époque, il est dit que tous les esprits vivaient dans l'eau. Gnabéri, lors d'une excursion sur terre autorisée par "Sidikoye", la divinité suprême, avait kidnappé une très belle fillette nouvellement née d'une femme dans un village situé à proximité. A son retour, Gnabéri était en retard; préoccupée par le rapt de l'enfant, elle n'avait pas vu le temps passer. Arrivée au bord du fleuve, Sidikoye la renvoya à l'errance. Au cours de celle-ci, elle allaita le bébé, qui devint sorcière, et transmit ce pouvoir à toute sa descendance féminine porteuse de ce fait de la sorcellerie par le lait.

La psychose puerpérale appelée maladie de l'accouchement est interprétée chez les Dendi-Songhai comme étant causée par la présence de sorciers humains et d'esprits sorciers au cours de l'accouchement. En effet, ces entités malfaisantes sont réputées avides de se nourrir du sang frais d'une nouvelle accouchée pour se ressourcer. S'ils atteignent leur but, ils inoculent leurs caractéristiques à la femme qui, pour cette raison perdra ses repères spatio-temporels. Elle entre dans un monde parallèle, avec un langage incohérent, on dit qu'elle parle la langue des esprits, tout en gardant quelques mots des mortels. Une fois entrée dans le monde des esprits, elle refuse l'enfant qui n'est pas semblable à elle. Allaiter cet enfant revient à allaiter un mortel, or dorénavant, son lait doit nourrir les enfants des esprits dont elle est devenue la mère nourricière. Ses nouveaux enfants viendront la téter lorsque le soleil est au zénith, au crépuscule ou à la minuit: il arrive à ces heures que l'on voie ces femmes dans leur délire psychotique courir à toute vitesse pour aller se cacher dans les bois. On dit d'elles qu'elles sont allées allaiter les enfants des esprits.

Mots clés:

lait, allaitement, lien, parenté, mère, maternel, protection, nourriture, dieux, esprit, malédiction, enfant, Afrique, invisible, Dendi, Bété, Zerma-Songhai, Bambara, Soninké, Mandjac, rituel, purification, croûtes de lait, tradition, interdit, , guérisseur, jumeaux, mauvais, biberon, grossesse, sorcellerie

Bibliographie:

- :: BASTIEN Christine, *Folies, mythes et magies d'Afrique noire*, L'Harmattan, 1988, 230 pages
- :: DESCLAUX A. et TAVERNE B., *Allaitement et VIH en Afrique*, Editions Karthala, 566 pages
- :: DIETERLEN G., *Essai sur la religion bambara*, Editions de l'Université de Bruxelles, 1988, 260 pages
- :: HAMA BEÏDI B., *Les peuls du Dallol Bosso, Coutumes et mode de vie*, Editions Sépia, 1993, 188 pages
- :: MAMAN M. *Ethnomédecine et sida, les Foley à Paris*, Les cahiers de l'URACA N° 6 *
- :: MAMAN M. *Les docteurs, le sida et les zanfarawas*, Les cahiers de l'URACA N° 8 *
- :: MAMAN M. *Concevoir et naître*, Les cahiers de l'URACA N° 9 *
- :: MAMAN M. *Les relations hommes-femmes face aux mutations de l'exil*, Les cahiers de :: l'URACA N° 11 *
- :: MAMAN M., *Maladies et sida en pays Dendi: L'agent de santé, le guérisseur, le marabout et la radio*, publication URACA 1997 *
- :: MAMAN M., *Communautés africaines et sida, Mythes et réalités*, publication URACA 1993*
- :: MAMAN M., *Les communautés africaines en France face à l'actualité du sida*, publication URACA 1998 *
- :: MAMAN M., GIANNOTTI A., BLE H. *Les Bété de Côte d'Ivoire entre tradition et modernité, Lago Kepe, les ancêtres et le sida, du zirignon à la trithérapie*, publication URACA 2003 *
- :: MAMAN M., *les Dendi Mamar Hâma du fleuve Niger*, Cycle dendi, publication URACA *
- :: MATHIEU J.M., *Les bergers du soleil, l'Or peul*, Edition Desiris, 1998, 235 pages

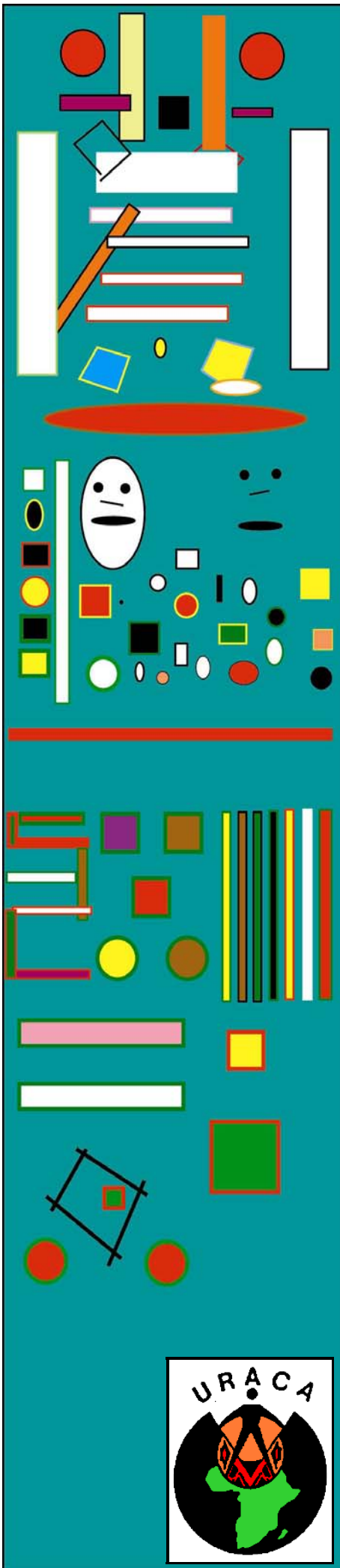
* Les publications URACA sont disponibles à :

URACA

33 rue Polonceau 75018 Paris.

email: association.uraca@wanadoo.fr

site: www.uraca.org



URACA - Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines
33 rue Polonceau - 75018 Paris
Tél. 01 42 52 50 13 - Fax 01 44 92 95 35
Email : association.uraca@wanadoo.org
Site : www.uraca.org

Édition : URACA