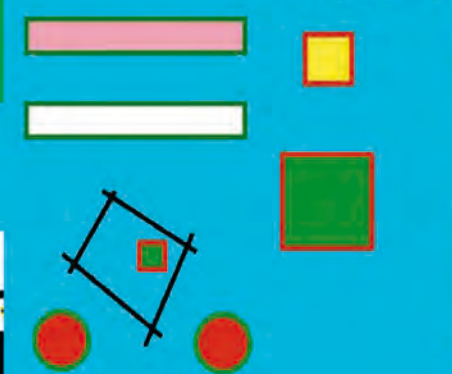
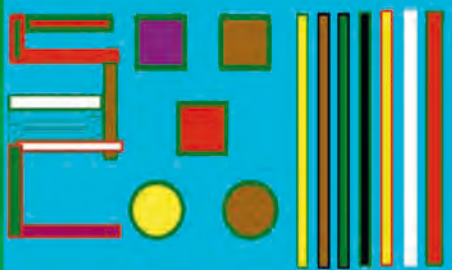
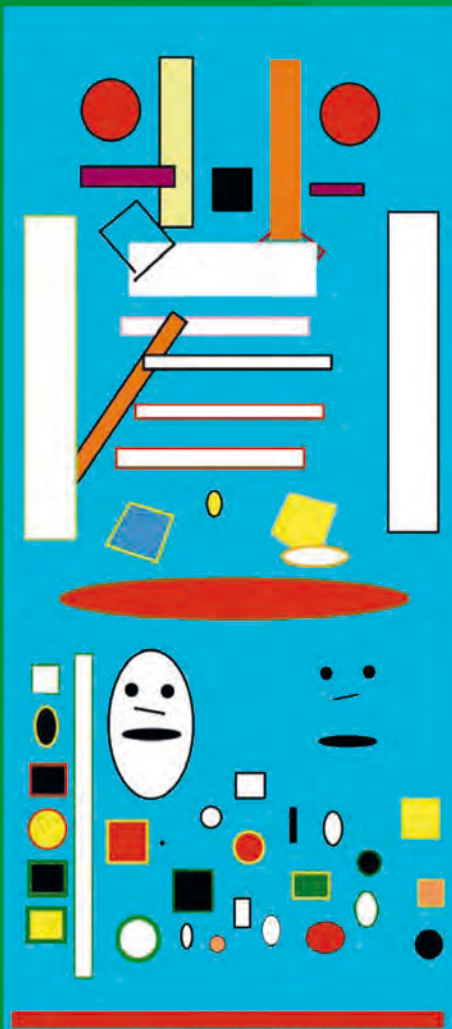


LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES T^oENOURACA

PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ET
CULTURES : REGARDS CROISÉS
⊕ UN CAHIER SPÉCIAL « HOMMAGE À ERIC DE ROSNY »



Hôpitaux
Universitaires
Est Parisien

T E N O U



**LES 3^{èmes} RENCONTRES
TRANSCULTURELLES
DE
TENON-URACA**

SOMMAIRE

1^{ÈRE} PARTIE :

HOMMAGE À ERIC DE ROSNY

- 7 Introduction : Jacqueline Faure
- 8 Père jésuite, anthropologue et « initié » en pays douala, Eric de Rosny par Gilles Séraphin
- 10 Hommage du Ngondo à Eyum' A moto « dibounje » Éric de Rosny par Jean Kingue-End
- 12 Hommage prononcé lors de la cérémonie des funérailles du Père Eric de Rosny par Anne-Nelly Perret-Clermont
- 13 In Memoriam Père Éric de Rosny par Eugène Goussikindey
- 14 Éric de Rosny, le jésuite aux yeux ouverts par Jean Benoist

2^{ÈME} PARTIE :

LES 3^{ÈMES} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

- 19 **Allocution de bienvenue**
M. Roland Gonin, Directeur de l'hôpital Tenon
- 20 **Introduction**
Dr Agnès Giannotti, association URACA et Jacqueline Faure, psychologue, service des maladies infectieuses et tropicales (hôpital Tenon)
- 22 **Médicalité unique, rationalité multiple**
Dominique Folscheid, professeur de philosophie (Université Paris-Est), responsable du doctorat de philosophie pratique et éthique médicale
- 31 **L'histoire de la médecine occidentale et ses liens, sa rupture, avec la médecine de la Grèce antique**
Pierre Lembeye, psychiatre et psychanalyste
- 33 **Problématiques transculturelles chez les patients d'origine tamoule et indienne**
Joseph Moudiappanadin, maître de conférences à l'INALCO, traducteur, interprète et médiateur culturel
- 39 **Discussion avec le public**
- 41 **Extrait du film « Fièvres »** d'Ariane Doublet
- 43 **Discussion avec le public**
- 51 **Les noms des médicaments ou l'effet nocebo de l'information en thérapeutique**
Catherine Breton, psychiatre et psychanalyste
- 57 **Médicaments et interculturel**
Sabine Guessant, pharmacienne (hôpital Tenon)
- 63 **Discussion avec le public**
- 71 **Le pluralisme médical en Afrique Centrale aujourd'hui**
Éric de Rosny, jésuite, écrivain, professeur d'anthropologie médicale
- 75 **Étiologie et double causalité**
Olivier Bouchaud, chef de service des maladies infectieuses et tropicales (hôpital Avicenne)
- 81 **Discussion avec le public**
- 89 **Conclusion**
Robert Giroit, chef de service du laboratoire d'hématologie, responsable du Centre de la drépanocytose (hôpital Tenon)

I^{ère} partie

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY



LE VENDREDI 2 MARS DE CETTE ANNÉE, NOUS APPRENIONS LA TRISTE NOUVELLE DU DÉCÈS D'ÉRIC DE ROSNY

À l'occasion de la sortie du n°14 des Cahiers d'URACA « Les 3èmes rencontres transculturelles de Tenon-Uraca. Pratiques thérapeutiques et cultures : regards croisés », nous souhaitons lui rendre hommage.

Prêtre jésuite, écrivain, anthropologue enseignant dans diverses universités, il a vécu plus de 50 ans en Afrique, en particulier au Cameroun.

Son livre « Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala » (1981, Plon Terre Humaine) a connu un succès littéraire : il y relate sa découverte des thérapeutes traditionnels et surtout sa rencontre avec Din, un nganga, guérisseur traditionnel qui va lui « ouvrir les yeux », l'initier au monde des réalités invisibles. Dans un autre livre important « La nuit, les yeux ouverts » (1996, Seuil) il raconte la suite : ses consultations et la transmission de son pouvoir, l'initiation de Bernard Nkongo qui lui en a fait la demande.

Ses recherches ont porté non seulement sur les pratiques des guérisseurs mais aussi sur les nouveaux mouvements religieux.

L'aventure africaine d'Éric de Rosny est singulière et riche d'enseignements pour celles et ceux qui ont lu ses livres, qui l'ont rencontré ou écouté lors de ses conférences.

À l'association URACA, nous avons eu le privilège de l'avoir à nos côtés plusieurs fois : lors des Rencontres Transculturelles Tenon-Uraca (2005 et 2010) et d'un Cycle de Conférences (2006). Il avait aussi invité Moussa Maman et Jacqueline Faure au colloque international organisé en 2010 à Yaoundé « Le pluralisme médical en Afrique » pour parler des consultations d'ethnomédecine à l'hôpital.

Nous devions poursuivre avec lui cette passionnante collaboration.

Enfin, Éric de Rosny était un homme simple, ouvert, accueillant, chaleureux.

Nous remercions Gilles Séraphin, Jean Kingue-Endene, Anne-Nelly Perret-Clermont, Père Eugène Goussikindey et Jean Benoist d'avoir accepté que leur texte soit publié.

Nous saluons aussi la mémoire de Frédérique Kirsh-Noir, médecin. Présente à ces 3èmes Rencontres, elle décéda brutalement quelques semaines après. Très attentive à la qualité de la relation avec le patient, elle avait toujours eu le souci de réduire l'écart culturel avec ceux originaires d'Afrique ou d'autres pays. Nous avons perdu une collègue mais aussi une amie.

Jacqueline Faure, psychologue

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY

PÈRE JÉSUITE, ANTHROPOLOGUE ET « INITIÉ » EN PAYS DOUALA, ERIC DE ROSNY

Jésuite et néanmoins « guérisseur » initié au sein de l'ethnie douala du Cameroun. En apparence, rien ne destinait Eric de Rosny, mort au mois de mars dans sa 82^{ème} année, à cette vie d'exploration passionnée dans plusieurs territoires éloignés, si ce n'est une insatiable curiosité associée à un impératif absolu d'amour et de respect de l'Autre. Pour reprendre une expression qu'il affectionnait, il s'est engagé dans diverses « échappées ».

Né en 1930 au sein d'une famille de vieille noblesse, demeurant à la fois à Paris et à Boulogne-sur-Mer dont la plupart des membres se destinaient à la carrière militaire, il intègre dès ses 19 ans la Compagnie de Jésus. Première échappée dans une nouvelle famille qui constituera, toute sa vie durant, le cœur de son engagement. Il la servira sur divers continents, en tant que novice, prêtre, « provincial » (responsable d'une « province », dans le vocabulaire de cet ordre) ou enseignant. A la fin de sa vie, il enseigne l'anthropologie de la santé à l'Université catholique de l'Afrique centrale (UCAC), assiste les Communautés Vie chrétienne (CVX) du Cameroun, et accompagne nombre de religieux dans leurs exercices spirituels ignaciens.

C'est à Douala, capitale économique et plus grande ville du pays, où il vécut de longues périodes depuis 1957, que ce jeune prêtre connaît sa seconde échappée. Il est tout d'abord intrigué. Ses élèves du collège jésuite font fréquemment allusion à la « sorcellerie ». En outre, par souci d'intégration, il habite alors le quartier populaire d'Akwa, majoritairement peuplé de membres de l'ethnie Douala et où, fréquemment, le soir, son attention est happée par le son des instruments marquant les pratiques rituelles traditionnelles.

En visiteur curieux mais respectueux, il multiplie les rencontres, lie amitié, assiste à des cérémonies. Il se lance aussi dans l'apprentissage de la langue, observe, questionne... Sur les pas de son ami Din, un nganga (guérisseur) qui lui « ouvre les yeux », il sera bientôt initié aux mystères du « monde invisible ». Il y décèle les situations sous-jacentes de conflits et de violences. Puis, il analyse.

Il établit ainsi dans ses récits un parallèle entre cette initiation par un nganga, dont la pratique repose sur la « double-vue », et celle qui résulte des exercices spirituels ignaciens, dont la pratique s'appuie sur la « vue imaginaire » (d'où le titre – Quand l'œil écoute – de son récit biographique paru en 2007 dans un hors-série de la publication Vie chrétienne). Il devient dans les années 1990 l'un des vingt-sept vieux « sages » de Douala, un beyum ba bato. C'est probablement le titre dont il fut le plus fier, tant il marquait son intégration totale dans cette communauté.

Par le récit de cette initiation et surtout par la description de ce nouveau territoire – la vie traditionnelle doualaïse –, Eric de Rosny s'engage alors, sans en avoir encore pleinement conscience, dans une nouvelle échappée, à la fois éditoriale et scientifique, couronnée par l'obtention d'un doctorat honoris causa en 2010 (université de Neuchâtel). Mais c'est dès 1981 qu'il connaît un grand succès par la publication du livre « Les Yeux de ma chèvre ». Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Plon, « Terre Humaine »), qui fera l'objet de nombreuses traductions. Près d'une dizaine d'autres livres et une centaine d'articles ou de contributions à des ouvrages collectifs suivront.

Son regard sur la société de Douala révèle la densité culturelle de ce peuple : chacun, dans la vie quotidienne, pour vivre, survivre, se protéger, agir, réagir, conquérir, rêver, imaginer, allie sans cesse un imaginaire traditionnel, reposant sur une vision du monde duale (au monde visible est intégré un monde invisible) à des références et contraintes du monde dit « moderne ».

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY

UN REGARD AUTOCRITIQUE

Dans ses recherches scientifiques, Eric de Rosny a interrogé la nature de son regard, pour prendre conscience des apports et limites de ses références évangéliques. Il s'interroge sans cesse. Par exemple, il tente de cerner dans quelle mesure son analyse de la double-vue était influencée par sa formation ignacienne (dont les exercices reposent sur la vision), ou alors par les écrits de René Girard, notamment par *La Violence et le Sacré*... Ses références chrétiennes n'étaient en rien une limite à sa pratique scientifique puisqu'elles faisaient l'objet, comme l'ensemble de ses références, d'un regard autocritique.

Dans les années 1990, Eric de Rosny s'intéresse à l'émergence de nouveaux mouvements religieux en Afrique, qu'ils soient d'inspiration traditionnelle, protestante ou catholique. Il publie plusieurs écrits, la plupart sous forme de panorama, afin d'éclairer ce paysage mouvant.

Eric de Rosny laisse pour certains le souvenir d'un ami attentionné, bienveillant, affectueux et sincère. Pour d'autres, celui d'un croyant qui essayait toujours d'adapter son comportement et son sens critique à sa foi. Pour tous, celui d'un grand chercheur, intègre et méticuleux, qui a su dévoiler la richesse d'une société, Douala, qui réussit tant bien que mal à sauvegarder ses traditions (non seulement des rites et des pratiques mais aussi et surtout un système de références) tout en les adaptant aux contraintes de la société moderne mondialisée. A moins que ce ne soit le contraire : adapter les contraintes «modernes» aux références traditionnelles.

Gilles Séraphin, sociologue

Article paru dans *Le Monde* du mercredi 14 mars 2012

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY

HOMMAGE DU NGONDO À EYUM'A MOTO « DIBOUNJE » ÉRIC DE ROSNY

Messieurs Les Ministres du Culte,
Mesdames et Messieurs,

Il est de tradition que l'on dise du bien, beaucoup de bien, parfois, trop de bien des gens une fois qu'ils ont quitté ce monde, et parfois uniquement parce qu'ils sont morts. Peut-être est-ce là notre façon à nous, mortels, de respecter les morts, de respecter la mort. Eric de ROSNY appartient à la catégorie rarissime de gens dont on dit un peu de bien, et même, beaucoup de bien, de leur vivant.

Bien sûr, dans le laps de temps qui nous est imparti, il est hors de question de tenter une biographie, d'essayer de faire l'inventaire d'une vie aussi remplie, d'un parcours aussi atypique. Mais je crois pouvoir dire, et je sais de quoi je parle, qu'un homme de cœur peut difficilement passer trois quarts de sa vie sur une terre étrangère sans l'aimer un peu, sans l'aimer beaucoup. Le père de ROSNY a choisi le Cameroun, et plus particulièrement le Pays Sawa. Dans notre langue, Sawa signifie la plage, le bord de l'eau, le littoral. Il n'a pas choisi, comme ça, un petit coin au soleil, un petit bout de 'paradis' africain, il ne s'est pas assigné une mission de prosélytisme chrétien, c'était déjà fait. Il ne s'est pas arrogé un droit, il ne s'est pas imposé le devoir de civiliser, il a épousé une civilisation, celle d'un peuple qui plonge ses racines dans l'Égypte ancienne d'abord, dans l'Éthiopie et le Congo de la même époque ensuite, et qui, d'aventure en aventure, de métissages en croisades, a finalement et définitivement jeté l'ancre au bord de l'Atlantique, à l'estuaire du fleuve Wouri. Le ralliement, le rassemblement d'une diaspora galopante se fit autour d'un homme dont la capitale économique du Cameroun porte le nom: EWALE, aujourd'hui devenu DOUALA.

Vers le milieu du 19^e siècle ce peuple entreprit l'élaboration d'un embryon d'Etat, avec, d'abord, la reconnaissance d'un Peuple un et biologiquement indivisible; ensuite, un Conseil de « palabres », le Parlement; et puis, un appareil judiciaire chargé de juger les contrevenants aux lois élaborées par le Parlement; enfin, une Force de coercition chargée de l'application des peines, le tout coiffé par un pouvoir monarchique, héréditaire, bien sûr. Ainsi naquit, en 1830, le NGONDO (traduction : Cordon ombilical). Aujourd'hui, la colonisation allemande, suivie de la tutelle franco britannique, nous ont laissé, outre trois belles langues, toutes les institutions républicaines à l'Européenne. C'est donc à un NGONDO, aujourd'hui, réduit au rôle de rassemblement, de gardien de l'unité d'un peuple, de ses coutumes, de ses traditions, de son histoire, de sa langue, c'est à un NGONDO, sanctuaire de toute une civilisation, une civilisation qui s'est enrichie en 1845, de l'avènement de l'évangélisation chrétienne, c'est à ce NGONDO-là que le Père De ROSNY a adhéré de toute sa volonté, de toute sa force, de tout son talent, au point d'en percer les mystères et les aspects les plus profonds, et de les maîtriser mieux que 95% de ressortissants Sawa.

Mais, en ce triste jour qui sonne le glas d'une vie plutôt brève, à nos yeux et au regard de la moyenne de l'espérance de vie actuelle, qui flirte de plus en plus avec les cent ans, nous voulons surtout retenir sa foi en DIEU, et c'est forts de cette foi, que nous voulons lui dire en langue Duala, sa langue d'adoption, notre gratitude, notre conviction qu'on se reverra, et surtout lui souhaiter bon retour vers notre Créateur :

Sango Mulangwedi, Sango Muleyedi, na Mun'a ñango'asu ñ'edube, ñà mulema o YESU KRISTO, Eyum'à MOTO yà Mbo'a Batete bàsu, Biso baboledi bà ni Mboa o din su là Mundi mà Wase di yai oa, di ma timbisele oa masoma jita oñol'à nje yese o boli no o mbo'asu. Di ma somele nà nded'à MUWEKEDI e kase oa, e kombe oa o bwindea na o bwindea, o dina là Sango'asu na Musunged'asu YESU KRISTO.

HOMMAGE du Ngondo

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY

HOMMAGE DU NGONDO À EYUM'A MOTO « DIBOUNJE » ÉRIC DE ROSNY

EKWA MOATO ! O TAM TE !

EKWA MOATO ! O TAM TE !

Oui les tam-tams résonnent dans tout l'espace Sawa !

Le peuple Sawa est sans voix !

La nouvelle est terrible ! « LE BAOBAB » est tombé ! « DIBOUNJE » s'en est allé retrouver son « père africain » CAÏN DIBOUNJE TUKURU !

Qui aurait pensé en 1957 que le jeune jésuite qui débarquait en cette terre bénie de DIEU, l'Afrique en miniature allait franchir la distance culturelle pour devenir cet initié de la culture SAWA, devenir un des 27 patriarches de cette communauté ?

DIBOUNJE a su mettre son ego de côté pour apprendre auprès de ceux à qui il était venu transmettre sa foi. Comme il le dit dans un de ses ouvrages dédiés au Peuple SAWA et à sa Culture : « ... J'AI RECU BEAUCOUP PLUS QUE J'AI DONNÉ ... » Nous y reconnaissons la modestie de l'homme, car DIBOUNJE est de ceux qui ont le mieux fait connaître le Peuple SAWA par le monde. « Des YEUX DE MA CHÈVRE » au « LE PAYS SAWA MA PASSION », DIBOUNJE a tenté, à sa manière de faire l'apologie de sa nouvelle communauté, laissant ainsi aux générations futures une source précieuse où retrouver leurs racines.

DIBOUNJE ! Les voies du SEIGNEUR sont impénétrables !. Tu as vécu humblement sur terre. Il a voulu que ta fin en soit ainsi ! Si tu étais revenu dans TA VILLE, dans TON PAYS SAWA, ce peuple t'aurait rendu un hommage digne de tes travaux pour sa gloire. Même ta propre volonté de reposer auprès de tes pairs ne se réalisera pas !

Vas ! Vas ! DIBOUNJE va le Peuple SAWA, Ton Peuple t'accompagne dans ton voyage vers Tete CAÏN DIBOUNJE TUKURU. « LES BAMBAMBE » t'accueilleront avec les égards que tu mérites.

E KWA MOATO ! O TAM TE !

Jean Kingue-Endene

Hommage prononcé lors des obsèques d'Éric de Rosny, église Saint-Ignace à Paris, le 8 mars 2012

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY

HOMMAGE PRONONCÉ LORS DE LA CÉRÉMONIE DES FUNÉRAILLES DU PÈRE ÉRIC DE ROSNY SJ, DR H.C., EN L'ÉGLISE SAINT IGNACE À PARIS, LE 8 MARS 2012

Approcher l'universel grâce à l'équilibre que permettent l'enracinement profond dans sa propre culture et l'ouverture à l'altérité. Le chemin du Père Eric de Rosny est extraordinairement exemplaire sur ce plan. Profondément et affectueusement attaché à ses racines familiales et boulognaises, porté par la confiance de ses confrères jésuites, se référant souvent à son initiation ignatienne dans ses interventions en milieu universitaire, il a eu le courage de mener, dans le respect et jusqu'au bout, son immersion dans la société douala en s'engageant dans une initiation authentique. Cette connaissance est devenue pour lui une double responsabilité: responsabilité dans la société camerounaise, notamment avec ses amis, les vingt-six aînés, les sages du Cameroun qui viennent d'apporter leur témoignage; et responsabilité à l'égard de la communauté scientifique et universitaire internationale à Yaoundé, à Neuchâtel et ailleurs.

Parallèlement à tous ses engagements au quotidien dans la pastorale, le Père Eric de Rosny a pris le temps d'écrire des ouvrages, avec des traductions dans plusieurs langues. Il a également rédigé une large collection d'articles s'adressant à des publics si nombreux et variés qu'ils sont dispersés dans de multiples revues. Il avait accepté notre proposition de les réunir comme une symphonie dans un seul ouvrage, actuellement en chantier, et auquel il est encore venu travailler à Neuchâtel, avec Jean-Daniel Morerod et moi-même, en automne dernier.

Comme le lui a dit le Doyen de la Faculté des lettres et sciences humaines, en lui conférant le titre de docteur honoris causa, l'Université de Neuchâtel a voulu honorer un savant auteur d'une contribution interdisciplinaire remarquable. Avec les psychologues dont je suis, il a contribué à la définition du concept d'« espace thérapeutique » comme espace symbolique et relationnel, nécessairement enraciné dans l'imaginaire et la culture, et comme espace physique peuplé de personnes mais aussi de plantes, d'animaux, de senteurs, d'aliments, de goûts, de bruits, de rythmes et de musiques. Un « espace thérapeutique » est un lieu conçu pour prendre très au sérieux l'incarnation du patient dans son univers quotidien - un univers fait d'objets mais surtout d'aspirations, de soucis et de... violences. Cet « espace thérapeutique », Eric de Rosny le scrute à la recherche de ce qui permet à la personne de trouver force et autonomie dans une confiance qui ouvre l'avenir des relations. Eric de Rosny a passionné les ethnologues qui trouvaient en lui un indigène initié et un collègue. Un collègue qui, par sa capacité d'empathie, atteint une compréhension profonde des aspirations des personnes. Il a étudié le foisonnement religieux et les phénomènes migratoires, d'abord l'abandon des campagnes pour la ville, puis l'abandon de la ville africaine pour la ville d'Occident, européenne ou américaine. Ses travaux portent sur le savoir traditionnel et ses métamorphoses dans les heurts de l'urbanisation et de l'émigration. Il a travaillé avec des juristes de toute l'Afrique pour la sauvegarde des savoirs des guérisseurs traditionnels. Il a participé à de vastes enquêtes contribuant à l'inventaire de la pharmacopée traditionnelle. Il a su étudier les liens entre le corps et l'esprit, les savoirs médicaux et leur dimension symbolique et sociale. Aux historiens, il a apporté sa connaissance de la magie et de la contre-magie, de la maîtrise du mauvais œil. Alors que beaucoup d'historiens ne voient dans les procès de sorcellerie que l'élimination des gêneurs et des ruses de l'Etat, Eric de Rosny nous aide à voir le guérisseur trop souvent confondu avec le sorcier, le praticien d'une autre médecine, le conjureur de sorts. Les retombées scientifiques des avancées du Père Eric de Rosny et de ses collègues vont bien au-delà des horizons camerounais et francophones.

Un de nos étudiants camerounais à Neuchâtel me disait un jour :
« Vous ne pouvez même pas vous imaginer combien le Père de Rosny est précieux pour nous... »
Eric de Rosny est précieux pour nous tous.
Il est précieux pour notre humanité.

Anne-Nelly Perret-Clermont, Professeure

HOMMAGE A ERIC DE ROSNY

IN MEMORIAM - PÈRE ERIC DE ROSNY S.J. 1930-2012

Eglise Saint Ignace - Paris, jeudi 8 mars 2012

Au moment où nous nous préparons à accompagner le Père Eric de Rosny sur la berge de sa dernière traversée, une question me vient à l'esprit, dont la formulation n'est rien d'autre que le titre d'un de ses articles, paru dans la revue Etudes au mois de Mai 1970, à savoir : "Mission terminée?" Ce titre sobre et évocateur dans son interrogation me paraît un reflet juste de la vie de celui dont nous faisons mémoire. Face aux mutations des sociétés et de l'Eglise, face à la remise en question de la « mission », il décelait intuitivement dans les incertitudes du temps, un chemin de sérénité qu'il offrait en conclusion de son article. Vous me permettez de lui redonner la voix :

« Le rôle du prêtre étranger devrait être de plus en plus discret... Les laïcs apprécient une présence sacerdotale discrète. Je vois une place pour des prêtres dont la surface officielle serait réduite, mais dont le réseau de relations personnelles seraient très étendu, leur permettant de vivre, sans grande référence aux titres et aux institutions, comme un prêtre parmi ses amis, un croyant parmi d'autres croyants. » (p.745)

« Un prêtre parmi ses amis », un « croyant parmi d'autres croyants », Eric l'a vraiment été dans un réseau de relations non seulement étendu mais bien dense. Cette nouvelle manière d'accomplir la mission n'allait pas de soi. Car il ne s'agissait pas simplement de troquer l'identité du prêtre et la présence sacerdotale pour une amitié toute mondaine, mais de vivre à fond l'état de disciple devenu ami du Seigneur dans un compagnonnage où l'on ne rougit pas d'être « un croyant parmi d'autres croyants ». La discrétion sur les « titres » et l'apparat des « institutions » devient une sorte d'ascèse pour que la vie toute entière porte désormais témoignage à Celui qui n'a pas retenu comme une proie son titre d'être égal à Dieu mais s'est abaissé pour établir sa demeure parmi les hommes. La charge affective que l'amitié apporte à la mission rompt naturellement les barrières sociales et culturelles, et ouvre les portes à une sorte de connivence qui, chez Eric, était l'expression d'une nouvelle fraternité. Les « sages Sawa » l'ont bien compris en l'intégrant sans réserve dans leur cercle.

Pour un homme de 82 ans, Eric bravait l'usure du temps dans une candeur déconcertante. Lors de notre dernière rencontre à la Chauderaie le 15 février dernier, il avait encore une liste de choses à faire et il anticipait les contretemps de sa convalescence. Il était particulièrement soucieux de la dernière responsabilité qui lui a été confiée cette année : être « Père spirituel des scolastiques en philosophie ». Tâche délicate d'aider les jeunes jésuites sortant du noviciat à poursuivre l'enracinement dans la foi et dans la vie religieuse jésuite au moment où ils entrent de plein pied dans l'univers philosophique. Tâche qu'il a acceptée volontiers, heureux de faire corps dans une même communauté avec des jeunes dans leur vingtaine et de les accompagner dans cette étape de leur formation. Il laisse ici un vide encore difficile à combler. Au moment où il s'embarque vers les rives de l'éternité, que son patient cheminement sur la terre africaine et tout particulièrement sur les rives de la Dibamba, de jour et de nuit, à l'écoute et à la rencontre de l'autre nous encourage à ne pas avoir peur de la différence de l'autre, de sa culture et de sa manière d'être au monde comme personne humaine, comme croyant... Cher Eric, la Province de l'Afrique de l'Ouest est reconnaissante pour ton ardeur et ton audace dans la mission. Que la Paix et la Joie du Christ t'accompagnent.

Eugène Goussikindey, S.J.
Provincial de l'AOC

HOMMAGE À ÉRIC DE ROSNY

ERIC DE ROSNY, LE JÉSUITE AUX YEUX OUVERTS

Qui ne connaît « Les yeux de ma chèvre », ce livre où Eric de Rosny trace sa rencontre avec les nganga camerounais à travers ses relations privilégiées avec l'un d'eux ? Paru dans la collection « Terre humaine », ce livre est souvent vu d'abord comme un ouvrage d'ethnologie. Mais la rencontre qu'il conte s'est traduite par une véritable mutation dans sa perception de la thérapie traditionnelle et de ceux qui la pratiquent : il est « entré » dans le système avec une sorte de code et désormais, n'y étant plus étranger, il se tiendra en équilibre entre une vision du dehors et une implication profonde.

Les livres d'Eric de Rosny traduiront cet équilibre. D'une part, il s'attache à comprendre la société où il vit. L'organisation et la publication d'un colloque tel que celui consacré à « Justice et sorcellerie » le montre bien. Il a pris l'initiative de placer en pleine lumière le problème posé par l'omniprésence de la sorcellerie et des accusations sorcellaires et leur retentissement sur nombre de rouages de la vie sociale. Il a également tenté une synthèse des démarches traditionnelles de soin en Afrique centrale. Mais ce travail d'universitaire n'est pas pour lui l'essentiel, même s'il est riche en données de première main sur des thèmes qui concernent l'ethnologie.

Car ses livres et sa vie quotidienne reprendront surtout ce que lui a enseigné son parcours initiatique de Douala. Il use de ces leçons pour les appliquer, en conjonction avec ce que lui inspire sa position de prêtre, à ceux qui viennent lui demander secours. Son ouvrage le plus éloquent à cet égard est « La nuit, les yeux ouverts » où il trace la façon dont sa connaissance de la pensée et du discours des nganga qu'il a fréquentés fonde son dialogue avec des individus qui lui confient leurs problèmes et lui demandent de les soulager.

Au fait, Eric de Rosny était-il anthropologue ? Certainement par ses connaissances, par son expérience du « terrain » africain, par les observations qu'il a accumulées, par les films qu'il a réalisés. Mais ses livres font aisément comprendre que tout cela n'était qu'une étape. Chaque fois que je l'ai rencontré, aussi bien lors de nos conversations en France que lorsque nous étions au Cameroun, je n'ai pu m'empêcher de penser à d'autres jésuites qui l'avaient précédé bien des siècles auparavant, tels le père de Nobili en Inde ou le père Ricci en Chine. Ils suivaient certes en partie la voie que les anthropologues emprunteraient plus tard : aller vers des personnes a priori lointaines, étrangères, porteuses d'une pensée peu accessible, et de rituels qu'ils ne partageaient pas, et s'en approcher au plus près à la fois par une démarche intellectuelle et une démarche d'amitié. Il ne s'agissait pas principalement de convertir, ni d'être influencé, mais de dégager les obstacles des apparences et des modes de pensée, comme on apprend un langage.

Son anthropologie était, avant tout, une expérience de vie. Et son but, celui qu'il s'était assigné en choisissant d'être prêtre et d'être jésuite, était celui d'un passe-muraille culturel qui pouvait rencontrer l'autre dans ce que son humanité avait en commun avec la sienne et qu'il rapportait à sa foi.

Mais, même si nous nous tenons à l'écart de toute orientation religieuse, n'est-ce pas là une part essentielle de l'appel de l'anthropologie ?

Jean Benoist in Amades, Bulletin avril 2012



2^{ème} partie

**LES 3^{èmes} RENCONTRES
TRANSCULTURELLES
DE
TENON-URACA**



M. ROLAND GONIN DIRECTEUR DE L'HÔPITAL TENON

Je suis très heureux ce matin de vous souhaiter la bienvenue dans ce lieu particulier : nous sommes à la fois dans un hôpital et dans un amphithéâtre appartenant à la Faculté de Médecine, lieu de réflexion et d'études. Je vous souhaite donc la bienvenue pour ces « 3èmes rencontres transculturelles Tenon-Uraca », je suis certain que cette journée sera riche de réflexions et d'échanges.

Je suis heureux que ce genre d'initiative puisse avoir lieu pour rapprocher des mondes qui ont parfois des vies parallèles : la vie d'un hôpital universitaire parisien avec sa trajectoire, ses contraintes et parfois ses situations compliquées, comme on en connaît une en ce moment (jour de grève, ndlr) et la vie de l'Afrique, ce continent fantastique, ses traditions, ses cultures, ses manières de traiter un certain nombre de problèmes. Cette journée est une ouverture d'esprit réciproque : des penseurs, des personnes qui vivent en Afrique viennent parler avec nous ici de la manière dont ils voient certaines questions, certains problèmes. Ils ont fait l'effort de venir dans un cadre un peu différent de celui où ils vivent habituellement, ici dans un lieu très scientifique, très rationnel, très structuré qui les accueille pour discuter ensemble.

Tout ce que je viens de dire est très sincère. Il y a encore un an et demi j'aurais été moins disert dans mon intervention mais j'ai eu l'occasion de rencontrer l'Afrique que je ne connaissais pas du tout. Un jour, dans le service des maladies infectieuses et tropicales du Pr Pialoux, on m'a dit : « Voilà on fait des choses importantes au Burkina Faso, ce serait bien si vous, Directeur, veniez un jour voir ce que nous faisons ». J'ai répondu d'accord mais je pensais que cela n'allait pas se faire parce que la vie continue. Puis Laurence Slama, médecin de ce service, a insisté et finalement j'ai pris la décision d'aller au Burkina Faso, à l'hôpital de Bobo voir l'hôpital de jour qui y est rattaché. Avant de partir on m'avait donné quelques informations sur l'Afrique puisque j'étais complètement novice, je ne connaissais pas du tout. Je ne me rappelle pas tout ce qu'on m'a dit mais je me souviens d'une chose : « Quand vous allez revenir, vous serez marqué, vous serez imprégné et ça va rester... ». Cela fait un an et demi et cela reste effectivement. J'ai gardé en mémoire des images très spécifiques... Effectivement cela m'a marqué à tel point qu'on est en train d'organiser un voyage au Cameroun pour la fin du mois de novembre. Je suis donc dans cette logique-là, c'est passionnant, cela nous aide aussi à surmonter un certain nombre de problèmes ici et maintenant.

Voilà, je voulais vous dire que je suis heureux de faire cette ouverture et vous dire aussi ma très grande fierté et joie de vous accueillir, j'espère que vous allez passer une bonne journée, j'en suis convaincu. Je voulais bien sûr remercier l'ensemble des intervenants qui vont participer à cette rencontre notamment ceux qui sont venus de loin pour nous, philosophes, penseurs, médecins qui vont apporter des éléments de réflexion. Je voulais bien entendu remercier Jacqueline Faure qui est l'organisatrice de cette journée avec l'association URACA, on sait que c'est beaucoup de travail, d'échanges et de stress. Bonne journée, bonne réflexion. J'espère qu'on aura l'occasion de pouvoir échanger dans des moments paisibles plus tard.

DR AGNÈS GIANNOTTI ASSOCIATION URACA

Monsieur le Directeur, Messieurs les Professeurs, Mesdames, Messieurs et chers amis.

C'est avec beaucoup de plaisir et de fierté que nous, toute l'équipe d'URACA, nous retrouvons pour la 3^{ème} fois dans les murs de l'hôpital Tenon, toujours aussi bien accueilli, toujours pour faire un travail de réflexion qui nous pousse à approfondir notre propre réflexion et notre expérience.

Cette journée témoigne du long chemin parcouru depuis maintenant plus de 16 ans aux côtés de Jacqueline et de tous les professionnels de l'hôpital, dans un souci des soins donnés aux migrants et dans une démarche qui associe une petite association et un grand centre hospitalo-universitaire comme Tenon et cela dans le respect du travail fait en commun. Cette démarche est tout à fait exemplaire.

Je tiens vraiment à rendre hommage à Jacqueline Faure qui a déployé toute son énergie. Cette journée, c'est à elle surtout que vous la devez, même si on a travaillé avec elle. Une pensée aussi pour le Professeur Delzant qui la première nous a ouvert les portes de son service de médecine interne, à l'époque quand nous n'étions pas encore très connus et que notre démarche peu orthodoxe ne rentrait pas dans les clous de l'Assistance Publique. En tant que chef de service elle a accepté de rentrer dans ce genre de démarche et vraiment je la salue parce que c'est grâce aussi à elle qu'on a pu faire tout ce chemin depuis. Je remercie aussi les directeurs successifs de Tenon, ils nous ont toujours facilité la tâche, toujours ouvert les portes, ils nous ont aidés dans la mesure du possible. Cette ouverture doit être remarquée aussi parce que ce n'est pas partout pareil. Je remercie surtout tous les professionnels de tous les services avec lesquels nous continuons de travailler au quotidien dans la suivi des patients originaires d'Afrique sub-saharienne : des professeurs, des médecins, des psychologues, psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, assistantes sociales et aides-soignantes, etc. Tous les gens des différents services avec lesquels on travaille : les maladies infectieuses, la médecine interne, la pneumologie, l'oncologie, la néphrologie, la gynécologie, la maternité et la psychiatrie sans oublier la pharmacie avec laquelle un travail très constructif a été entrepris en 2010. Ce qu'il y a d'exemplaire avec l'hôpital Tenon, c'est que petit à petit, l'ensemble des services s'est ouvert à cette réflexion sur la problématique de l'accueil des patients migrants. Un grand bravo à tout l'hôpital !

Nous vous avons préparé un programme dense, ouvert sur le monde. J'espère qu'il répondra à vos attentes.

Je vous souhaite une bonne journée.

JACQUELINE FAURE PSYCHOLOGUE, SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES, HÔPITAL TENON

Comme nous sommes dans les remerciements, je voulais aussi remercier M. Arthur Haustant notre invité d'honneur. Il a été directeur dans cet hôpital pendant plusieurs années, de 1990 à 2007 et il a toujours soutenu le partenariat Uraca-Tenon. Merci au Pr Girot d'être notre témoin privilégié. Spécialiste de la drépanocytose il a une grande expérience auprès des patients migrants. En effet cette pathologie touche en grande majorité la population noire dont celle originaire d'Afrique. En tant que témoin privilégié vous aurez, M. Girot, la possibilité de prendre la parole quand vous le voulez pour vous nous faire part de vos commentaires et vos réflexions. On espère vous entendre souvent. Je remercie tous les intervenants qui ont accepté de nous faire partager leur expérience, enfin je n'oublie pas notre ami Emile Kenmogne, professeur de philosophie à l'Université de Yaoundé. Il a très aimablement accepté d'animer cette journée. Avant de commencer, je vais vous restituer son contexte.

Tous les 4 ou 5 ans, les Rencontres Transculturelles de Tenon-Uraca viennent ponctuer une collaboration qui existe depuis plus de 16 ans entre l'hôpital Tenon et l'association URACA (Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines). Dans les années 90, point de départ de ce partenariat, nous étions en pleine pandémie de l'infection par le VIH-sida. Parmi les patients soignés dans notre hôpital, bon nombre étaient des migrants originaires d'Afrique. Certains de ces patients, étrangers par la langue, par la culture, par les coutumes ont posé des problèmes de prise en charge aux équipes soignantes. L'association URACA nous a apporté - et nous apporte encore aujourd'hui - sa connaissance du milieu africain et nous a transmis son savoir-faire en matière de communication, d'aide et de soins aux patients migrants. Dès le début de ce partenariat une consultation d'ethno-médecine a été mise en place, consultation pluridisciplinaire réunissant autour du patient l'équipe d'URACA et l'équipe hospitalière : Moussa Maman, médecin, ethnopsychiatre et guérisseur, un médiateur-interprète parlant la langue du patient, le médecin référent du patient, l'infirmière, la psychologue, etc.

Pendant 10 ans, à raison d'une fois par an et pour une durée de un à deux mois cette consultation a été complétée par la présence de guérisseurs, des villageois originaires du Nord-Bénin ou du Sud-Niger. Ainsi en situation clinique nous avons eu accès à l'univers culturel des patients. Cette pratique nouvelle nous a amené à lâcher-prise avec notre manière de penser habituelle, avec notre rationalité. Cette démarche peu conventionnelle n'a pas été facile : il nous a fallu accepter un système de soins très différent du nôtre, non reconnu scientifiquement et ce, à l'hôpital, lieu hautement technicisé.

Comment comprendre cette croyance à un monde invisible aussi réel et actif que notre monde objectif ? Comment inclure la dimension du sacré et du surnaturel ? Mais sommes-nous aussi éloignés de ces modalités de penser ? Nous savons par exemple, que les pèlerinages à Lourdes sont chaque année très fréquentés par les patients. Dans un autre registre, une étude récente menée à l'Institut Gustave-Roussy auprès de 844 patients atteints de cancer montre que 60% d'entre eux ont recours à des médecines alternatives et complémentaires.

Les différents intervenants vont aborder ces questionnements dans un va-et-vient entre la médecine traditionnelle africaine et orientale d'une part et la modernité de l'hôpital ici et maintenant. Nous espérons que les différentes communications présentées aujourd'hui vont susciter une réflexion et des échanges fructueux. Merci.



DOMINIQUE FOLSCHIED PROFESSEUR DE PHILOSOPHIE (UNIVERSITÉ PARIS-EST), RESPONSABLE DU DOCTORAT DE PHILOSOPHIE PRATIQUE ET ÉTHIQUE MÉDICALE

Le titre de cette intervention définit son programme, qui prend le contre-pied de nos impressions les plus communes, à savoir que la médecine est multiple dans ses modes d'approche et ses pratiques, alors que la rationalité qu'elle mobilise est unique. Or si l'on examine de plus près ce qui se passe en médecine, on est en droit de soutenir deux choses :

- premièrement, que la multiplicité apparente de la médecine se reconduit à l'unité sitôt repéré que ce qui constitue la médecine comme médecine est ce que Viktor von Weizsäcker, médecin et philosophe allemand, a nommé « médicalité » (*Arztum*) ;
- deuxièmement, et c'est là que nous touchons à l'essentiel, qu'il est contraire à la raison de prétendre que la seule forme de rationalité qui vaille est la rationalité scientifique. Or sitôt ce préjugé appliqué à la médecine, on obtient un syllogisme à la logique boiteuse, mais qui se révèle d'une efficacité redoutable sur les esprits.

Le voici : 1) la médecine doit être rationnelle pour être médecine ; 2) or ce qui n'est pas scientifique n'est pas rationnel ; 3) donc une médecine qui n'est pas scientifique n'est pas une médecine, CQFD. Ce que résume à sa façon l'adage bien connu selon lequel « la médecine était un art, elle est devenue une science ».

La conséquence immédiate de cette réduction de la rationalité médicale à la rationalité scientifique est que ce qui ne relève pas de cette dernière est rejeté en vrac dans l'irrationnel, donc dans l'obscurantisme, propice à l'épanouissement du charlatanisme, de la magie et de la superstition.

Bien entendu, il est hors de question de contester les immenses succès remportés par la médecine moderne contre quantité de maux ravageurs. On doit même souhaiter qu'elle persévère sur sa lancée pour venir à bout de ceux qui lui résistent encore, ce qui veut dire qu'elle a encore bien des progrès à faire. Mais il est tout aussi nécessaire, et même urgent, de voir que ce type d'approche est limité par constitution, et que ne pas le reconnaître est grandement préjudiciable à la médecine et aux malades, parce que la voie strictement technoscientifique fait par construction l'impasse sur l'humanité. De sorte que l'on risque d'avoir à l'arrivée une médecine privée de médicalité appliquée à des êtres humains privés d'humanité.

Que la médecine ne se réduit pas à sa figure moderne

On a trop pris l'habitude de juger la médecine en termes de savoir et d'efficacité (s'ils existent, tant mieux, c'est plutôt l'ignorance et l'impuissance qu'il faut regretter). Et pourtant nous sommes toujours convaincus qu'Hippocrate ou Paracelse, célèbre à la Renaissance, étaient authentiquement médecins. Convaincus également que le médecin moderne qui ne réussit pas à guérir son patient du cancer est bien médecin, et que celui qui accompagne son malade jusqu'à la fin en lui prodiguant des soins palliatifs ou de soutien reste médecin. On peut donc être médecin en se trompant et en échouant. On peut l'être à plus forte raison en utilisant des méthodes que l'on n'enseigne pas dans nos facultés.

Lors de ma présentation orale à Tenon, j'ai fait projeter le montage d'une scène fort spectaculaire qui a eu lieu à Libreville, au Gabon. La malade était une jeune fille plongée dans une sorte d'état cataleptique (elle marchait

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

difficilement et demeurait mutique et prostrée sitôt qu'on l'allongeait). L'hôpital n'ayant obtenu aucun résultat, la jeune fille avait été prise en charge par un *nganga*, une femme prénommée Fabienne, qui officiait dans un temple du *Bwiti Dissumba*.

Pour bien comprendre ce qui se passe, il faut savoir que le terme « *nganga* », tiré de la langue fang, désigne à la fois celui qui soigne, donc le médecin, mais aussi le devin, celui qui utilise la médiation des esprits, lesquels sont à l'œuvre pour le diagnostic et la thérapeutique, y compris dans le choix des plantes médicinales utilisées lors d'un traitement. Éric de Rosny, dont l'environnement est pourtant douala et non fang, a été l'un des premiers à considérer que ce terme était le plus adéquat pour désigner ce que l'on appelle aussi « tradipraticien », plus précis que « guérisseur » (car il y a aussi des guérisseurs en France, nos « passeurs de feu » par exemple), meilleur en tout cas que « shaman », qui désigne avant tout une personne investie par une divinité ou un esprit lors d'une cérémonie rituelle. Le *nganga* est donc assez proche de ces « hommes du don » dont parle Dominique Camus, sociologue qui a étudié de près les pratiques de guérison dans l'Ouest de la France, et qui a exclu à bon droit le terme de « sorcier » que nous employons un peu n'importe comment. Le *nganga* est précisément l'anti-sorcier, celui qui défait les liens sorcellaires quand le mal dont souffre une personne vient de là. En fang, il y a deux termes bien distincts pour les désigner : *nganga* d'un côté, *nnem* (sorcier) de l'autre.

Maintenant le *Bwiti*. C'est un mouvement omniprésent au Gabon, qui a pris son essor au XIX^e siècle contre le culte des ancêtres (le *Byéri*). Il reprend d'un côté les pratiques traditionnelles des pygmées et s'inspire de l'autre, à des degrés divers selon les groupes, des apports chrétiens. Le résultat est un syncrétisme, solidaire d'une pratique de type initiatique. Le *Bwiti* a ses temples, qui sont aussi des lieux de soin. Une grande partie de la population du pays a donc deux religions, deux cultes pratiqués en parallèle (le *Bwiti* le samedi soir, la messe le dimanche). Certains médecins en font autant, qui soignent leurs malades à l'hôpital, puis dans leur temple.

Dans la scène de guérison qui nous occupe, on a une sorte de condensé des pratiques du *nganga* aux prises avec une maladie de type « mystique ». La symbolique en est claire au point de vue du sens, mais elle joue ici un rôle opératoire. On est proche de la double fonction du langage quand il est à la fois *cognitif* (il énonce ce qui est) et *performatif* (quand il s'énonce, il fait : par exemple, quand on dit « je crois » ou « je t'aime », on agit). On peut donc être tenté d'établir un lien avec la psychanalyse, dans le sillage de Tobie Nathan, même si l'on critique à bon droit le terme d'« ethnopsychiatrie ».

Que voit-on en effet dans le film ? La jeune fille à soigner est ligotée à un poteau avec une longue corde (qui symbolise le serpent) pendant que le rituel suit son cours, soutenu par les instruments et les chants. Puis le *nganga*, Fabienne, s'allonge sur le sol et ses assistants la recouvrent entièrement d'un drap blanc. La voilà partie en voyage dans le monde invisible, pour apprendre ce qui paralyse cette pauvre fille, entreprendre éventuellement une lutte avec les puissances qui l'emprisonnent. Soudain, elle se redresse brusquement, puis elle bondit sur ses pieds : elle est en transe. Elle entreprend alors une ronde autour de la jeune fille ligotée. Armée d'un grand couteau, elle le pointe sur la jeune fille, en presse la pointe sur son corps : moment de lutte contre l'ennemi. Ensuite elle lui chuchote à l'oreille, accueille ses réponses, et quand elle juge le moment venu, elle entreprend de la délier de sa corde. La jeune fille est libérée, elle marche, elle quitte la scène tandis que la cérémonie se poursuit.

Sommairement interprétée, cette scène relève de la catharsis, de l'épuration de ce qui oblitère la personne. J'ignore si le mal était ou non d'origine sorcellaire. Tobie Nathan se plaît à dire qu'il suffit de croire aux esprits pour obtenir des effets. Sans doute, mais ce qu'on nomme chez nous « maladie imaginaire » est à prendre au sérieux, en tant que maladie issue de l'imaginaire. Car l'imaginaire n'est pas l'imagination, simple faculté de former des images dont on est conscient. L'imaginaire est le lieu où se condensent nos grands schèmes civilisationnels et culturels, retravaillés et infléchis par nos histoires personnelles. Il opère donc à notre insu. Que cet imaginaire soit africain dans le cas de la jeune fille est évident, mais il n'empêche qu'il joue à plein. On le retrouvera aussi dans nos pays, même en plein cœur de nos pratiques médicales modernes.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

La preuve en est que ce qui est réalisé du côté du patient ne correspond pas forcément à ce que fait ou croit faire le médecin. Il se peut même qu'un charlatan obtienne des succès. Tel est le cas de ce nganga camerounais qui prétendait extraire des vers de la population d'un village qui se sentait malade. En réalité il truquait, tirant les vers d'une corne de vache dissimulée dans ses vêtements. Or ses patients se sentaient mieux, jusqu'à ce que l'un d'autre eux repère la supercherie. Le charlatan a failli être lynché par les villageois furieux. Mais, en tout cas, l'effet placebo avait dû jouer. Il joue aussi en Occident, et des travaux récents montrent que l'effet placebo joue aussi bien sur le placebo que sur bon nombre de médicaments, qu'ils soient réellement efficaces ou pas. La vieille théorie de « la foi qui sauve » est dépassée car il s'avère que des processus physiologiques sont bien à l'œuvre.

Que tirer de ces divers éléments ? D'abord que ce n'est ni la rationalité scientifique (car une science qui ignore n'est pas science), ni l'efficacité technique (car une technique impuissante n'en est pas une) qui constituent la médecine comme telle puisqu'elle s'en passe dans bien des cas. Plus profondément, cela signifie qu'il existe un écart considérable entre l'appareil technoscientifique de la médecine moderne et l'homme qu'elle prétend soigner. Mieux encore, il apparaît que ces mêmes facteurs qui ont fait jusqu'à présent ses triomphes sont aussi ceux qui font ses limites.

Cette inadéquation se constate d'entrée de jeu : la médecine moderne soigne la maladie, le dysfonctionnement ou la casse physique plutôt que le malade. Pourquoi ? Tout simplement parce que les savoirs et les moyens dont elle dispose ne lui permettent d'intervenir que sur ce qui tombe sous leur prise. D'où les succès remportés sur les agents infectieux, les fractures ou les défaillances des organes. Mais ce qui ne tombe pas sous leur prise est pourtant partie intégrante de la réalité humaine vivante. Ne pouvant atteindre les causes on s'attaque alors aux symptômes. Il se trouve qu'on obtient quand même des effets bénéfiques. On fait donc réellement de la médecine, même si l'on se méprend sur la médecine que l'on fait.

Il n'empêche qu'en réduisant l'être humain à sa réalité phénoménale, ce qui conduit tout droit à la pathologisation généralisée des biens et des maux de l'humanité pour justifier leur médicalisation, on néglige et occulte la réalité humaine. Il n'y a plus besoin de philosopher avec Socrate ou de pratiquer la sagesse stoïcienne pour guérir ce qu'on appelait les maladies de l'âme, il suffit de prendre de l'Atarax, du Témesta ou du Pacil. Plus besoin de se préoccuper de ce qui rend les petits garçons agités et excités, la Ritaline est là pour les calmer. Quant aux petites filles qui dépriment, on leur donnera du Prozac. Un cran plus loin, c'est à partir du médicament qu'on créera la pathologie : de l'existence du Viagra, au passage au dysfonctionnement érectile. Au point qu'on pourra se demander si la maladie elle-même ne se réduit pas à ce que la médecine soulage ou est censée soulager. Ou encore à ce qui correspond à un médicament existant. Le malade devient alors un simple chaînon entre une molécule de laboratoire et un nom de pathologie (on a ainsi dépassé les 30 000 maladies à ce jour). Et de cet élan donné à la technoscience par la réduction de l'être humain à sa machinerie objectivable découle inévitablement l'essor de l'extra-médicalité, qui consiste à faire de la médecine, devenue simple interface entre la technique et l'homme, le moyen d'améliorer et même de transformer l'humanité jusque dans sa condition même. Mais alors il n'est plus question de médecine.

C'est là que le détour par la médecine traditionnelle africaine présente tout son intérêt : nous permettre de nous ressourcer en retrouvant ce que nous avons perdu et occulté dans l'approche objectiviste et technicienne du malade.

Elle repose en effet sur une anthropologie non dualiste, enracinée dans la culture traditionnelle, mais aussi bien présente chez nombre de penseurs occidentaux comme Hegel ou Michel Henri. Elle privilégie le malade plutôt que la maladie : « je suis malade », dit le patient au nganga, alors que mettre en avant le fait d'« avoir » une maladie conduit à majorer la conception ontologique et non-fonctionnelle de la maladie. Elle prend le patient dans sa globalité, y compris dans ses dimensions d'ordre affectif, psychique, spirituel, familial et social, sans oublier ce qui est invisible (son défaut, corrélatif, consistant à exagérer la dimension mystique). Elle lie constamment la maladie

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

à l'existence pour en chercher le sens. La question « pourquoi suis-je malade ? » prime alors la question « de quoi suis-je malade ? ». Or Bergson l'a bien dit : il est philosophiquement rationnel de penser qu'une tuile qui tombe d'un toit et vous tue n'est pas un simple hasard, car il faut qu'à un effet humain corresponde une cause à la hauteur de la tragédie humaine qu'elle provoque (le défaut, fort fréquent, est alors de rechercher le coupable à incriminer). Elle lie toujours l'homme et la nature, qui recèle remèdes et poisons, ce qui fonde la science des phytothérapeutes. Elle soutient que la lutte contre le mal suppose un travail, tant de la part du patient que de la part du nganga, lequel « consulte » son patient. Enfin, elle considère que toute acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire concernant les soins est d'ordre initiatique, ce qui devrait conforter la formation des médecins comme des soignants par le compagnonnage avec les aînés, au lieu du formatage extérieur par des acquis cognitifs tout faits.

Les fondements et les limites de la médecine moderne

Les succès et les défauts de notre médecine moderne ont une seule et unique cause : la manière dont la médecine, au XIX^e siècle, s'est jetée dans les bras de la science. Elle a pu ainsi opérer un prodigieux bond en avant dans l'ordre de la connaissance et de l'efficacité. Mais elle a aussi installé le ver dans le fruit. C'est ce que nous révèle Husserl dans sa fameuse conférence de Vienne de 1935 : « la médecine scientifique utilise des évidences empruntées aux sciences purement théoriques, aux sciences du corps humain, avant tout à l'anatomie et à la physiologie. A leur tour celles-ci reposent sur les sciences de base de la nature en général, la physique et la chimie, qui fournissent l'explication d'ensemble »¹.

Ce qui est en cause ici est donc la dénaturation de la médecine en raison de son alignement sur une certaine conception de la science, un certain type de rationalité, qui n'est autre que la forme particulière prise par la raison en Occident. Une raison, selon Husserl, qui n'est pas la rationalité elle-même, mais sa forme aliénée « dans le *naturalisme* et l'*objectivisme* ».

Il y a donc rationalisme et rationalisme. Au lieu de rester ouvert à la totalité du réel, comme le requiert le rationalisme philosophique, le rationalisme scientifique lui fait subir une double réduction : au naturalisme, qui consiste à faire de la réalité naturelle le tout du réel ; à l'objectivisme, position selon laquelle il n'y a de science possible que de l'objet, c'est-à-dire de ce qui est « posé devant ». Plus profondément encore, la totalité de ce qui est scientifiquement connaissable est réduit à une réalité homogène, extraite de la réalité totale. La science moderne est donc une optique équipée de filtres sélectifs qui nous rendent aveugles au monde de la vie et à la subjectivité, et la médecine qui s'en inspire devient alors indifférente aux sujets humains, porteurs d'une vie et d'une histoire personnelles. La trop tardive prise en compte de la douleur s'explique alors fort bien, parce que la douleur est strictement subjective, sans objet extérieur à identifier.

Qu'en est-il donc de la raison ? On sait qu'elle a pris au cours de l'histoire des formes particulières, même si toute raison demeure fille de la raison. Toute forme spécifique de rationalité est un prélèvement opéré sur la rationalité complète pour répondre aux besoins d'une certaine cause, correspondre à une sphère particulière de la pensée comme de l'action. Il y a ainsi une raison théorique et une raison pratique, une raison politique, une raison biologique, une raison neurologique, comme il y en a une, infiniment plus englobante, pour la philosophie, seule capable de juger et d'évaluer les autres formes de rationalité. Pascal ira même jusqu'à penser qu'à son point culminant, la raison passe la raison.

La rationalité de la médecine réduite aux acquêts du rationalisme scientifique, ou plus exactement technoscientifique, relève donc de ce que Hegel appelait l'entendement diviseur. Or cette rationalité est un corset bien trop étroit

1. E. Husserl, *La crise de l'humanité européenne et la philosophie*, Paris, Aubier, 1987, p. 14.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

pour la médecine si cette dernière prétend être vraiment la médecine de l'homme, puisque ce dernier est ainsi fait qu'il ne peut tomber que partiellement sous son empire.

Que s'est-il donc passé ? Une révolution, tout simplement. Révolution qui a trouvé ses hérauts au tout début du XVII^e siècle, chez Galilée, Francis Bacon et Descartes. Révolution de nature philosophique qui a précédé de plus de deux siècles l'essor de la médecine scientifique qui en est la traduction concrète.

Galilée, on le sait, est l'authentique fondateur de la « science scientifique » moderne pour avoir énoncé que l'univers était écrit « en langue mathématique ». Il a ainsi lié une fois pour toutes la « connaissabilité », au sens strictement scientifique du terme, à la « calculabilité ». Bacon, lui, a introduit l'idée qu'il ne peut y avoir de science digne de ce nom qui ne soit expérimentale. D'où la fameuse « équation baconienne » : savoir = pouvoir. Équation parfaitement réversible car elle signifie d'une part que la connaissance scientifique nous donne le pouvoir sur le réel, d'autre part qu'il faut détenir et exercer un pouvoir pour produire le savoir. Ce qui veut dire en clair qu'il faut expérimenter, ce qui requiert des cobayes, des appareils et des instruments. Moyennant quoi on pourra réaliser tout ce que nous promet l'utopie de la Nouvelle Atlantide, qui évoque déjà la victoire de la médecine, la macrobiotique, les anxiolytiques, les OGM, les chimères, le clonage, la chirurgie esthétique, les drogues à bonheur, etc.

C'est cependant chez Descartes, au livre VI du Discours de la méthode, que nous trouvons le tableau le plus net. Descartes y signe l'acte de décès de la « philosophie spéculative » au profit d'une philosophie « pratique » destinée à nous rendre « comme maître et possesseur de la nature » (notons bien le « comme », qui signifie que l'homme n'est cependant maître qu'après Dieu). Même si le mot n'y est pas encore, nous tenons ici l'acte de naissance de la « technoscience », qui désigne un savoir scientifique déjà opératoire en tant qu'il est savoir.

Fin de la science contemplative, pure et désintéressée, au profit d'un autre objectif, qui est la santé des hommes, devenue premier des biens et condition de tous les autres biens.

Même si les mots n'y sont pas, c'est avec Descartes que l'on commence à parler de « la » science, au singulier. Parce que la connaissance prend la forme d'un arbre dont le tronc est unique. De ce tronc partent trois branches principales, qui sont la médecine, la mécanique et la morale. Comprendons qu'il n'existe qu'une seule forme possible de science, qu'une seule et unique méthode scientifique et qu'un seul type d'objet pour la science : la « substance étendue », qui est l'autre de la « substance pensante ». La médecine scientifique n'aura donc pour objet que ce qui relève en l'homme de la substance étendue : son corps mis à part de l'âme, donc privé d'âme. Un corps que le sujet pensant saisit comme « machine composée d'os, et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre »².

Le cadavre, c'est-à-dire le corps mort, voilà l'objet qui convient à la science, donc à la médecine scientifique. C'est à partir du cadavre que l'on remontera au corps humain vivant. On a su en tirer profit, tant il est vrai que la médecine doit nombre de ses savoirs à la dissection et à l'autopsie. Mais il faut aussitôt en noter les limites : la biologie, qui se prétend science de la vie, porte bien mal son nom car elle en réalité science de la mort. Bref, la vie ne gagne rien à être scientifiquement connue, puisqu'elle y perd la vie.

La crise que vit la médecine moderne est donc constitutionnelle et non accidentelle. Elle ne considère en l'homme que l'objet scientifiquement connaissable, donc médicalement traitable : le corps machine, qui est le corps désinvesti de la subjectivité. Les règles de la méthode cartésienne peuvent alors s'appliquer directement : pour connaître, il faut analyser, donc diviser, puis reconstituer par la synthèse ce qui a été dissocié, et veiller à

2. Descartes, Méditation II, éd. Rodis-Lewis, Paris, Vrin, 1966, p. 26.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

épuiser son objet sans rien oublier de ses composantes.

Comment ne pas reconnaître dans ces exigences méthodologiques les caractéristiques de notre médecine moderne, source de ses clivages en chaîne ? Pour régner médicalement, il faut diviser : autant de pathologies, autant de pathologistes ! Il faut ensuite pousser jusqu'à l'élémentaire, convoquer le laboratoire, chercher dans la biologie moléculaire le secret ultime.

Il saute pourtant aux yeux qu'il est hors de question de connaître la réalité de l'être humain en procédant de la sorte, parce que l'homme ne se compose pas de ce en quoi il se décompose. À l'analyse, on ne trouvera chez l'homme que de l'eau et des acides aminés, rien de ce qui fait de lui un être d'esprit, de langage, de désir et de liberté. Autant prétendre faire l'autopsie d'un opéra de Mozart en analysant avec soin les caractéristiques physiques et chimiques du CD qui lui sert de support objectif. Tant mieux si les analyses de laboratoire nous éclairent sur telle ou telle pathologie. Mais on sait aussi les limites de l'exercice, quand après avoir fait pratiquer « tous les examens » le médecin en tire un « vous n'avez rien » au lieu d'un « je ne trouve rien » qui serait seul adéquat. Qu'on ajoute les fantastiques moyens que nous offre l'imagerie médicale, qui rend visible l'invisible, et l'on sera porté à confondre les intérieurs dévoilés avec l'intériorité des personnes. D'aucuns croiront même pouvoir ainsi dévoiler les mystères de la croyance en Dieu ou de la prière des bonzes en regardant certaines zones du cerveau s'allumer sur un écran. Hegel s'était moqué de la phrénologie de Gall en concluant sa critique de la conformation du cerveau par la forme du crâne par cette boutade célèbre : « l'esprit est un os » ! ». Il pourrait dire aujourd'hui qu'il est un neurone ou encore un gène. Or si nous ne sommes pas sans gènes nous ne sommes pas nos gènes.

La réduction de la temporalité vive à l'espace est le plus beau symptôme qui soit de la tendance de la médecine moderne à s'aligner sur la science de laboratoire, dominée par le souci de l'ordre et de la mesure. On retrouve Galilée : tout doit être calculable pour être connu. La médecine travaillant dans un océan d'incertitudes, il ne faut pas s'étonner qu'elle tente de se rattraper en recourant à la potion magique que représente la statistique. On la retrouve partout. D'abord dans le normativisme effréné qui prévaut aujourd'hui. Or quelles sont ces normes sur lesquelles tous les patients doivent impérativement s'aligner ? Des moyennes. L'homme moyen de Quételet est ainsi devenu la référence omniprésente, alors que Canguilhem a démontré que la vie était assez plastique et labile pour se créer le cadre normatif qui lui permet de persévérer dans l'être. Il met ainsi fin à la distinction nette, brutale, entre santé et maladie. Le Pr Christian Mélot, expert en statistique médicale, peut montrer à l'aide d'une plaisanterie quelles sont les limites du procédé : « avec la tête dans le four et les pieds dans la glace, en moyenne, ça va ! ». Aucun médecin ne doit pourtant ignorer qu'une probabilité quelconque ne permettra jamais de juger que dans tel cas singulier, c'est telle décision qui est la bonne. Dans la réalité, c'est toujours 1 ou 0, « ça passe ou ça casse ». Le malade virtuel de la statistique ne sera jamais le malade réel.

Que la médicalité, et non la science, est constitutive de la médecine

Quel est donc le point d'appui qui nous permet de justifier notre critique de la médecine scientifique et technique ? C'est l'homme, tout simplement. L'homme dans sa réalité existentielle concrète, irréductible au corps-machine cartésien, à l'agrégat de composantes physico-chimiques. Les succès de la médecine moderne prouvent que l'homme est aussi tout cela. Mais comme il n'est pas que cela, on voit aussi les limites de l'entreprise.

Ces limites, c'est ce même Descartes qui nous a embarqués dans cette magnifique impasse qui nous les dévoile. Étrangement, on n'a retenu de lui que la première moitié de son propos et escamoté la rétractation qui a suivi. Preuve, dirait Lacan, qu'il n'y a jamais de malentendus mais seulement des malentendants. En d'autres termes, l'enthousiasme engendré par le projet de médecine scientifique et les succès qu'elle a remportés quelques siècles plus tard nous ont conduits à cette attitude de dénégation dont nous avons tant de mal à nous remettre.

Que nous dit Descartes ? Que le corps machine n'est qu'une fiction créée de toutes pièces pour les besoins de

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

la science, une abstraction épistémologique, un double virtuel de l'être humain vivant, ajusté aux besoins de la science mécanicienne.

En ce sens, Descartes est bien le penseur de la réalité virtuelle, qui multiplie aujourd'hui les doubles sous nos yeux, au point que la réalité tend à s'inverser : l'homme véritable devient l'image que produit le scanner ou l'IRM, celui qui est placé dans la machine n'en étant plus que le déchet. Or l'homme réel, poursuit Descartes, est un composé à ce point unifié d'âme et de corps que tout se passe comme s'ils ne faisaient qu'un, du moins aussi longtemps qu'il est vivant.

Que faut-il en conclure ? Que la médecine scientifique est une médecine impossible. Impossible par définition, par nature, et non parce que la médecine de l'époque de Descartes serait une médecine balbutiante. Il ne peut donc y avoir de médecine vraiment scientifique qu'à propos de corps sans âmes, ce qui, pour Descartes, est le cas des animaux. La médecine scientifique sera donc une médecine vétérinaire. D'où cette alternative : ou bien la médecine est scientifique et elle n'est pas humaine, ou bien elle est humaine et elle ne peut pas être scientifique. Cela ne l'empêche pas d'être savante et efficace, puisqu'il reste vrai que l'être humain tombe effectivement sous ses prises pour tout ce qu'il y a de machine en lui. Mais une telle médecine n'est au fond qu'un art vétérinaire appliqué aux hommes. On comprend alors pourquoi on l'accuse si souvent d'inhumanité.

Ce qui fait obstacle à cette réduction est donc l'homme, et doublement : en tant qu'il est vivant et en tant qu'il est humain. Car il n'y a de médecine que dans le cadre d'une relation interhumaine et même intersubjective : la rencontre d'une personne présentant une plainte à une autre personne, dont il attend aide et secours. Cette dimension relationnelle n'a rien d'un attribut accidentel de la médecine, elle est constitutive de son essence. Elle fonde la dimension éthique de la médecine puisque la relation médicale est en même temps, indissociablement, relation entre des personnes humaines. Si les hommes n'étaient jamais malades ou blessés, il n'y aurait pas de médecine. Un médecin qui étudie des virus en éprouvettes est un biologiste, pas un médecin. Si les agents pathogènes n'agressaient jamais les humains, ils seraient objets de sciences naturelles et ne concerneraient pas la médecine.

Or sitôt qu'il faut prendre l'homme comme sujet de la médecine, c'est tout ce qui fait de l'homme un homme qui est en cause. Ce qui signifie, concrètement, qu'il faut conserver le lien entre les phénomènes physiologiques objectifs, d'une part, la subjectivité concrète et l'histoire singulière du patient d'autre part. Ce que confirme d'ailleurs la manière dont la langue anglaise parle de la maladie en distinguant *disease*, le mal objectif, *illness*, sa version subjective, et *sickness*, sa dimension sociale et culturelle. Les savoirs scientifiques et les moyens techniques ne sont nullement exclus pour autant. Simplement, ils doivent être médicalisés, c'est-à-dire assimilés et ajustés par la médecine pour la servir dans sa mission, et non l'inverse. De sorte qu'il n'y a ici de *biologie* digne de ce nom en médecine (un discours sur la vie) que si elle est comprise comme une *biographie*, et la pathologie comme une *biopathie*.

Cette essence, nous l'avons nommée « médicalité » (*Arztum*) avec Viktor von Weizsäcker. Selon l'une des étymologies possibles, le terme de « médecine » est à relier à une série de mots comme « médiation », « méditation », « remède » ou « médium », tous liés à la racine indo-européenne « MED », qui évoque le retour à l'ordre à partir d'un chaos. La médecine est ainsi définie par sa fonction — mieux, sa mission —, qui est de remédier à tout ce qui afflige, perturbe ou hypothèque la *phusis* d'une personne, c'est-à-dire sa « nature vivante et croissante ». Mais cette *phusis*, la médecine ne la produit pas, elle la prend comme elle est, pour tenter de remédier à ce dont elle pâtit. Son intervention est latérale et provisoire, puisque son idéal est de la restituer à elle-même autant que faire se peut. Quitte à employer des prothèses et toutes sortes d'artifices.

La bonne image est ici celle de l'atome dans la figuration de Niels Bohr : un noyau et les électrons qui gravitent autour. La médicalité est ici le noyau, les savoirs et les moyens techniques gravitent autour comme autant d'électrons.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA** MÉDICALITÉ UNIQUE, RATIONALITÉ MULTIPLE

En revanche, si l'on fait de la technoscience le noyau constitutif de la médecine, ce sont les éléments constitutifs de la médicalité qui vont se trouver rejetés à la périphérie de la médecine et considérés comme inessentiels. Il n'est donc pas étonnant de les voir délégués aux soignants, aux psychologues et autres spécialistes du « relationnel ». Plus grave encore, le schéma « homme-médecine-homme » risque de céder la place à la séquence « technoscience-homme-technoscience », qui est à la base de l'évasion de la médecine dans l'extramédicalité. L'homme en général devient alors le moyen de la technoscience, sa matière première, et les fins à poursuivre seront celles de la technoscience.

Or si tous les délires sont alors possibles, on se heurtera toujours aux mêmes limites. Car l'homme de la technoscience biomédicale n'est pas l'homme vivant et concret, mais l'homme privé de sa chair, réduit à sa réalité anatomique, organique et physiologique. En allemand, il y a deux mots pour désigner le corps : Körper, le corps organique, et Leib, le corps propre ou la chair. Dans la vie des hommes, les deux sont étroitement liés, mais des écarts existent. Le patient sous anesthésie, placé au bloc opératoire, est momentanément désinvesti de sa chair pour n'offrir que ses os ou ses organes à l'artisanat du chirurgien. Dans certaines pathologies c'est la situation inverse qui prévaut, qui fait le désespoir de la médecine scientifique. Aristote, fils de médecin, visait juste en écrivant « ce qu'il faut guérir, c'est l'individu ». Autrement dit, le médecin ne soigne pas une maladie, pas même « le » malade, mais tel malade bien précis, qui est une personne humaine unique et insubstituable. Cela n'empêche pas que ce malade bien précis entre dans une catégorie particulière : c'est ce que suggère justement l'expression « soigner quelqu'un ». Le « un » désigne l'individu, le « quelque » son appartenance à une catégorie de la médecine (une pathologie, une blessure, etc.).

Il y a donc dans la médecine une dimension empirique, autrement on ne soignerait pas tel ou tel individu. Mais il faut lui ajouter la dimension de la tékhne, dont les traductions par ars et art brouillent nos entendements modernes, alors qu'elle désigne en grec un mode de connaissance qui permet de savoir en quoi consiste la maladie, de quoi le patient est malade et quels sont les moyens qu'il faut utiliser pour le soigner. Sans doute la tékhne est-elle étrangère et extérieure à la phusis, qui est un processus spontané dont le principe - l'arkhè - est situé à l'intérieur, hors de nos prises. Alors que le principe de la tékhne, lui, est situé à l'extérieur. Mais les deux se rejoignent car la tékhne, disait Aristote, « achève ce que la nature n'a pu mener à bien »³. En ce sens, elle est un pouvoir de naturaliser la nature. Dès lors c'est, au bout du compte, la nature vivante du patient qui est le juge du médecin et de sa médecine. Ce qui implique qu'on respecte la temporalité, d'où l'importance du « moment opportun », le fameux kairós, comparé à un homme nu et chauve qui court très vite et qu'on ne peut attraper qu'en le saisissant par la touffe de cheveux qu'il porte à l'arrière du crâne. Avant il est trop tôt pour agir, après il est trop tard. L'art médical est donc toujours aussi un art de la décision. Mais d'une décision guidée par l'éthique, en particulier par cette vertu mixte qu'est la phronèsis, mélange de droite raison et de raison pratique : bien faire ou faire le moins mal possible, en étant aussi informé et compétent que possible, mais en sachant que la position du patient nous oblige moralement, de manière unilatérale, à répondre à son appel.

C'est tout cet ensemble qui constitue la rationalité spécifique de la médecine.

3. Aristote, Physique, II, 8, 199 a 15-17, Paris, Belles-Lettres, 1926.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE OCCIDENTALE ET SES LIENS, SA RUPTURE, AVEC LA MÉDECINE DE LA GRÈCE ANTIQUE



PIERRE LEMBEYE PSYCHIATRE ET PSYCHANALYSTE

Bonjour. Je remercie Jacqueline Faure de m'inviter, j'admire toujours son enthousiasme pour rassembler et je retrouve Éric de Rosny avec un grand plaisir...

Je rebondis sur ce que vous venez de dire à propos de Descartes. Au fond, il n'était pas si cartésien que ça. Dans la nuit du 10 au 11 novembre 1619, il fait trois rêves qui lui annoncent « *Quod vitae sectabor iter ? Quel sera l'itinéraire de ma vie ?* ». Ces trois rêves lui annoncent qu'il ne sera pas poète mais qu'il sera philosophe. Il détermine sa vie par rapport à un rêve

comme faisaient les Orphiques qui pensaient que les dieux ou les esprits des morts venaient les influencer dans la nuit et se manifester par des rêves aux vivants.

Le titre de ma conférence est « *L'histoire de la médecine occidentale et ses liens, sa rupture, avec la médecine de la Grèce antique* ». Tout d'abord il me paraît intéressant d'évoquer Platon qui parle, dans la République, des charlatans. Le mot « charlatan » vient d'une toute petite ville italienne du Moyen-Âge à côté de Spoleto. Dans cette petite ville, Cerreto, il y avait des gens, des colporteurs, comme les Mourides qui venaient de Touba au Sénégal et qui se promenaient dans le monde pour colporter différents produits. Donc ces charlatans qui venaient de cette petite ville apportaient des drogues, des talismans à toute l'Italie d'où leur nom. Platon dans la République nomme les charlatans les *goètoi* : ceux qui prononcent des incantations, des lamentations. Ce mot n'est pas péjoratif chez Platon. Les charlatans se mettent en transe, des trances qu'on pourrait dire en écho, ils se mettent à s'endolorir, à hurler avec les douloureux, avec les souffrants. Ce sont des techniciens, des gens qui se mettent en résonance.

C'est pour cela qu'on pourrait faire la différence avec notre médecine qui a perdu son pouvoir de résonance. Il faut bien faire la différence entre la capacité de résonance humaine ou animale et le pouvoir de raisonner qui s'installe beaucoup plus tard, d'où probablement cette coupure entre le 5^{ème} siècle et le 4^{ème} siècle, entre les mages de la Grèce et ceux qui vont installer la philosophie, la médecine, l'histoire, les hommes de théâtre. Dans cette Grèce d'avant la philosophie, d'avant la dispersion des pouvoirs, d'avant la coupure, il y a des gens très importants, omniscients, omnipotents. C'est le temps du mythe, le temps des mages. Parmi ces mages, je vais en citer quatre : Orphée, Pythagore, Mélémpous et Asklépios. Avec l'Esculape latin, déjà la division s'annonce. Asklépios est l'ancêtre des médecins. On ne peut pas dire que Pythagore et Orphée fassent des actes thérapeutiques spécifiques. Ils sont à la fois prêtres, guérisseurs, médecins, enchanteurs, incantateurs, hymnopoètes, des gens qui créent des chansons et qui les chantent. Ils ont tous les pouvoirs. Orphée, pendant le voyage des Argonautes, a le pouvoir de calmer la mer. Il y a une tempête et par son chant il calme la mer et aussi l'équipage pour qu'il ne soit pas séduit par le chant des sirènes. Il a aussi le pouvoir de calmer la nature, la terre, la mer, les bêtes sauvages par ses chants. Ses incantations permettent de guérir les malades et il a aussi le pouvoir de visiter le pays des morts. Cette faculté est très importante chez les Orphiques, ils s'intéressent au rêve, à ce passage et à l'épilepsie qui est le mal sacré. Dans le rituel orphique, les épileptiques ont la possibilité de voyager au pays des morts et de revenir. On avait compris très tôt que les stimulations lumineuses intermittentes préparaient à l'épilepsie des gens qui étaient sensibles. Dans le sanctuaire d'Éléusis, on utilisait ces techniques pour provoquer des épilepsies. Le pouvoir de Pythagore est aussi celui de devin, de mage, d'enchanteur. Il voit dans la musique le nombre, il anticipe peut-être la mathématisation du monde. Le chiffre de Pythagore qui est le Tétra est le 1+2+3+4, la remise en cause des pairs et des impairs, 1+2+3+4 c'est-à-dire 10, l'héritier de nos systèmes décimaux. On pense aussi qu'à propos de la maladie il n'y a pas de division psychosomatique. Il y a une proximité avec les dieux, dans ces

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE OCCIDENTALE ET SES LIENS, SA RUPTURE, AVEC LA MÉDECINE DE LA GRÈCE ANTIQUE

Il y a une grande proximité entre les *thanatoï*, c'est-à-dire les vivants, ceux qui vont mourir et les *athanatoï*, ceux qui ne vont pas mourir, les immortels, les dieux. Ils ont la possibilité d'aller chez les dieux par des incantations, descendre dans les enfers et de revenir, d'y laisser les femmes. C'est l'histoire d'Eurydice qui témoigne de la misogynie des mages dont nous sommes encore les héritiers. Je me souviens encore des médecins, des professeurs de médecine qui n'aimaient pas du tout que des filles deviennent médecins. Ils trouvaient cela très désagréable et ça a duré très longtemps. La médecine, c'était pour eux une histoire d'homme.

Cette médecine orphique n'est pas une médecine moderne ; tout est rassemblé, dans la proximité du sacré, du chant et de l'artiste... C'est pour cela qu'il n'y a pas d'art en Afrique mais des choses qui sont beaucoup plus importantes que l'art. Un objet fétiche ou un objet reliquaire est beaucoup plus puissant ; il a une puissance beaucoup plus grande qu'une émotion esthétique. Le musée Branly ressemble parfois à une escroquerie où la puissance des objets fétiches est complètement refoulée, délitée dans l'exercice muséal.

Revenons à ce moment entre le 5^{ème} siècle et le 4^{ème} siècle bien que la coupure ne soit pas certainement aussi nette. Cette coupure, on va la penser comme une coupure et comme une non-coupure, comme les réviviscences dans notre civilisation de ce mode qui privilégie la résonance sacrée sur le raisonnement médical moderne. Autour du 5^{ème} et du 4^{ème} siècle, les Présocratiques, je parle de Parménide d'Élée, d'Empédocle d'Agrigente, d'Héraclite d'Éphèse, préparent la coupure bien que, par exemple, le grand texte d'Empédocle, les *Katharmoi* sont des purifications, des techniques cathartiques. On est encore dans la médecine sacrée... Avec Platon, la coupure se fait. Même s'il utilise le mythe à son profit, il n'est plus gouverné par le mythe. La philosophie qui n'existait pas auparavant fait sa première apparition. Progressivement elle renvoie les gens du théâtre au théâtre, elle abandonne les dieux, elle abandonne les mythes, Hésiode et Homère, Quand la division se fait, le pouvoir se réduit, les mages qui guérissent de la mort deviennent des médecins. Hippocrate, même s'il est le descendant d'Asklépios, fils d'Apollon, est très éloigné du pouvoir de son ancêtre. Hippocrate abandonne une partie de la résonance qui était le fond de l'exercice mythique pour l'observation et le raisonnement, des exercices très secondaires. Des médecins apparaissent, séparés des autres. Il y a des historiens, Hérodote, Thucydide, etc., des hommes de théâtre. Le théâtre était au commencement des catharsis villageoises où tout le village se mettait en transe. Plus tard, des rôles apparaissent et le village devient le chœur. Alors qu'Orphée a tous les pouvoirs, en ce sens il est le saint patron des *medecine men*, des chamanes que nous connaissons ailleurs, le pouvoir médical se réduit dans l'exercice occidental.

Cette coupure qui fait prévaloir le raisonnement sur la résonance est à revisiter. Le problème n'est pas de faire comme notre président en juillet 2007 dans son célèbre discours de Dakar quand il tendait la main à ceux qui étaient entrés dans l'histoire et en abandonnant ceux qui étaient hors de l'histoire. Il ne s'agit pas pour autant de s'embourber dans un primitivisme mais seulement de circuler entre ce qui est primordial et qui le reste, de privilégier la résonance sur le raisonnement, la résonance que nous partageons avec l'ensemble du vivant.

Cette résonance qui est première, puissante et doit le rester. Il faut maintenir le mythe, donner de la valeur au mythe. Le mythe est la première histoire. Mythos est égal au logos et précède le logos. Il est nécessaire d'honorer le commencement qui est un commandement, de faire valoir le mythe sur l'histoire, de donner de la valeur à ce que les Grecs appellent la *païdéia* c'est-à-dire l'enfance mais aussi l'amusement, le rire, l'apprentissage par le jeu.

Donner une plus grande valeur à la résonance sur le raisonnement, c'est ce qui permettra de sortir de l'impasse d'une médecine qui est une héritière d'un logos dont la logique s'est transformée en une logistique qui y perd en humanité.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

PROBLÉMATIQUES TRANSCULTURELLES CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE TAMOULE ET INDIENNE



JOSEPH MOUDIAPPANADIN MAÎTRE DE CONFÉRENCES À L'INALCO, TRADUCTEUR, INTERPRÈTE ET MÉDIATEUR CULTUREL

Namaste et vanakam, bonjour en hindi et en tamoul ainsi il y a l'Inde du Nord et l'Inde du Sud. Surtout bonjour mon Père car je l'admire tellement. Merci à Jacqueline et à toute l'équipe qui m'ont permis de venir ici aujourd'hui devant vous.

Je ne suis pas médecin, je suis simplement maître de conférence, j'enseigne la littérature, la civilisation et la culture tamoules depuis 34 ans à l'INALCO. A côté de

il m'est arrivé depuis 1980 de travailler avec le Pr Tobie Nathan, ethnopsychiatre et aussi avec d'autres personnes. Quand il rassemblait toute son équipe, c'était formidable : voir une quarantaine de personnes et puis là, au milieu, le patient qui devait expliquer sa vie. Il fallait le préparer en tamoul pour qu'il puisse s'exprimer. Cela a été fait et petit à petit on a pu le guérir aussi par cette ethnopsychiatrie.

Je vais vous parler de mon expérience auprès de lui, auprès de médecins psychiatres ou ethnopsychiatres et aussi auprès des juges car je suis également médiateur culturel auprès des juges pour enfants. Pour les enfants, on a aussi besoin de connaître la culture pour ne pas heurter les familles.

On pense souvent que ces gens qui sont venus, ne vont pas rester ici et qu'ils vont partir. Non, cela c'est dépassé, il faut essayer d'enlever tous ces critères qui sont pour moi des clichés, il faut absolument les gommer. Je pense que vous, vous comprendrez mieux ce que je vais vous apporter. C'est pour cela que j'ai accepté de venir parler de mon expérience et surtout répondre aux questions. Tout à l'heure on a parlé de la philosophie, de l'Afrique et j'ai beaucoup apprécié parce que j'adore l'Afrique. Quand on regarde le sous-continent indien, on peut aussi comparer avec tout ce qui se passe en Afrique même si on dit que la médecine indienne ce n'est pas tout à fait la même chose que la médecine africaine or il y a eu des liens avec la médecine gréco-latine et aussi la médecine égyptienne, etc.

On va prendre un exemple concret : un monsieur vient, il ne va pas dire, comme on l'a vu ce matin, « J'ai mal. ». D'abord en tamoul il n'y a pas de verbe avoir, c'est très simple pour nous, on dit toujours « Je suis malade ». Quand il va vous présenter un endroit pour dire qu'il a mal, ce n'est pas forcément à cet endroit qu'il faut chercher. La culture doit nous aider à comprendre. Souvent il dira « J'ai mal ici (thorax) ou ici (abdomen) ». Mais si vous pensez qu'il a peut-être des coliques, vous vous trompez, parce que la plupart du temps, lui, il a connu une autre culture. Il vient de cette culture et dans celle-ci il y a la médecine traditionnelle. Les médecins tradipraticiens font un certain nombre de choses qui ne se font pas systématiquement ici dans les consultations. Par exemple les médecins généralistes ici n'ont souvent pas beaucoup de temps, ça passe trop vite. Or, il faut prendre le temps, c'est ce que font les gens convaincus que la culture de l'autre est aussi importante que la notre. À ce moment-là on peut même guérir certaines maladies, on ne les soulage pas seulement.

Actuellement en France, la population indienne est assez visible, il suffit d'aller du côté de Gare du Nord : on se demande s'il n'y a pas que des Tamouls ou que des Indiens qui y vivent ! Ils sont assez nombreux, peut-être pas aussi nombreux que les Chinois. Il y a eu plusieurs étapes. Il y en a qui sont venus à cause de la colonisation, comme moi, je viens de Pondichéry qui a été une ville française. Je suis né français et je suis venu ici pour faire des études supérieures. Ce matin, j'ai beaucoup apprécié quand le docteur a parlé des mathématiques puisque ma première thèse je l'ai faite en mathématiques. Je constate donc ce que les maths peuvent amener dans beaucoup

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

PROBLÉMATIQUES TRANSCULTURELLES

CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE TAMOULE ET INDIENNE

d'endroits surtout en médecine, il y a beaucoup d'applications.

Les Indiens qui sont arrivés ne sont pas venus comme ça, ils sont venus à cause de la colonisation française et aussi britannique, il y en a qui se sont arrêtés ici. À l'époque, ils avaient déjà des pathologies mais comme ils étaient considérés comme français, on ne disait pas que c'était un Tamoul ou un Indien du Nord. Ils étaient des Français et traités en tant que tels. On ne tenait pas du tout compte de la culture indienne. C'est depuis 30 ans qu'on prête attention à l'autre, à sa culture et que l'on se pose la question « *Pourquoi ?* ». Il ne faut pas se placer uniquement dans notre échelle de rationalité mais aussi penser de l'autre côté, voir comment on peut interpréter les choses. Donc quelqu'un qui vient dire j'ai mal là, on peut penser au cœur, au ventre mais ce n'est pas là qu'il a mal en réalité.

Dans la médecine traditionnelle indienne on prend le temps, cela dure à peu près une heure, une heure et demie. Il faut bien ce temps-là pour écouter la personne. D'abord on regarde le pouls, la langue, etc. Il y a 8 points. Non seulement le thérapeute touche le malade mais, et c'est intéressant, il le sent. Il faut sentir la personne. Je crois que dans certains endroits d'Afrique on sent aussi le patient. Celui qui connaît ça, qui connaît ce dont le malade a besoin, ce qu'il a vécu avant dans sa famille, quand celui-ci vient le voir, tout de suite la guérison est déjà là, pas seulement pour les maladies mentales ou celles dites psychosomatiques mais pour toutes sortes de maladies. Il faut sentir le malade et surtout le toucher c'est très important. On commence à pratiquer la médecine ayurvédique ici aussi en France, à Lille, dans la région parisienne mais on sait aussi que tout ce qui ne rentre pas dans notre échelle est considéré comme non-scientifique. Il faut savoir que l'OMS a reconnu la médecine ayurvédique comme une vraie médecine. Il y a énormément d'universités où les étudiants font 6 ans de cette médecine indienne et ils sont diplômés. C'est devenu assez sérieux, en Inde on investit dans la pharmacopée, certaines plantes utilisées par des médecins ayurvédiques ont des propriétés scientifiquement prouvées, entre autres le fameux curcuma et le *neem* qui ont énormément de propriétés et qui peuvent guérir pas mal de choses. Il y a les épices, le poivre et en particulier la cannelle, tout cela rentre dans les remèdes des *ayurvédas*.

Que veut dire *ayurvéda* ? *Ayur* c'est la vie et *véda* le sens, la science, c'est donc la science de la vie. L'homme n'est pas seul dans le monde, il est entouré : il y a le ciel, l'homme et la terre. Ce n'est pas nouveau, il y en a d'autres qui ont décrit cela. Quand l'homme a quelque chose, une pathologie ou autre, il faut regarder ce qui se passe dans son environnement. Pour ceux qui viennent dans vos consultations, il faut chercher dans leur environnement, est-ce que tout va bien ou pas ?

Je vais vous citer l'exemple d'un enfant qui ne parlait pas du tout, on pensait qu'il était complètement muet. Cet enfant était à la maternelle, il ne parlait jamais, il ne répondait jamais à ce qu'on lui demandait. Il se cachait, il jouait de temps en temps mais jamais il ne parlait. À l'âge de 7 ans quand il était en C.P., il était né en France, il a commencé subitement à parler en français et à répondre aux questions des professeurs. On ne comprenait pas ce qui s'était passé pendant tout ce temps. Moi-même j'étais allé le voir, j'avais essayé de lui parler en tamoul, il ne me répondait pas non plus. Simplement quand il a eu envie de parler, c'est à ce moment que ses parents ont obtenu les papiers pour rester en France. Jusque là depuis 7 ans, ils n'avaient pas de papier. Ils ne savaient pas s'ils allaient pouvoir rester en France ou être chassés. Je pense que le petit s'était dit « *Moi aussi je vais, à ma façon, participer à cela* ». Il nous a expliqué cela après. Les psychologues, les psychiatres, l'équipe pédagogique, tout le monde était là, on était un peu sidérés... On voit comment cet enfant a été amené à résoudre les problèmes de ses parents : à partir de son mutisme, on a essayé de comprendre ce qui se passait dans sa famille. Effectivement, les parents depuis des années n'arrivaient pas à obtenir les papiers. Le père et la mère cherchaient par tous les moyens mais ils n'y arrivaient pas. Les assistantes sociales sont intervenues pour les aider dans leurs démarches et ils ont obtenu enfin leur titre de séjour. L'enfant par son symptôme a, je pense, aidé sa famille.

Un autre cas concret : le juge avait décidé la séparation d'un enfant d'avec ses parents parce que quelqu'un avait

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

PROBLÉMATIQUES TRANSCULTURELLES

CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE TAMOULE ET INDIENNE

téléphoné pour dire qu'il y avait un mauvais traitement - maltraitance comme on dit pour les enfants. Parce que l'enfant pleurait, on avait pensé que les parents le battaient, ces personnes avaient été considérées comme parents indignes. C'est comme cela qu'ils le vivent quand on les sépare de leurs enfants. On les a séparés mais la culture nous a aidés à comprendre ce qui s'était passé. Ce n'était pas du tout parce qu'il y avait eu maltraitance, simplement l'enfant voulait dormir entre papa et maman. En Inde cela se fait mais ici on avait conseillé aux parents de mettre l'enfant dans sa chambre pour qu'il arrive à dormir. Il ne voulait pas, il criait, le père allait le voir, lui parlait, lui racontait des histoires, rien à faire, il était tout le temps en train de pleurer ! On a pu comprendre ce qui s'était passé à partir du moment où on a « cédé » à l'exigence ou au caprice de l'enfant. Il n'y avait plus de bruit, il n'y avait plus rien. Après il fallait faire un traitement auprès de l'enfant pour lui faire comprendre le pourquoi de cela. Chez nous, cela se faisait autrement et dès qu'il est arrivé ici, on a voulu faire à notre image, comme on faisait ici mais cela ne marchait pas. De là tout de suite prendre la décision de la séparation, quand une personne bien ou mal intentionnée a téléphoné, c'est une autre histoire... C'est pourquoi il faut toujours être très prudent, bien voir les choses pour savoir comment procéder.

Un autre exemple, j'ai travaillé au service social d'aide aux émigrants, quelqu'un avait un problème, une pathologie mentale. Il était habité, il nous disait qu'il était habité par une femme, par l'esprit d'une femme qu'on appelle *Mohini* qui peut entrer comme ça. C'est connu dans toute l'Inde, *Mohini* est une femme très belle, c'est le dieu Vishnou lui-même. Vous connaissez la Trimurti de l'hindouisme, vous avez Shiva, Vishnou et Brahma. Vishnou va prendre la forme d'une très belle femme pour séduire Shiva qui lui est en méditation et a juré de ne pas être dérangé par qui que ce soit ; il va être dérangé par *Mohini*, c'est la légende. Cet esprit rode en général dans les bois. On conseille d'ailleurs à tous les jeunes gens (à partir de l'âge de 12 ans), ceux qui habitent à côté des bois, de ne pas y aller sinon le *Mohini* risque d'entrer en lui. Ce garçon si bien élevé - son père est pasteur - avait fait des choses qu'il ne fallait pas faire. Pour son père c'était horrible de voir son enfant comme ça. Il avait attiré des jeunes filles, ce qu'on ne doit pas faire, ce que nous nous estimons ne pas devoir faire. On a essayé de voir comment on pouvait le guérir, d'abord soulager ensuite guérir, surtout sa famille. On s'est posé beaucoup de questions, on a essayé de voir avec notre culture si on ne pouvait pas intervenir. J'ai expliqué au Pr Tobie Nathan comment on pourrait faire et il en a tenu compte. Je suis entré un peu plus loin, peut-être ce n'est pas scientifique, pardonnez-moi, c'est la croyance en la numérologie et l'astrologie auxquelles croient beaucoup les Indiens et les Tamouls. Pour vous cela peut paraître des superstitions, mais je vous demande pardon, nous nous y croyons. Par conséquent il y a des chiffres qui peuvent guérir... Il y a des gens qui pensent vraiment que cela peut guérir. Dans ce cas bien précis, c'est juste un chiffre qui a aidé un peu à le guérir : le jour de son arrivée en France, le jour où il est tombé malade, tout cela on l'a analysé, on s'est rendu compte que ce chiffre-là a beaucoup joué dans sa vie.

C'était la même chose aussi quand je suis intervenu avec Jacqueline auprès du Dr Maman Moussa. Pour le malade, c'était le chiffre 7 qui était intervenu. En plus de cela, il y avait le problème du toucher. Il avait absolument besoin que quelqu'un le touche car personne ne voulait le faire à part l'équipe médicale. Des gens comme moi, c'est-à-dire interprète, traducteur qui venaient pour pouvoir expliquer au médecin ce dont il souffrait, ces personnes-là ne voulaient pas entrer dans sa chambre, ils se mettaient dehors pour pouvoir discuter parce qu'il était atteint du VIH. Personne ne voulait s'approcher de lui. La première fois que je suis venu, je suis allé le toucher et même caresser le visage. Immédiatement, je ne sais pas ce qui s'est passé, il s'est levé de son lit puis il a discuté, a parlé et le sourire est apparu grâce au toucher. Quelqu'un est prêt à venir me toucher, autrement dit je ne suis pas rejeté complètement. Sa santé s'est améliorée petit à petit avec la trithérapie bien-sûr, que les malades acceptent volontiers, ils acceptent tous les médicaments en allopathie que l'on peut donner, aucun problème. D'ailleurs en Inde il y a des queues dans les hôpitaux parce que c'est gratuit. On vous donne un cachet blanc, un cachet jaune c'est systématique et pour n'importe quelle maladie. C'est l'histoire du placebo encore une fois et ça marche, chacun fait la queue et si on ne donne pas le cachet, on demande « Donnez moi le cachet blanc et le cachet jaune ». Est-ce que cela joue dans la tête ? Peut-être, c'est possible mais ce n'est pas ça qui va guérir de la maladie dont il souffre car une fois qu'il a pris le traitement, il va voir le médecin ayurvédique ou encore le

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

PROBLÉMATIQUES TRANSCULTURELLES

CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE TAMOULE ET INDIENNE

le médecin traditionnel tamoul, le médecin siddha qui veut dire l'esprit et qui va jouer un rôle très important dans la guérison des maladies. Dans le siddha, et là ça devient dangereux vous allez voir, ils vont utiliser le mercure, l'arsenic, ... Mais maintenant on ne peut plus utiliser ça, ni même en Inde, tout cela a été interdit mais à l'époque tout le monde les utilisait mais à des doses infinitésimales.

Il y a l'Afrique, il y a plein de choses à apprendre des Africains, il y a aussi l'Inde et les Indiens. Avec la médecine ayurvédique, avec la médecine siddha, etc. Je voulais surtout vous apporter aujourd'hui des choses concrètes. Merci infiniment de m'avoir écouté.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES :

« L'Ayurvéda est une médecine de synthèse et unitaire, rappelant que l'Homme, dans la multiplicité de ses organes, n'est qu'Un et qu'il fait partie intégrante du Cosmos ».

Dr Jean-Claude de Tymowski

« Toute maladie est un pas vers une guérison, tout mal et toute douleur, une harmonisation avec la nature vers le bien, toute mort une ouverture vers l'immortalité. Pourquoi cela est-il ainsi ? C'est le secret de Dieu que seules les âmes purifiées de l'égoïsme peuvent comprendre ».

Sri Aurobindo (humaniste, philosophe, Maître de Yoga, créateur de l'ashram à Pondichéry)

« Le corps humain est la demeure de Dieu »

Tiroumoular (Grand siddha tamoul)



Issue de contrées et aussi de nationalités très diverses, la présence de la population d'origine tamoule et indienne a acquis une visibilité en France. Cette population pour qui, depuis plus de trente ans, notre pays est une destination migratoire privilégiée : il faut prendre en compte les trajectoires d'hommes et de femmes de pays et de nationalités très variés : Indiens venus de l'Inde – Tamouls, Gujaratis, Bengalis, Parsis, Sikhs – Tamouls de Sri Lanka, Français venus de Pondichéry, des Antilles, de Madagascar (Bohras et Khojas) ou de la Réunion, Tamouls de l'île Maurice, etc.

Liée aux passés coloniaux de la France et de la Grande-Bretagne, l'histoire de cette migration ancienne (on trouve trace dès 1724 dans les archives des ports et les greffes des tribunaux) n'a cessé d'évoluer en suivant des étapes bien distinctes. Sans entrer dans les détails, la population d'origine indienne a acquis aujourd'hui une visibilité et possède des espaces géographiques qui lui sont propres à Paris et dans la Région Parisienne.

La fascination pour le sanskrit, une origine commune indo-aryenne, le charisme exercé par les personnalités de Vivekananda (un saint hindou), Rabindranath Tagore (Prix Nobel de Littérature) ou Mahatma Gandhi (père de la Nation indienne), l'intérêt pour le bouddhisme investissent l'Inde d'un rôle particulier : l'Inde évoque l'une des plus anciennes civilisations et elle incarne la spiritualité.

Au moment même où commence à s'ouvrir le champ de la recherche sur la présence indienne en France, les sources dont nous disposons sont très inégales. En effet, les analyses ont surtout porté sur les arrivants d'origine tamoule.

C'est ainsi que j'ai été amené à m'intéresser aux Indiens et surtout aux Tamouls depuis 1977. Traducteur, interprète, enseignant, j'ai appris à les connaître et devenir un « médiateur culturel ». Le professeur Tobie Nathan m'a beaucoup appris en ethnopsychiatrie et toute ma gratitude lui est due.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

PROBLÉMATIQUES TRANSCULTURELLES

CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE TAMOULE ET INDIENNE

En ma qualité de traducteur et d'interprète, grâce surtout aux observations et à l'écoute, j'ai appris comment ils résolvait les problématiques transculturelles chez les patients tamouls et indiens. Plus tard, j'ai eu la chance de travailler avec d'autres médecins psychiatres, d'ethnopsychiatres (dont le Dr Maman Moussa) et de psychologues comme Jacqueline Faure, ici présente. J'ai compris ainsi que les Tamouls et les Indiens ont toujours eu recours aux médecines occidentales (allopathiques) et aux médecines traditionnelles (ayurvédique et siddha).

La médecine ayurvédique [(ayur = la vie ou le corps vivant relié au monde par les cinq sens ; védique = relative aux Védas (Connaissance, savoir ou science)], fruit de la civilisation indienne et indo-européenne, a été introduite en Europe depuis fort longtemps, d'une part par la voie de la médecine iranienne d'Avicenne et, d'autre part, par l'intermédiaire de la Mongolie et de la Russie. Mais, comme toujours, ces migrations sont en même temps des déformations qui ont fini par faire oublier l'origine profonde des idées.

Considérée par la civilisation indienne comme « la mère de tous les systèmes de guérison » et reconnue aujourd'hui par l'Organisation mondiale de la Santé, la médecine ayurvédique associe remèdes à bases de plantes et massages pour soigner le corps, l'âme et l'esprit. Aujourd'hui, elle a officiellement retrouvé sa place dans la culture indienne puisqu'elle est enseignée dans les universités de médecine et reconnue par le ministère de la santé de l'Inde et du Sri Lanka.

Selon les principes de l'Ayurveda, pour être en bonne santé, corps, esprit et environnement doivent être en harmonie. Quand celle-ci est rompue, la maladie apparaît. On fait appel à cette médecine pour retrouver cet équilibre et recouvrer sa santé.

La nature d'une personne est caractérisée par le tridosha ou la combinaison de Vata, pitta et kâpha. Ces éléments forment, en se combinant trois forces vitales, les doshas : l'espace et l'air sont appelés Vata (le souffle, le système cardiaque), l'eau et le feu Pitta (l'énergie physique, le système digestif), l'eau et la terre Kâpha (la force structurante du corps, les articulations, la force immunitaire).

La première chose que fera le praticien en accueillant son patient, sera de définir sa Tridosha. Suivant les dosha qui prédominent, il pourra déterminer à quel type physique, émotionnel, intellectuel ou spirituel il a affaire. Mais chaque malade étant un cas unique, il n'y a pas de traitement général. Pour l'aider à retrouver l'équilibre et la santé, le praticien regarde, étudie, « sent » le malade, pour comprendre sa nature, sa constitution et identifier ainsi les causes de sa maladie.

Le massage, une des clés de cette médecine, a pour but de prévenir les déséquilibres en purifiant le corps et en facilitant la circulation des énergies pour éliminer tous les blocages et les tensions qu'une vie quotidienne stressante installe chaque jour.

La diététique occupe une place privilégiée en Ayurveda : chaque aliment, chaque plante médicinale est constitué, en proportions variables, des mêmes cinq éléments qui forment le corps humain, à savoir l'air, le feu, l'eau, la terre et l'éther (espace).

Bien que la plupart des spécialistes de la médecine ayurvédique considère que celle-ci est fiable contre toutes les maladies, elle ne constitue, aux yeux de la médecine occidentale, qu'un ensemble de croyances non fondées scientifiquement. Elle peut cependant se révéler très efficace pour certains troubles tels que les allergies, le stress, l'asthme, l'insomnie, l'hypertension... même si les résultats obtenus varient d'une personne à l'autre. En Inde, les médecins qui désirent se spécialiser dans la médecine traditionnelle ayurvédique suivent une formation universitaire qui dure de 5 à 6 ans. Mais les massages et remèdes se transmettant de génération en génération, il est courant de faire appel à une tante ou une voisine quand on a un problème de santé.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

PROBLÉMATIQUES TRANSCULTURELLES

CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE TAMOULE ET INDIENNE

La médecine tamoule **Siddha** : la spécificité des **siddha** tamouls par rapport à leurs homologues du Nord de l'Inde est d'être des libres penseurs voire des révolutionnaires qui condamnent les castes, le sectarisme et le ritualisme. Ils refusent de se laisser emporter par telle ou telle religion (Ecrits ou rituels).

Les grands principes de la Médecine Siddha :

La médecine Siddha à l'instar de l'Ayurveda est un système holistique. Il enseigne que l'homme est un micro-cosme de la Nature, un univers en lui-même, parce que, ce qui existe dans l'Univers existe chez l'Homme. En fait, l'existence est indissociable de la manifestation cosmique globale. Le concept de base du système est que l'Univers est composé de cinq éléments : la terre, l'eau, le feu, l'air et l'éther ; Ces éléments composent le corps humain caractérisé par huit constituants physiques (lymphe, sang, muscle, graisse, os, moëlle et semence ou ovule). Cette conception est très similaire à celle des médecines ayurvédique et tibétaine.

Le diagnostic :

L'identification des pathologies est réalisée grâce aux huit éléments du diagnostic clinique : le pouls, la langue, le teint, la parole, les yeux, le toucher, les selles et l'urine.

La science de Siddha nous indique également que l'être humain en moyenne prend généralement 15 souffles par minute et génère ainsi 21600 souffles par jour et à ce taux, il peut vivre pendant une période au moins de 120 ans. Mais à cause des différents bouleversements et de mauvaise hygiène, il a toujours tendance à accélérer la respiration : ainsi, il perd des années de sa vie. On appelle cette théorie en tamoul « talai kil vakita viti ».

Des variétés innombrables d'herbes sont mentionnées en littérature de siddha. La pharmacopée est composée de plus de 800 plantes, de métaux (dont des dérivés de mercure et de l'arsenic), de minéraux, de sels organiques et inorganiques et des produits d'origine animale. Les Siddha étaient les pionniers dans l'utilisation des métaux et des minerais dans le traitement des maladies.

Il existe 32 médicaments à usage interne et autant, à usage externe, incluant les incisions, les excisions, les déplétions sanguines, les applications de chaleur, etc. L'usage de la vapeur, les manipulations physiques, les actes chirurgicaux et les diètes font aussi partie des méthodes thérapeutiques...

Ce n'est que depuis peu que des praticiens (médecins) français ont recours à la médecine ayurvédique pour soulager et soigner quelques pathologies comme par exemple le stress.

Bibliographie sommaire :

La médecine ayur-védique de Gérard EDDE (Ed. Dangles)

Charaka samhita, traduction anglaise du docteur Bhagwan Dash et de R.K. Sharma (Mutilal Press, Varanasi, INDE)

La doctrine classique de la médecine indienne. Ses origines et ses parallèles grecs de Jean Filliozat, Paris, 1949

La médecine indienne de Guy MAZARS (Que sais-je, PUF)

L'histoire du culte de siddha tamoul, de R. VENKATRAMAN , Ennes publications, MADURAI (Inde du Sud) 1990



Dr Caroline Lascoux : Merci beaucoup pour cette présentation très riche qui illustre bien la diversité de l'approche transculturelle. Monsieur Moudiappanadin nous a montré que l'on peut intervenir à plusieurs niveaux et dans plusieurs domaines, que ce soient la médiation sociale, ethnopsychiatrique, médicale, etc. Mais nous médecins confrontés à des patients d'origines culturelles très différentes (on reçoit des patients tamouls, chinois, africains, égyptien, etc.) on se dit « comment va-t-on faire pour pouvoir aborder toutes ces cultures ? »

Joseph Moudiappanadin : Pour comprendre, un patient égyptien par exemple, je vous ai dit qu'il y a beaucoup de choses entre l'Égypte et l'Inde, il y a eu pas mal d'apports. L'Égyptien ne va pas s'exprimer comme l'Indien. Il ne va pas vous indiquer l'endroit où il a mal alors qu'il y avait une personne qui indiquait qu'elle avait mal ici et finalement c'était tout simplement un problème dans l'oreille. Pour trouver cela il a fallu pas mal de temps. Dans chaque culture et parce que chaque cas est particulier, on peut y arriver en posant des questions sur l'environnement du malade. Posez des questions sur lui et ensuite sur son environnement, comme j'ai dit tout à l'heure : ciel, homme, terre. Il faut aussi penser à son alimentation. On nous fait de la publicité pour manger 5 fruits et légumes mais il y a belle lurette que les Égyptiens et les autres savent cela !



Dr Caroline Lascoux : Le Dr Maman nous a appris à aborder le culturel avec ces patients. Quand on a fait notre travail de clinicien, de médecin somatique et que justement on a utilisé notre raison, si on veut entrer en résonance avec son patient, une bonne façon de le faire est de lui demander ce qu'il aurait fait s'il avait été chez lui, qui il aurait été voir et s'il ne peut pas aller aussi consulter ou demander des conseils auprès de gens qui l'auraient

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

aidé dans son propre pays ? Cela marche très bien et avec toutes les cultures. Le patient vous donne alors la voie à suivre et vous avez le temps de chercher le médiateur culturel adapté à sa culture.

Une pédiatre : Je voudrais abonder dans votre sens et en même temps le généraliser parce qu'à tous les niveaux, quelque soit celui auquel on s'adresse, on a besoin de cette empathie envers le petit patient, les parents, etc., les adultes aussi. C'est pareil pour tout le monde. Quand nous avons fondé Migrations-Santé en 68 nous n'avons jamais eu la prétention de vouloir dire dans telle culture il faut aller dans ce sens-là et dans telle autre dans tel autre sens. Notre but a été d'aider les praticiens de santé à écouter et à être réceptifs. Vous l'avez très bien dit, très bien montré et je pense qu'on peut l'étendre à toutes les cultures y compris la nôtre.

Mr Joseph Moudiappanadin : Je voulais juste dire merci à Migrations-Santé puisque j'ai beaucoup travaillé aussi avec vous.



Mr Sawadogo Mamadou : C'est juste pour apporter une contribution à votre exposé. Vous avez beaucoup parlé du contact, c'est un élément capital pour un certain nombre de patients. Il faut aussi noter que dans une même communauté il y a plusieurs tribus et que chaque tribu a sa conception des choses. Dans la culture africaine la maladie n'existe pas, c'est un peu trop dire, mais on suppose que l'individu vit en équilibre dans un environnement donné, c'est quand cet équilibre est rompu que survient la maladie. C'est pourquoi on a tendance à ne pas regarder la maladie mais à chercher autour pour regarder cet équilibre-là. Vous avez aussi parlé du Docteur Maman qui dit qu'il faut souvent demander au patient. C'est un des principes que nous appliquons dans le cadre de l'infection par le VIH, on parle du principe GIPA selon lequel le patient est au centre de sa guérison. Si vous écartez le patient de sa guérison, il ne va pas guérir. Il faut mettre le patient au centre, lui demander. Il est le problème, il a aussi la solution à son problème.

Mr Joseph Moudiappanadin : Effectivement dans la médecine indienne et dans d'autres cultures, on vit en harmonie avec son environnement, avec sa famille, ... Quand cet équilibre est rompu, la maladie apparaît. C'est la base même de la médecine indienne, de la médecine sri lankaise, ayurvédique appliquée aux Sri Lankais. J'ai travaillé aussi avec les Cingalais – on pense qu'un Tamoul n'aime pas le Cingalais, ce qui est faux, la preuve : je suis là pour parler avec eux, pour discuter avec eux, pour essayer aussi de les soulager et de les guérir.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

EXTRAIT DU FILM « FIÈVRES » D'ARIANE DOUBLET

Dr Agnès Giannotti : Ce film a été réalisé par Ariane Doublet, réalisatrice de documentaires qui a fait « Les terriens », une professionnelle du cinéma. Il se trouve qu'elle est normande et qu'avec nos amis normands un lien s'est créé entre son village en Normandie et le village de Bello Tounga au Nord-Bénin. C'est dans ce cadre là qu'Ariane est venue et elle a assisté aux consultations du Dr Moussa Maman. Elle l'a filmé au quotidien comme consultant dans notre petit centre de santé du village. On va vous passer un extrait de son film, il s'agit d'une consultation avec une femme.



- Dr Maman : Dis-moi ce qui se passe.
- La patiente : J'ai mal dans ma gorge. J'ai l'impression d'avoir quelque chose de travers qui m'empêche d'avaler.
- Dr Maman : Comment ça qui t'empêche d'avaler ? Sois plus précise.
- La patiente : Mais c'est quelque chose de bizarre ! Je n'ai pas souvenir d'avoir mangé quelque chose qui serait resté... Mais c'est comme si...
- Dr Maman : Te souviens-tu quel jour cela a commencé ?
- La patiente : C'est avant-hier le jour du marché de Birni lafia. C'est ce jour-là que j'ai senti cette douleur.
- Dr Maman : Qu'as-tu fait ce jour-là lorsque tu es partie au marché ?
- La patiente : Je ne me souviens pas très bien, cela a peut-être commencé avant... Quelqu'un au village m'a donné un morceau de viande...
- Dr Maman : Tu connais cette personne ?
- La patiente : Oui je la connais. Elle m'a mis le morceau de viande dans la main... Elle m'a dit : Tiens présidente... Et je l'ai mangé. Je ne me suis pas posé de question... Pourquoi m'en voudrait-on ?
- Dr Maman : Mais tu es présidente non ? Tu es une personne importante ! Connais-tu vraiment la personne ?
- La patiente : Elle est de mon village.
- Dr Maman : Tu as eu déjà affaire à elle ?
- La patiente : On n'a jamais eu de différends... Nous sommes dans deux groupes. (elle s'adresse à l'infirmier) Tu te rappelles de celle qui est partie à Parakou ? Et bien c'est elle... Elle m'a donné le petit morceau, je l'ai pris en rigolant... Je l'ai mangé ... à partir de ce moment c'est resté coincé. Je suis partie au marché et le soir ça tournait dans ma gorge. J'ai commencé à me poser des questions alors je suis allée voir mon amie Alima, elle m'a dit qu'elle avait voulu me mettre en garde pour que je ne mange pas la viande. Je ne pouvais pas savoir que cette personne m'en voulait...
- Dr Maman : C'est une présidente aussi dans l'autre groupe ?

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

EXTRAIT DU FILM « FIÈVRES » D'ARIANE DOUBLET

La patiente : Elles ont créé un groupe à part, elles sont à part depuis peu.

Dr Maman : Bon maintenant que fait-on ? Tu n'as pas été voir les marabouts ?

La patiente : Non je n'y ai pas été.

Dr Maman : Est-ce que tu as vu un voyant ?

La patiente : Les gens m'ont conseillé d'aller voir les pêcheurs du Niger, ils connaissent ces problèmes. Mais j'ai répondu que je préférais venir te voir, tu connais le traitement, il faut me le dire.

Dr Maman : (appelle Koudou, un guérisseur) Il faut lui commencer un traitement ce soir.

Dr Maman : (à la patiente) Ce que Koudou va te donner tu le porteras le soir quand on te voit pas. C'est un collier que tu mettras autour du cou avant d'aller te coucher.

Dr Maman : (à Koudou) Et puis Koudou, le traitement que tu fais d'habitude, tu ramasseras les branches au bord du fleuve et tu lui diras de les faire bouillir. Elle boira dès ce soir et demain matin aussi.

La patiente : (à Koudou) Ce sera prêt ce soir ?

Koudou : Je ferai tout pour que tu l'aies. Tu passes la nuit au village ?

La patiente : Si j'ai mon traitement, je rentre chez moi.

Koudou : Tu dors ici ou tu rentres chez toi ?

La patiente : Chez moi c'est à côté. Je te donne combien ?

Dr Maman : Il faut donner 244 francs CFA.

La patiente : Lorsque je serai guérie qu'est-ce que je te donnerai ?

Dr Maman : Ah ça c'est entre Koudou et toi...



Dr Catherine Breton : Ce qui apparaît quand même c'est plusieurs façons de théoriser l'origine d'une maladie, soit c'est la faute de l'autre, soit c'est la faute du psychisme. Il faut faire attention quand on psychologise trop une maladie parce qu'on reprend l'idée de la culpabilité liée à Dieu selon laquelle la maladie est une faute... On ne dit jamais qu'il y a une atteinte physique par une force psychique on se demande pourquoi, ce n'est pas très étudié ça... Je prépare un colloque sur « Les erreurs théoriques de la psychanalyse. Que nous apporte telle ? ». J'ai vu la destruction par des théories donc je suis sensible... Il faut garder parfois le courage de l'énigme, on reprend c'est vrai les mythes mais qui peuvent parfois empêcher les patients d'évoluer par exemple, confondre le désir, la faute de l'autre et pourquoi la faute de l'autre... Au début dans la chrétienté quand on avait une maladie, c'était parce qu'on avait fait une faute aussi... on reprend beaucoup ça. Je pense surtout que sur le vih on doit avoir à l'esprit qu'on peut projeter sur le patient des théories du moment.

Mr Éric de Rosny : Ce qui m'a particulièrement frappé dans ce film c'est le 1er cas, la présidente, parce que depuis le début de notre matinée nous avons mis en

valeur des éléments un peu inhabituels dans la médecine des hôpitaux qui sont l'importance du sentir, du toucher. On a dit qu'il fallait tenir compte de l'environnement. Il me semble que dans l'environnement, il faut faire particulièrement attention à l'entourage. Parce que le mot environnement dans le langage habituel c'est la nature. L'entourage, dans la culture où je vis au Cameroun, notre groupe de réflexion a l'habitude de dire que la maladie d'un seul est symptôme d'un mal collectif et que, lorsque quelqu'un tombe malade au sens habituel du mot il convient de regarder autour de lui, dans sa famille ou son milieu professionnel s'il n'y a pas du désordre dont il est le signe, le symptôme,... Et souvent le soin d'une personne est un prétexte pour soigner le groupe et la famille. Dans le cas de la présidente, c'est très intéressant de voir comment le Dr Maman a justement réussi à faire venir au jour, manifester les difficultés de relation qu'elle a avec une rivale, une autre présidente qui peut être en effet l'une des causes, je ne dis pas la seule, de ses problèmes.

Dr Frédérique Kirsch-Noir : Le sacré, le magique et le phytothérapie technique sont portés par le même homme qu'incarne Moussa. Nous dans notre médecine occidentale le magique est dénié, la notion de magie ça n'existe pas, on évite d'en parler même, le technique est exacerbé, le sacré est évacué vers d'autres acteurs. Or le patient quand il vient nous voir, qu'il soit patient occidental ou patient migrant vient avec la triple demande, lui il ne sait pas faire le tri justement, il attend de nous cette triple réponse. Or on n'a aucune formation, quelles que soient nos spécialités, on a tellement cloisonné nos spécialités, la technicité et cette question fondamentale on ne sait plus y répondre. C'est peut-être ce qu'on a à apprendre de la médecine transculturelle, on doit trouver ce qu'on a potentiellement à donner.

Dr Berte Lolo : Un Monsieur tout à l'heure a parlé et dit que c'est vraiment compliqué de connaître toutes les cultures, alors comme c'est difficile de connaître toutes les cultures est-ce qu'il n'y a pas un tronc commun dans la demande de la personne qui vient parce qu'elle est malade et c'est là où je rebondis sur ma voisine, ce qu'elle a dit. Qu'est-ce qui empêche de guérir ou bien qui m'empêche de guérir ? Est-ce qu'il ne faudrait pas retraduire la

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

question, avec cette nouvelle question : qu'est-ce que la maladie m'empêche de faire ? La médecine scientifique actuelle oublie un peu cela. Si nous sommes en vie, si nous sommes bien portants c'est pour faire certaines choses donc la maladie va nous amputer de quelque chose. Je suis psychiatre, je reçois en consultation un monsieur qu'un expert m'a envoyé. Il a failli mourir, il conduisait sur l'autoroute et un pneu a crevé et il me dit : « *Vous ne pouvez pas comprendre, j'ai vu défiler ma vie rapidement, j'ai cru que j'allais mourir et pourtant je suis quelqu'un qui est prudent, je ne roule pas vite, la voiture était en forme, elle venait d'être révisée, je ne comprends pas, pourquoi ?...* » En psychiatrie on va dire que c'est un syndrome post-traumatique mais ce n'est pas suffisant pour l'accompagner. Je lui ai posé la question « *Je reviens sur votre pourquoi ?* » ... Il dit : « *Pourquoi moi ?* ». Je lui ai renvoyé une autre question « *Reposez-vous la question autrement : pourquoi est-ce que je ne suis pas mort ? Vous avez failli mourir, vous étiez presque mort mais là maintenant que vous n'êtes pas mort, qu'est-ce que vous pouvez faire ?* » Je pense que c'est une question un peu différente de « *Pourquoi est-ce cela m'est arrivé à moi ?* ». Nous allons tous y passer, nous allons tous mourir mais maintenant que je ne suis pas mort là il y a quelques minutes, que je suis en sursis : « *Qu'est-ce que je peux régler que je n'aurais pas pu régler ?* ». Je pense que la personne redevient actrice de son histoire... c'est une idée que je renvoie et qu'on peut discuter après...

Dr Agnès Giannotti : Je voulais rebondir sur ce que Frédérique Kirsch-Noir a dit tout à l'heure et sur les deux interventions de ce matin, des choses qui sont comme ça en écho... Mettre en place les rencontres (consultations) d'ethnomédecine cela vous paraît évident maintenant parce que cela fait 20 ans qu'on le fait. Mais il y a 20 ans cela n'était pas du tout évident même pour nous. A l'époque personne ne le faisait et nous n'avons pas cessé de nous questionner : a-t-on le droit de faire les choses qui ne sont pas rationnelles, pas classiques ? Avec Moussa, nous nous sommes autorisés très progressivement cette démarche et ce que vous voyez aujourd'hui, et qui paraît le b.a.-ba, est en fait le fruit d'une démarche étalée dans le temps. Nous-mêmes nous nous censurons et ne nous autorisons pas à faire des choses purement traditionnelles. Il a fallu beaucoup de temps. Et cette reconnaissance est venue très tardivement. Il y a un rapport de force entre la médecine occidentale et les médecines traditionnelles, inutile de dire qui est le plus fort et qui est le plus faible dans ce rapport de force... Tout à l'heure dans une des interventions, je ne sais plus laquelle, il était question de faire reconnaître les guérisseurs par la faculté de médecine. Je me questionne car j'ai l'impression que l'on est en train de les dévoyer totalement, de changer leur logique, leur rationalité. On modifie totalement leur cadre en voulant le faire avaliser par une logique qui n'est pas la leur. Un exemple : dans les phytothérapies au village, le guérisseur comme Koudou qui travaillait avec Moussa dans le film, va aller cueillir cette plante qui est près du fleuve mais pour cela il va demander à l'esprit : « *Quand est-ce que je dois y aller ? Auprès de quel arbre dois-je me rendre ? Si c'est le matin, à midi, le soir...* ». Au moment où il va cueillir la plante, il va faire des rituels sacrés donc ça rejoint ce que tu disais sur les 3 choses : le sacré, la thérapeutique et le magique, tout ça dans un même geste et dans une même personne. Pour le guérisseur ce n'est pas l'écorce de tel arbre qui contient telle molécule ; le traitement qu'il va donner est porteur de cet ensemble qui est à la fois physique parce qu'il y a effectivement des principes actifs, à la fois symbolique, à la fois le lien entre le guérisseur et le patient. C'est tout cela le traitement. Donc les traitements sont individuels. Or toute la gymnastique qu'on voit actuellement consiste à analyser scientifiquement les composantes chimiques des plantes utilisées par les guérisseurs, c'est un contre-sens total. Est-ce qu'il faut vraiment faire valider toutes les pratiques par la médecine occidentale ? Est-ce qu'il ne serait pas intéressant de comprendre la rationalité de l'autre ? Dans tous les cas, attention au désir d'être trop officiel...

Dominique Folscheid : Admettons qu'il y ait plusieurs rationalités concurrentes parce que de toutes façons il y a une rationalité politique qui n'est pas la même que la rationalité scientifique ni la commerciale. Cela devrait être évident pour tout le monde. Pourquoi est-ce qu'en médecine on a tout bloqué sur la rationalité scientifique qui peut se mesurer, s'évaluer ? C'est un vrai problème culturel pour nous parce que c'est stupide... Mais quand on dit qu'il y a plusieurs rationalités, plusieurs types de culture, je me méfie... de l'expression « ethnopsychiatrique » ou « ethnomédecine » parce que si on regarde de plus près on peut s'apercevoir qu'il y a beaucoup plus d'éléments communs entre une consultation à la Moussa Maman avec cette dame et le médecin de famille d'ici

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

Je me demande pourquoi les médecins français écrivent de manière illisible leur ordonnance, pourquoi les labos utilisent des termes incompréhensibles. Ensuite nous savons, la Haute Autorité de Santé est en train de le faire et l'AFSAPS encore plus, qu'on est en train de dé-rembourser des tas de médicaments pour service médical insuffisant. Or ils opèrent de manière magique, on a pu observer que la couleur des pilules étaient extrêmement importante, le viagra n'aurait pas eu le même succès s'il n'était pas bleu et ainsi de suite. La pilule anticonceptionnelle en réalité ça a très bien marché parce que c'était une pilule, il y a la magie de la pilule en tant que pilule, quoi qu'il y ait dedans. Après on va dire que les gens ont des superstitions dans d'autres pays et nous on n'en a pas, c'est de la rigolade... pourquoi, parce que les mêmes éléments agissent sur les humains mais avec des habits différents. Chez nous c'est une version très comparable à ce qui se passe ailleurs mais sous une forme très atténuée, déguisée, aseptisée, « *hygiénisée* » mais avec une quantité d'illusions. C'est pour cela que je parlais de la magie, je disais que les médecins blancs étaient souvent plus noirs que noirs et réciproquement, c'est à cause de ça... Alors que l'on convoque ensuite toutes les capacités humaines pour les mobiliser, c'est un chantier... Je ne dis pas que j'ai la réponse mais je dis : arrêtons de bloquer le chemin, ré-ouvrons ce chantier, c'était très bien dit tout à l'heure, arrêtons de saucissonner le patient, tout ça pour inventer quelqu'un qui va être le médecin et qui va réunir les petits morceaux. Une fois qu'on a coupé le saucisson en rondelles on ne peut pas refaire un saucisson en entier, on obtient de la juxtaposition. Dernière chose pour la pharmacopée, Daniel Cohen dit maintenant qu'il faut en finir avec le mono moléculaire, le mono cyclage. Il a compris quelque chose que les Chinois, les Africains, les Indiens comprennent depuis très longtemps. Quand on dit maintenant que l'on va avaliser la pharmacopée africaine et comparer pour voir si l'on peut intégrer un phytothérapeute africain dans un hôpital comme ils ont fait au Sénégal d'ailleurs, mettre la phytothérapie traditionnelle dans le même cadre que la pharmacopée occidentale, cela peut marcher la preuve : le taxol, ... la médecine empirique des plantes permet une médecine de synthèse avec une pharmacopée plus technique, cela peut arriver mais pour le reste c'est une erreur de faire du mono cible à partir d'une molécule active au singulier. Pourquoi est-ce qu'on fait cela ? Parce qu'on n'a pas les moyens techniques de faire des comparaisons valables quand il y a plusieurs molécules et plusieurs cibles à la fois... Notre rationalité statistique quand on fait des cobayes et des groupes randomisés, contrôlés, ne peut pas travailler avec trois facteurs différents qui visent plusieurs cibles à la fois... donc on est coincé mais ça ne veut pas dire que cela ne marche pas quand on fait des choses qui sont multiples... et c'est ce qu'essaye de faire Daniel Cohen aujourd'hui.

Mr Damien Rwegera : En écoutant tout ce qu'on a dit ce matin, j'ai pensé à deux choses. Premièrement dans les années quatre vingt dix quand le sida faisait énormément de ravages et qu'il n'y avait pas encore de médicament, des grands professeurs de médecine occidentale se sont réunis avec des anthropologues des grands guérisseurs d'Afrique de l'Ouest à Bamako. Il était question de collaboration, la médecine avait compris son impuissance, il n'y avait pas de médicament. On s'est dit que les guérisseurs pouvaient être intéressants, ne fût-ce que pour la prévention. Les guérisseurs étaient là et la discussion était très enrichissante et à la fin les guérisseurs ont dit « *Écoutez si vous voulez qu'on collabore, reconnaissez nous d'abord, nous pouvons faire quelque chose dans votre histoire là, nous sommes vos interlocuteurs maintenant, nos gouvernements qui nous reconnaissent et ont donné légalement le droit d'exercer...* ». Et puis, a surgi une question très importante, j'aimerais que peut-être en particulier le Père Eric de Rosny réponde, je n'ai pas de réponse... Vous savez que chez les ngangas, il n'y a pas de mort, on ne meurt pas, les patients ne meurent pas chez les ngangas. Ici les patients meurent à l'hôpital mais on n'a pas vu de mort chez les ngangas... Merci...

Pr Robert Girot : La question que je me suis posée en écoutant tout le monde c'est de savoir de quelle pathologie on parle. En tant qu'hospitalo-universitaire travaillant dans un hôpital comme celui-ci je pense qu'il y a des pathologies qui ne demandent pas de discussion. Quand on a une fracture ouverte de la jambe, quand on doit subir une hémodialyse, qu'on a une insuffisance respiratoire on met en route le traitement et je crois que tout le monde l'accepte quelles que soient ses convictions... L'acte médical quotidien tient compte de trois éléments : le premier, l'organique dur dont je viens de parler et effectivement par certains côtés notre médecine occidentale

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

est très archaïque. Par exemple une vieille dame rentre debout, sur ses pieds en unité de cardiologie, elle a toutes ses facultés, on guérit le cœur mais on la rend grabataire, elle a perdu ses facultés mais les cardiologues ne sentent plus concernés parce que le cœur a été guéri... C'est l'extrême, il y a un certain aspect de la médecine qui est comme ceci mais et heureusement beaucoup de traitements organiques traitent et soignent les gens correctement. Le deuxième aspect que l'on voit très souvent dans nos services hospitaliers, à savoir au-delà de l'organique, il y a l'environnement familial ou social qui a été évoqué tout à l'heure et là on fait souvent appel au psychologue. Les relations sont subtiles dans l'acte médical entre l'organique et le psychologique mais le médecin ne doit pas être déchargé de tout l'aspect relationnel, environnemental. J'ai été très frappé par l'extrait du film, Moussa Maman a vu trois malades : il a vu un paludisme chronique chez un enfant et l'a traité par la quinine comme n'importe qui l'aurait fait, qu'on soit blanc, noir, jaune ou vert on va donner le même traitement, c'est le même traitement médical qui est fait ici ou dans le Nord-Bénin. Il a vu une femme, la présidente qui a un symptôme extrêmement connu : quand on a une contrariété, on a un resserrement dans la gorge, on a l'impression qu'il y a quelque chose qui ne passe pas et ça se voit au Cameroun comme ça se voit à Paris 20^{ème}, on a des contrariétés, il n'y a pas de problème organique, on a la gorge serrée c'est un symptôme extrêmement courant, la médecine faite par Moussa Maman deux fois sur trois est celle de tous les jours. Le troisième élément qui est gommé par notre société parce qu'en tant que citoyen républicain on ne fait pas part de ses opinions politiques, religieuses ou philosophiques dans l'exercice de notre métier et on gomme tout ça, c'est ce que j'appelle le côté magique et le côté sacré. On n'en parle pas et pourtant ça influe certainement dans nos comportements et dans le retentissement d'un certain nombre de maladies. On va à Lourdes, on va voir Mme Soleil, il y a beaucoup de plaques de Mme Soleil dans tout Paris, tous ces éléments ne sont pas officiellement évoqués dans notre société... Finalement je me sens très à l'aise dans ce qui est dit aujourd'hui parce que, je mets probablement les pieds dans la plat, c'est peut-être mon rôle aujourd'hui, sans faire l'avocat du diable mais faire le naïf, ...les aspects magiques, sacrés, les aspects psychologiques font partie de notre médecine occidentale ou africaine, et de ce point de vue là les échanges que nous avons sont très intéressants, j'espère ne pas avoir choqué ou si, j'espère avoir choqué pour que la conversation puisse se continuer...

Dr Caroline Lascoux : Juste une réflexion après ce que vous avez dit Monsieur Girot, merci. Effectivement le travail d'URACA et de Moussa Maman n'a jamais été de remettre en cause la médecine organique dure, on voit très bien qu'il en fait aussi. Ce qui est intéressant dans ce film, c'est de voir que là-bas au Bénin, c'est simple de faire les deux dans un même temps. Il utilise à la fois son savoir de tradipraticien et son savoir de médecin organique et tout cela se lie très facilement. Je disais en aparté à Agnès, moi je n'ai jamais dit que je fais de l'ethnomédecine car je n'aime pas beaucoup ce terme. Je faisais ce que j'avais appris de la médecine organique, j'essayais au mieux de soigner les patients mais ça demandait d'aller un peu plus loin et c'est là où je faisais appel à la médiation transculturelle. En fait c'était de la médecine pluridisciplinaire pour moi, comme je peux faire appel à un spécialiste urologue ou à un hématologue, je faisais appel à Moussa Maman et aux guérisseurs qui venaient faire les consultations et cela débloquent beaucoup les choses... je préfère le thème de pluridisciplinarité plutôt que d'ethnomédecine... Dans le film, Moussa est-ce qu'il fait de l'ethnomédecine ? Non il fait la médecine comme il l'a apprise : la médecine occidentale et la médecine traditionnelle. L'intérêt des consultations « d'ethnomédecine » à l'hôpital était de faire des ponts entre ce qui se fait ici et ce qui se fait là-bas, de redonner du sens à ce qu'on faisait et de replacer le patient au centre car on avait tendance à l'exclure de tout ce qui n'était pas notre médecine.

Dr Agnès Giannotti : C'est vrai que cela fait 20 ans qu'on cherche un meilleur mot. Ethnomédecine on n'aime pas, ethnopsychiatrie on n'aime pas, médecine synchrétique c'est moyennement satisfaisant, on n'a pas trouvé. Donc avis à ceux qui auraient de l'inspiration !

Pr Robert Girot : Je me souviens d'une prise en charge particulièrement difficile d'une jeune malade gravement atteinte ; les relations des soignants-médecins, infirmières, aides-soignantes, l'équipe médicale au sens large du terme, les relations avec la famille étaient extrêmement tendues, à la limite du supportable. Moussa Maman est intervenu, il a réuni tout le monde dans une pièce. Il a discuté avec les uns et avec les autres et a beaucoup calmé

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

le jeu en nous faisant comprendre qu'il fallait tenir compte de tout un ensemble culturel que j'appelle le sacré, le magique. J'ai été extrêmement surpris par le calme du père : il a eu confiance quand il a su qu'il devait faire une démarche, d'aller... je résume probablement très maladroitement, d'aller sous un baobab. Il y avait tout un rituel à faire avec un bâton et la pluie. J'avoue que je n'ai rien compris car cela fait appel à des croyances mais dans d'autres domaines on fait aussi appel à des croyances tout à fait identiques. À partir de ce moment-là quand Moussa Maman a fait un pont entre les deux cultures, on a pu traiter dans la confiance, le calme et la sérénité cette pauvre femme... Nous avons besoin de personnes comme Moussa Maman qui font des ponts entre les deux cultures pour comprendre et nous accepter réciproquement.

Une personne dans le public : C'est provocateur mais c'est exprès... je voulais parler des limites ou sinon même des excès des guérisseurs. Ayant la chance de travailler avec des équipes hospitalières au Cameroun dans la lutte contre le sida et l'amélioration des soins des mères et des enfants. J'ai toujours pensé et j'en ai parlé avec les praticiens de santé, qu'on devrait travailler pas avec les guérisseurs. À l'hôpital, ils sont très, très réticents... Moussa dans le film a un froncement de sourcil devant l'emplâtre sur le cuir chevelu du gamin, il n'en a pas dit plus... cela ne devait pas lui plaire énormément... Nous sommes arrivés un soir dans l'hôpital à côté de Bafoussam, une jeune fille de 17 ans est arrivée avec une myosite totale, tous les muscles de la jambe étaient complètement infectés. Elle était depuis plus d'un mois chez un guérisseur à temps complet, soignée pour ce qui était au départ une blessure d'un pied. Elle avait de la fièvre, le guérisseur l'a renvoyée parce que les parents n'avaient plus d'argent à lui donner pour qu'il la soigne. Evidemment toute l'équipe hospitalière a été catastrophée, cela n'a pu se terminer que par une amputation, c'était vraiment dramatique... Moi avec ça quand je reviens dire : qu'est-ce qu'on pourrait faire avec les guérisseurs ? Il y a vraiment une question qui se pose là, j'en ai d'ailleurs parlé un peu avec Eric de Rosny, ce n'est pas évident ... quant à garder une confiance mutuelle dans nos approches différentes.



Dr Caroline Lascoux : Votre remarque est juste et cela me fait penser à un autre film avec Moussa « Le syndrome du guérisseur » où il pose la question des bons et des mauvais guérisseurs, jusqu'où il faut aller dans notre acceptation... Un bon guérisseur est quand même un bon clinicien, il est spécialisé, il a des domaines où il est compétent et d'autres où il est incompétent. Déjà le bon guérisseur doit savoir dire quand il est incompétent et passer la main. Et là, dans le cas de cette jeune fille elle avait à faire à un mauvais guérisseur. Comme on l'a dit ce matin, il y a des bons et des mauvais partout... Et nous aussi dans le VIH quand on voit nos patients ne plus suivre une trithérapie pour aller voir un guérisseur qui lui a promis une guérison c'est-à-dire plus de virus dans le sang ce qui est impossible, on est un peu embêté mais quelque fois il faut que des patients passent par des chemins un peu obligatoires, ils perdent du temps, ils y perdent des plumes et des fois ça les ramène dans le bon chemin... mais c'est compliqué cette question du bon et du mauvais guérisseur, jusqu'où il faut aller...

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

Dr Agnès Giannotti : Il y a quelque chose qui est essentiel c'est l'urbanisation en Afrique parce qu'au village tout le monde se connaît, vous savez très bien que celui-là c'est un vrai guérisseur, que son père est ça et ça.... Donc il n'y a aucune ambiguïté et là les gens sont compétents. Koudou que vous avez vu dans le film, ou les gens qu'on a fait venir ici, qui ne parlaient pas français, qui ne portaient pas de chaussures, et qui sont arrivés quasiment en boubou à l'hôpital en plein hiver, ce sont des gens qui ont grandi là-bas et on les connaît. En ville, il y a des gens qui s'intitulent médecins et qui ne sont pas médecins, des gens qui s'intitulent guérisseurs et qui ne le sont pas, d'autres qui se disent garagistes et qui ne savent pas mieux que moi réparer une voiture. Là c'est un autre problème, on n'aborde pas le savoir-faire, on aborde l'escroquerie.

Mr Éric de Rosny : Damien Rwegera faisait remarquer qu'on ne meurt pas chez le nganga. Dans le monde bantou le mot nganga désigne les tradipraticiens, en Afrique de l'Ouest c'est autre chose. Même au Rwanda je ne sais pas si vous employez le mot nganga. J'ai constaté ça : quelqu'un qui est patient chez un nganga va sans doute mourir, le nganga dit à la famille de le reprendre chez elle. La première interprétation pourrait être de dire qu'il a raté mais qu'il ne veut pas prendre la responsabilité de la mort de la personne. Ce n'est pas exact... Je crois que c'est la notion de la mort qui n'est pas la même. Nous avons chez les ngangas quelque chose qui vient de très profond, qui n'est pas inspiré par les problématiques modernes. La mort dans la tradition c'est un passage, ce n'est pas la brusque rupture et disparition d'une existence. C'est un passage dans une autre vie et ce passage doit se faire dans la famille et non pas chez le nganga. C'est une hypothèse, je n'ai pas entendu cette théorie chez les nganga mais quand on pose une question on veut toujours essayer de trouver une réponse. Je voudrais aussi commenter ce qu'a dit le Pr Robert Girot qui m'a bien intéressé : cette distinction d'une part la médecine de type organique, ensuite la psychologie, le médecin psychiatre et ensuite celui qui s'occupe de la magie, de la mystique, de la religion. C'est vrai que dans la société actuelle, en particulier en France, ces trois catégories qui concernent les mêmes personnes sont divisées il y a le médecin, il y a le psychologue, il y a le prêtre ou le pasteur. Mais le nganga avait une autorité composite, il était à la fois quelque chose du médecin sans être vraiment un médecin académique, quelque chose du prêtre puisque ce n'est jamais lui qui guérissait mais ce sont les ancêtres et aussi quelque chose du psychologue bien sûr. Il y a une quatrième fonction qu'il incarnait c'était celle du juge car c'était lui qui pouvait désigner ceux qui étaient responsables, coupables ou pas coupables. Il y avait comme une sorte de synthèse dans le caractère du nganga qui, pour les besoins de la vie moderne, ont été divisés en médecin, psychologue et prêtre. C'est pourquoi je dis à mon ami Robert Girot qu'il y a beaucoup de traits communs, il ne faudrait pas trop séparer toutes ces formes de médecine mais les cultures sont différentes... Les fonctions qui sont rassemblées dans la tradition en une seule personne, le monde moderne a dû pour des raisons très historiques les subdiviser en trois ou quatre fonctions sociales.

Mr Mamadou Swadogo : A propos de la médecine traditionnelle, j'ai eu la chance avant l'avènement des anti-rétroviraux de voir toute cette forte pression... On a connu des tradipraticiens, en Afrique, au Burkina Faso, il y avait à l'époque les tobwacouas, il y avait plein de thérapies. Il était très difficile de faire changer un patient qui avait dit que telle potion allait le guérir. A l'époque, vous vous ne pouviez pas lui enlever ça de la tête. Des tradipraticiens ont su jouer sur cette psychologie, sur cette faiblesse des patients, ils en ont profité. Je me rappelle que le gouvernement avait essayé à l'époque de mettre de l'ordre en disant : « *Si vous êtes vraiment capables de guérir, venez, on va vous encadrer* ». Dans cette sélection de quinze tradipraticiens, il n'y a eu que trois qui ont été reconnus. Ils avaient comme traitements des antioxydants, des immunostimulants... Donc ils ont essayé de réorganiser ce secteur-là. En fait la médecine traditionnelle où elle est c'est beaucoup plus des individus, ce n'est pas un secteur organisé. Chacun a sa recette, sa magie et vous pouvez trouver du vrai comme du faux, il faut pouvoir savoir trier. Quoi qu'il en soit on a été éduqué dans cette mentalité, quels que soient les traitements qu'on prendra on va toujours aller quelque part. Avec les antirétroviraux on se pose des questions, on consomme les ARV mais derrière on fait autre chose et comme il n'y a pas cette communication entre cette médecine traditionnelle et cette médecine moderne, le patient ne va jamais te dire ce qu'il prend derrière. Quelles vont être les répercussions futures ? On ne sait pas les interactions qui vont être générées entre ce qu'on fait derrière et cette médication que l'on prend en face. Si on va juste voir pour les aspects psychologiques ou autres et qu'il

n'y a pas de consommation ça va. Ce qui est plus grave encore c'est quand vous avez en face de vous des gens qui ont des croyances religieuses à qui on dit d'arrêter catégoriquement les traitements et de prier. Après ce sont des malades qu'on vous envoie sur des civières. Il faut vraiment renforcer cette collaboration et savoir faire vraiment le tri...

Dr Denis Méchali : Quand la France a rattrapé son retard en soins palliatifs j'avais beaucoup admiré Maurice Abiven le médecin qui avait ouvert la première unité. Il était parti de la médecine ultrabrillante dont parlait Monsieur Folscheid entre autres ce matin, justement cette rationalité fascinante. Il faisait un paradoxe en disant : effectivement cette médecine est brillante mais de temps en temps il y a des fins de vie qui ne se passent pas bien. Je trouvais ça intéressant l'idée de partir, un de la reconnaissance de cette médecine rationnelle si forte, deux de ses limites et trois de réponses concrètes possibles et tout à fait utiles ; ce n'est pas par hasard aussi que ce matin on a parlé beaucoup du sida je crois que c'est Catherine Breton qui a dit qu'à l'époque où la médecine était impuissante cela avait fait un retour de la vraie parole du patient... Je finirais en disant à la fois nous existons mais nous sommes minoritaires dans cette médecine si rationnelle, si puissante qui nous environne mais en même temps elle est en train de foirer un petit peu, de prendre l'eau ... Un mot et un nom : un mot c'est le care, prendre soin et un nom de quelqu'un que j'aime beaucoup et qui est celui d'Edgar Morin.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

LES NOMS DES MÉDICAMENTS OU L'EFFET NOCEBO DE L'INFORMATION EN THÉRAPEUTIQUE

INTRODUCTION DE **MR SAWADOGO** EXPERT EN GIPA ET VOLONTAIRE À URACA

Afin de vous introduire mes deux orateurs, je vais vous raconter juste une petite histoire, qui est un peu liée aux médicaments. Il s'agissait à l'époque (cela date un peu) d'un adolescent qui s'était présenté en consultation pour savoir comment utiliser un préservatif. Nous lui avons donc expliqué mais comme on n'avait pas de maquette représentant un pénis, on a juste utilisé le doigt (le pouce) pour montrer comment se met un préservatif. Quelques mois plus tard, il se présente avec le problème de la maladie vih. La communication n'était pas passée car il avait fait comme nous lui avons dit : il avait utilisé le pouce...

J'ai à ma gauche Catherine Breton, psychiatre et à ma droite Sabine Guessant, pharmacienne.



Catherine Breton : Parce que j'écoute depuis de nombreuses années des patients qui expriment leur rapport aux médicaments, je vais tenter d'explicitier l'extrême complexité et l'ambivalence de ce rapport par ailleurs rarement évoqué. La maladie – plus particulièrement la maladie chronique, mais aussi la maladie ressentie, voire imaginée – nous confronte à notre fragilité spécifiquement humaine puisque nous nous savons mortels, mais aussi à l'imaginaire de notre corps puisque nous sommes des êtres parlants et désirants et que nous nous représentons notre corps, certes biologique mais aussi symbolique et imaginaire. Prendre un médicament nous situe dans le contexte des inventions humaines et plus particulièrement dans celui des différentes théories médicales. Il s'agit là d'un véritable nœud de représentations que le médicament va actualiser lors de sa prise.

La croyance actuelle est que nous sommes des êtres rationnels non modifiables par le traumatisme de la maladie et donc qu'une explication claire et une transmission d'un savoir biologique suffirait à éliminer les croyances anciennes ou actuelles. Or, qu'est-ce qu'une croyance ? C'est, comme le dit Freud, une capacité d'illusion qui est une force et qui trouve son origine dans la détresse et la souffrance. Le rapport à la thérapeutique est infiltré de croyances :

- Croyance médicale qui centre le savoir sur le corps biologique.
- Croyance en la toute-puissance de la pensée, qui permettrait de guérir sans médicament.
- Croyance en la nature qui serait toujours bonne.
- Croyance en un objet thérapeutique tout-puissant, ou au contraire destructeur ou bien encore thérapeutique par son symbole, etc.

Mais n'est-ce pas l'étymologie même du mot pharmakon (« poison ou remède ») que nos croyances actualisent?

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

LES NOMS DES MÉDICAMENTS

OU L'EFFET NOCEBO DE L'INFORMATION EN THÉRAPEUTIQUE

Je pense qu'il est irrationnel en médecine de ne pas écouter chaque personne dans sa subjectivité lorsque celle-ci est prise dans le désir de prescription et dans l'histoire de ce médicament précisément, car c'est oublier que l'homme n'est pas un animal biologique – même s'il l'est aussi et que, s'humanisant dans le désir, la parole, le manque et la souffrance, il revendique aussi sa place de sujet. Écouter les représentations est la complexité d'un rapport de tout un chacun au médicament et étudier les effets parfois paradoxaux de ces médicaments (je veux parler de l'effet placebo et de l'effet nocebo), c'est aussi permettre des avancées en médecine. Humaniser la médecine ne consiste pas uniquement à être humain avec les patients mais aussi à étudier ce qu'il y a de spécifiquement humain dans l'effet biologique d'un médicament au-delà de sa substance.

Ambivalence des rapports médecins/patients/médicaments. Cette ambivalence est certainement très majorée à l'heure actuelle. Auparavant, la violence de la maladie était attribuée à un tiers: un Dieu ou des Dieux. « *Je le pensais, Dieu le guérit* », disait Ambroise Paré. Or, depuis l'application de la science en médecine et surtout depuis la découverte des antibiotiques (il y a seulement cinquante ans) pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, des êtres humains voués à une mort prochaine et certaine ont été guéris par le savoir humain.

De nos jours, ce n'est plus seulement à Dieu qu'on impute si facilement la violence d'une maladie, ou des effets de sa résolution, mais aussi aux médecins, aux médicaments voire aux politiques. « SIDA: la trithérapie ronge le dialogue », tel était le titre d'un article de Libération (26 Octobre 1996) relatant un congrès de AIDES à Grenoble qui citait cette phrase de Daniel Defert : « *Le risque existe que beaucoup de médecins, à travers la prescription de médicaments, se trouvent un pouvoir de vie et de mort qu'ils avaient tout juste évité du temps de leur impuissance* ». C'est-à-dire que les médecins représentent et sont les acteurs de la mise en acte de la fragilité humaine et que c'est sur eux qu'est déployée toute l'ambivalence de cette fragilité.

J'ai constaté que beaucoup de patients me parlaient de leur vécu avec les médicaments parce qu'étant psychanalyste, ce n'était pas moi qui les prescrivais. Je les faisais associer, l'association étant une spécificité de la psychanalyse bien différente de l'acte de réflexion. Et bien souvent ces patients exprimaient le besoin de n'en rien dire à leur médecin traitant. Ils avaient une relation extrêmement ambivalente des deux côtés (médecin/patient et patient/médecin). Je pense qu'une rencontre entre un médecin et un patient, c'est une rencontre entre deux inconscients qui sont tournés vers ce qu'est la castration et je pense que c'est pour résoudre la castration qu'on a inventé les dieux.

Que vit-on donc à la naissance ? Et de quoi sont porteurs nos médecins dans le rapport au manque ? Déjà, quand on naît, on perd une partie de soi, le placenta, qui n'appartient pas à la mère, quoiqu'on en dise. À la naissance, nous perdons une partie de nous. C'est la métaphore de la perte et je trouve ça très beau symboliquement. Après, on grandit et on va s'apercevoir que l'autre n'est pas tout pour soi. Par exemple, si je suis un bébé (imaginons un bébé avec une écharpe dont il se sert comme doudou) je ne connais pas encore bien la différence des sexes. Je me sens complet avec ma mère. À un moment, en l'absence de la toute proximité de ma mère, je vais me sentir complet avec le doudou. Vous, vous êtes des adultes responsables, vous ne voyez qu'une écharpe. Pas du tout : c'est la complétude de moi et c'est ma première création. Une création qui me complète. Après un certain temps, je vais quitter cette complétude (le doudou). Je vais l'intégrer à l'intérieur de moi mais quand je me sentirais fragile, peut-être aurai-je besoin d'autre chose pour me compléter : un objet, un savoir ou une association de choses opposées. Je pourrais par exemple prendre une homéopathie sous la langue ou adopter un savoir qui me donne une valeur psychique. Mais que fait-on quand on grandit ? De quoi sont porteurs à la fois les médecins et les médicaments ?

Je crois pouvoir vous en faire brièvement l'évolution... J'ai été pédopsychiatre. J'ai vu des petits garçons de trois, quatre ans rentrés dans mon bureau en criant: « *Docteur, docteur, on peut lui enlever ! On lui a enlevé ! C'est une moins que rien !* ». Les femmes, par leur anatomie, représentent donc la castration imaginaire masculine que tous on a vécu à l'âge de trois ou quatre ans. Il y en a qui vont en rester là et qui vont, leur vie durant, inférioriser les femmes, ces femmes qui représentent le manque imaginaire masculin. D'autres vont évoluer et vont accepter le manque. Comment ? En se représentant qu'ils sont nés de la différence des sexes de leurs parents. Il y en a qui vont désirer être cause de la relation sexuelle de leurs parents et d'autres qui vont accepter d'en être la conséquence et non pas la cause. Mais tous - et ceci vaut pour chacun d'entre nous - nous aurons, notre vie

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

LES NOMS DES MÉDICAMENTS OU L'EFFET NOCEBO DE L'INFORMATION EN THÉRAPEUTIQUE

Je vous rappelle que le médicament, c'est étymologiquement pharmakon «soigner et détruire» et que le premier médicament qui a été vraiment efficace, c'est la thériaque, panacée à laquelle Néron fit ajouter du poison. C'est donc Eros et Thanatos qui sont réunis dans ce médicament.

Je vais donc grandir et entretenir un rapport au langage. Pourtant, je ne pourrais parler que si j'accepte de ne pas être tout-puissant. Si j'ai soif, il me faudra accepter de demander un verre d'eau. Si je demande « coupantanfon », il est probable que je ne serai pas comprise. Il me faudra donc me soumettre au langage, c'est-à-dire au manque pour pouvoir parler. Ensuite j'aurai à entrer dans la société, je vais donc devoir faire une place à l'autre. Après je découvrirai la mortalité et l'origine.

Ainsi, il en est certains, les hommes - masculins - ont inventé un tiers qui permettrait de résoudre l'antagonisme entre les êtres humains et qui en même temps représente le manque mais ne le symbolise pas au sens psychanalytique, c'est-à-dire qu'il le représente comme non-manquant. Et ce tiers, c'est Dieu. Dieu, c'est un être non-manquant qui résout l'énigme de l'origine et de la fin. Et puis c'est peut-être Dieu qui est responsable de la maladie, en cas de faute par exemple. En tout cas, c'est un tiers. Que s'est-il passé depuis cinquante ans? Pour la première, fois le savoir médical a été capable de guérir quelqu'un qui allait mourir. C'est dire que ce savoir médical, savoir biologique, permet de bousculer quelque chose à la base de toute civilisation organisée autour d'une résolution du rapport à la mort. Soudainement, ce sont des hommes qui résolvent la mort. Du coup, toute la violence de la maladie et de la mort, toute la violence de la castration, c'est-à-dire le rapport au manque, a été déplacée sur les médecins ou sur les médicaments. Et il y a là quelque chose qui est très peu réfléchi et qui pose problème : « Qu'est-ce qui se passe dans ce rapport au médicament ? »

Pour vous démontrer cela, je vous suggère de prendre un papier et de dessiner un cœur. Même dans un public de médecins, la plupart vont dessiner un cœur à la Peynet. Même si certains parlent de l'organe, la plupart entendent le cœur imaginaire, le cœur de la relation à l'autre ou le cœur symbolique. C'est-à-dire que le rapport au savoir médical a une triple histoire : l'histoire de la construction d'un corps imaginaire, du corps symbolique, du rapport à la mort donc du rapport à Dieu. Et d'ailleurs dans le médicament, il y a quelque chose qui ressemble complètement à ce que des croyants ont inventé : l'hostie. L'hostie qu'est-ce que c'est ? C'est un objet (qui ressemble d'ailleurs fort à un médicament) pour le corps anatomique, je vous le rappelle, mais qui grâce à la transsubstantiation est destiné à relier le corps anatomique, le corps érogène à Dieu. Et bien c'est la même chose pour le médicament : il y a une substance qui touche le corps anatomique, mais aussi le corps érogène, le corps symbolique, la castration, et qui relie à la vie, à la mort, à la spiritualité, à l'histoire de la personne, à sa construction comme être dans son rapport au manque, dans son rapport à l'objet transitionnel, dans son rapport à la croyance, dans son rapport à la castration, dans son rapport à toute sa vie. C'est une superposition, une épistémologie interne qui est propre à chacun d'entre nous. Je suis absolument passionnée par cela et je fais parler, associer les patients sur leur épistémologie sur ce qu'ils ressentent du médicament. Or, la première chose qui est apparente dans un médicament, c'est son nom.

Les derniers médicaments apparus en France contre le VIH s'appellent SUSTIVA ou TRUVADA. Alors imaginez un peu le sketch que je pourrais vous faire : « *Monsieur, puisque que vous avez par trop utilisé votre sexe masculin, vous prendrez du RETROVIR. Et comme votre vie est derrière vous, vous prendrez aussi du VIDEX. Votre compagnon est mort, je sais, et vous me semblez un peu pâle, vous prendrez donc de L'HIVID (lit vide ou livide)* ». Ce sont les patients qui m'ont montré cela!

Je suis donc allée voir le laboratoire Roche au sujet de L'HIVID. J'ai rencontré le responsable du produit et celui de la communication qui m'ont regardée comme si j'étais un ovni. Je leur ai dit : « *Bien sûr, c'est la substance qui compte mais vous savez, parfois les mots comptent aussi. Me permettez-vous de faire avec vous quelque chose de très agressif en paroles?* » Le responsable de la communication se propose : « *Oui, bien*

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

LES NOMS DES MÉDICAMENTS

OU L'EFFET NOCEBO DE L'INFORMATION EN THÉRAPEUTIQUE

sûr». « Alors voilà, je suis votre médecin traitant et je vous annonce que vous avez une tumeur, que faites-vous ? » Il me répond : « Je ne sais pas si j'en parle à mes enfants, etc. » Je l'arrête tout de suite. « Je ne vous ai pas dit que vous aviez une tumeur maligne, mais dans tumeur, il y a tu meurs, et c'est là ce que vous avez entendu à votre insu. »

Tout le problème du rapport aux langues et aux médicaments, c'est donc cet effet du signifié quand il y a un signifiant. ROCHE m'a expliqué que les noms des médicaments étaient choisis par rapport à leur appellation en anglais et qu'il n'y avait aucune étude en France sur ce sujet. La première fois que je m'en suis rendue compte, c'est le jour où un patient m'a dit : *« C'est curieux, je ne peux pas supporter qu'on me donne de médicament (ça, c'est encore autre chose) mais je prends du VIDEX, je sens bien que ma vie est derrière moi. »*. Ce jour-là, j'ai voulu être prudente ; je ne savais pas s'il signifiait qu'il entendait le signifié dans ce VIDEX puisqu'il venait de dire «ma vie est derrière moi» soit «je me vide». C'est une question que je me pose toujours. Cette semaine par exemple quelqu'un me disait : «Je ne comprends pas, je ne supporte pas le SUSTIVA, vous savez c'est quand même exagéré, on me dit que j'ai été contaminée en faisant une fellation». Est-ce que je lui en parle ou pas, de la référence à «Suce, t'y vas» ? Peut-être qu'il faut être lacanienne pour s'en rendre compte mais la question est que je ne sais pas si en le signalant au patient, je pérennise le risque ou si je le libère.

Il est vrai que je travaille depuis longtemps l'effet nocebo de l'information. Maintenant il y a un courant très en faveur de l'éducation thérapeutique, ce qui est très rationnel. Au Canada, une étude a été faite récemment portants sur deux groupes qui ont reçu des placebos. Au premier groupe, on a fait lire une notice qui précisait les effets secondaires possibles : nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, chocs... Le deuxième groupe a été informé qu'il n'y avait aucun effet secondaire. Résultat: 43 % des personnes qui avaient lu la notice ont ressenti des effets secondaires, dont 3 chocs ! C'est là toute la question de la notice, car même si les effets secondaires ne concernent que 3 % des personnes qui prennent le médicament, pour le patient qui la lit c'est « tout ou rien ».

En ce qui concerne la question de la psychosomatique, je crois que faire travailler mes patients et développer une pulsion de vie, ou leur rapport incestueux à leur mère, ou leur culpabilité par rapport à leur homosexualité permet qu'ils prennent leur traitement. Pour moi, le psychisme, y compris la psychanalyse, ça se passe dans le biologique. Comme on travaille maintenant sur l'effet placebo avec des enregistrements caméra, on voit par exemple que des effets antidépresseurs se passent dans l'aire frontale, et pour la maladie de Parkinson aussi, il y a des placebos qui s'inscrivent dans l'aire dopaminergique. Je ne sais pas pourquoi. Nous avons certainement quelque chose dans le cerveau qui nous relie au corps imaginaire et au corps symbolique.

Pierre Benoît était un pédiatre et psychanalyste lacanien pour lequel j'ai un très grand respect. Il a beaucoup travaillé sur le rapport au médical, sur l'effet placebo, etc. Dans son très beau livre «Chronique médicale d'un psychanalyste», il cite le discours d'une patiente: «Je viens de Haïti. Dans mon pays, on prend plus des tisanes, des décoctions que des médicaments, c'est quelque chose de doux que l'on ne prend pas totalement. J'ai besoin de cet héritage transmis de génération en génération. Il y a de la violence dans la rationalité occidentale, j'ai l'impression qu'il y a une sorte d'aliénation, quand je m'oublie, quand je me livre à l'inconnu de la science. Néanmoins, je reconnais le bien-fondé de la science et je veux jouir du confort relatif qu'elle peut proposer. C'est une boutade dans la famille de parler des médicaments. Les plantes en revanche, il y a une connivence entre elles et nous. C'est notre famille. Les médicaments, c'est la peur, si je ne les prends pas, je vais mourir. Les médicaments, c'est cette bouteille qui est en verre et qui peut se casser si jamais elle tombe. Et puis on doit les avaler, c'est une forme de violence, ce n'est pas naturel. Et puis il y a une tyrannie de la dose, je dois contrôler, pas une goutte de plus, pas une goutte de moins. Ce qui peut être du danger, ce qui peut me tuer. Le médicament peut me tuer. La plante est peut-être aussi un danger, mais je suis dans une sorte de béatitude inconsciente, comme un bébé. Vous savez le médicament, ce serait comme le nom du père, une contrainte, la loi, la sentence. Mais au fond c'est vrai je suis née d'un père et d'une mère. Et puis j'ai tout dit, il faudrait que j'allie les deux, les médicaments et les plantes... »

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

LES NOMS DES MÉDICAMENTS OU L'EFFET NOCEBO DE L'INFORMATION EN THÉRAPEUTIQUE

Pierre Benoît était un pédiatre et psychanalyste lacanien pour lequel j'ai un très grand respect. Il a beaucoup travaillé sur le rapport au médical, sur l'effet placebo, etc. Dans son très beau livre « *Chronique médicale d'un psychanalyste* », il cite le discours d'une patiente: « Je viens de Haïti. Dans mon pays, on prend plus des tisanes, des décoctions que des médicaments, c'est quelque chose de doux que l'on ne prend pas totalement. J'ai besoin de cet héritage transmis de génération en génération. Il y a de la violence dans la rationalité occidentale, j'ai l'impression qu'il y a une sorte d'aliénation, quand je m'oublie, quand je me livre à l'inconnu de la science. Néanmoins, je reconnais le bien-fondé de la science et je veux jouir du confort relatif qu'elle peut proposer. C'est une boutade dans la famille de parler des médicaments. Les plantes en revanche, il y a une connivence entre elles et nous. C'est notre famille. Les médicaments, c'est la peur, si je ne les prends pas, je vais mourir. Les médicaments, c'est cette bouteille qui est en verre et qui peut se casser si jamais elle tombe. Et puis on doit les avaler, c'est une forme de violence, ce n'est pas naturel. Et puis il y a une tyrannie de la dose, je dois contrôler, pas une goutte de plus, pas une goutte de moins. Ce qui peut être du danger, ce qui peut me tuer. Le médicament peut me tuer. La plante est peut-être aussi un danger, mais je suis dans une sorte de béatitude inconsciente, comme un bébé. Vous savez le médicament, ce serait comme le nom du père, une contrainte, la loi, la sentence. Mais au fond c'est vrai je suis née d'un père et d'une mère. Et puis j'ai tout dit, il faudrait que j'allie les deux, les médicaments et les plantes... »

Et ça, je crois que c'est une permanence chez tout le monde, chacun trouve la dualité *pharmakon* Eros & Thanatos dans le médicament. Ou bien Thanatos dans le médicament et Eros dans les médecines parallèles. Ou bien Eros dans le savoir et Thanatos dans la résolution du manque.

Voilà tout est là, et les médecins avec lesquels je travaille entendent cette protection.

SABINE GUESSANT



Bonjour à tous. Tout d'abord, je voulais remercier les membres d'URACA de m'avoir invitée. Depuis ce matin ce sont des anthropologues, des philosophes, des médecins, des psychiatres qui parlent. Merci de donner aussi la parole aux pharmaciens car ce n'est pas fréquent.

Je travaille depuis longtemps déjà sur l'élaboration et l'évaluation des connaissances des patients en particulier des patients africains d'Afrique sub-saharienne. Pharmacienne, je m'occupe plus particulièrement de l'infectiologie et des patients infectés par le VIH ou VIH/VHC, en étroite collaboration avec le service de maladies infectieuses et tropicales de cet hôpital. Je me suis rendue compte – j'ai la chance de faire de l'éducation thérapeutique - que la connaissance des patients est importante. Je vais parler plutôt des patients migrants originaires d'Afrique sub-saharienne où je suis moi-même allée une dizaine de fois. J'ai aussi accueilli au sein de mon équipe des médecins, des pharmaciens africains. Donc ce sont ces patients originaires d'Afrique que je connais le mieux finalement, mais c'est un bien grand mot car je me suis rendue compte qu'il était très utile de travailler avec URACA sur les termes utilisés par exemple. En effet, le langage des Africains est métaphorique, très allusif, c'est très beau mais c'est parfois déroutant. On a l'impression de ne pas bien comprendre puis, après en y réfléchissant, on comprend. Ceci pour situer le débat ou en tout cas l'intervention que l'on m'a demandée.

Le titre est : Médicaments et interculturel. Le médicament, je comprends puisque c'est mon quotidien. L'interculturel, j'avoue que je ne savais même pas exactement ce que ça voulait dire avant qu'apparaisse le sujet. Mon exposé comporte trois points. C'est une piste de réflexion et j'aimerais qu'on ouvre le débat. J'aurais aussi des questions car c'est un peu compliqué, entre la rationalité, le retour vers la tradition, les deux cultures qui peuvent cohabiter, ...

Je vais vous présenter les trois points :

1. Le médicament dit « blanc », et le médicament traditionnel. Y a-t-il un lien entre les deux ?
2. Le médicament vu par les Africains.

3. Le médicament, lien possible entre les deux types de médecine, médecine occidentale et traditionnelle ?

Pour moi, les médicaments c'est tout d'abord 10m³ de dossiers que les laboratoires envoient à l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) pour leur validation. C'est très long, très peu sont validés. Il faut environ 10 à 12 ans pour la conception, la validation et la fabrication d'un médicament pour enfin aboutir à l'autorisation de mise sur le marché. L'article L5111-1 du Code de la Santé Publique définit le médicament comme toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leurs fonctions physiologiques. Cette définition ne rend pas compte de toute la complexité des dossiers techniques, les 10m³ de dossiers qui vont à l'AFSSAPS pour être validés et qui garantissent la sécurité, l'efficacité, l'innocuité,... du médicament.

Dans un médicament il y a le principe actif et les excipients. Le principe actif est chimique, héli-synthétique ou encore issu du génie génétique mais il peut également être extrait des plantes. Il ne faut pas oublier que la moitié des médicaments de la pharmacopée occidentale est d'origine naturelle provenant aussi bien de végétaux que de produits marins. À côté des médicaments de l'allopathie il y a aussi ceux de la phytothérapie, discipline à part entière qui requiert un diplôme pour les médecins et pharmaciens spécialistes. 200 plantes sont référencées à l'AFSSAPS et donnent lieu à 600 médicaments de phytothérapie ayant obtenu des autorisations de mise sur le marché. Quelle est alors la frontière entre le médicament traditionnel du guérisseur principalement à base de plantes et le médicament des Blancs qui provient des plantes ? Notre médicament est une forme galénique contrôlée qui a subi et subit à chaque fabrication une série de tests qui garantissent la sécurité et la fiabilité. 500 000 espèces végétales sont recensées à la surface du globe dont la moitié est répertoriée, selon l'OMS, 22 000 seraient utilisées dans les médecines traditionnelles et 3 000 seulement font l'objet de tests scientifiques, qui sont validés au sens occidental du terme. Donc vous voyez 200 plantes en France, 22 000 répertoriées par l'OMS et 3 000 validées : on ne peut pas dire que c'est rien du tout ni que l'on soit dans le domaine du charlatanisme.

Tout le problème est de savoir que l'un peut exister avec l'autre. Il faut connaître les limites, la balance risque / efficacité et le problème d'interaction. J'ai rapporté d'Afrique un guide fait par un pharmacien qui travaille au Burkina Faso, à Ouagadougou au Ministère de la Santé. À côté de la division « Médicaments », il y a la division « Plantes médicinales » où sont étudiées les propriétés thérapeutiques des plantes. Ce qui est intéressant, c'est que dans le domaine de la toxicologie et de la pharmacologie, ils utilisent - et ce n'est pas tout à fait un terme que l'on utilise dans nos pharmacologies européennes mais peu importe - le concept d'interaction négative, nous, nous disons interaction antagoniste. Eux-mêmes se sont rendu compte qu'on ne peut pas tout associer n'importe comment, il y a des interactions entre les plantes. Elles sont efficaces, mais ce qu'il faut, c'est connaître tout l'enjeu et la balance risque-efficacité. Tout peut être efficace mais il faut faire attention. On ne connaît pas correctement toutes ces plantes et c'est ça le risque.

Pour le patient africain, le médicament traditionnel par rapport à notre pharmacopée européenne (avec tous ses tests, les surveillances, etc.) est donc aussi toute substance qui va faire du bien, qu'il soit trouvé dans la rue ou dans une officine ou prescrit par un marabout ou un guérisseur, en fait c'est quelqu'un qui a l'autorité pour dire « ce médicament est efficace ». Cette médecine traditionnelle travaille avec les plantes, les esprits, les prières, les versets du Coran, etc. Peut-être que dans l'inconscient des gens - je ne sais pas si je peux parler d'inconscient je ne suis pas psychiatre - mais peut-être que c'est l'effet placebo dont on parle, ça peut marcher trois mois dans certains cas, par exemple cela peut diminuer l'hypertension pendant deux ou trois mois grâce à l'effet placebo. En tout cas, c'est autre chose que le principe actif. D'ailleurs on le voit bien dans les essais cliniques puisqu'on compare le médicament étudié à un placebo s'il n'existe pas de substance de référence.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICAMENTS ET INTERCULTUREL

Je reviens aux médicaments perçus par les Africains d'origine sub-saharienne, en particulier les antirétroviraux car ces médicaments sont différents. Pourquoi sont-ils différents? Parce qu'ils représentent la honte, c'est ce que les patients nous disent « *le sida c'est la honte* » pour les hommes et surtout pour les femmes, parce que les hommes encore on peut l'admettre, mais les femmes sont désignées comme des femmes de mauvaise vie... Donc ça représente la honte. Lorsque le médecin va prescrire des antirétroviraux, ça représente la vie pour le patient mais lorsque nous, pharmaciens, allons dispenser ce médicament, cela va représenter pour eux l'objet parce qu'on apporte vraiment physiquement le médicament. Cela représente la honte et le rejet des autres, donc ils vont le cacher. D'un côté il y a la vie, le médecin apporte la vie par la prescription de ce médicament et le pharmacien va apporter le rejet. Très souvent cela peut aller jusqu'au fait que le patient s'empresse d'enlever les comprimés de la boîte ou d'arracher les étiquettes, de les mettre dans des papiers ou n'importe quoi. Au début, nous étions un peu suffoqués maintenant on l'est moins. Pour nous le médicament est alors dénaturé puisque le patient a retiré les étiquettes, les numéros de lot, c'est-à-dire tout ce qui est la preuve des tests qui garantissent la sécurité au niveau du patient. Donc c'est compliqué, cela nous déstabilise puisqu'on ne peut plus reconnaître le médicament, on ne peut plus conseiller le patient, lui dire comment faire, le médicament étant dans un papier qui peut être n'importe quoi, un papier qui a permis d'emballer les carottes le matin. Pour le professionnel, ce n'est plus un médicament. Certains patients nous disent qu'ils veulent tellement le cacher qu'ils sont obnubilés par le fait d'avoir cet objet. Ils vont le garder sur eux parce qu'ils ne veulent pas qu'on retrouve le médicament et qu'on les stigmatise. C'est le rejet des autres. Il y en a même qui dorment avec.

Un deuxième paradoxe est que le médicament pour le traitement de l'infection par le VIH ne représente plus comme autrefois l'annonce de la mort mais l'annonce de la maladie, surtout chez les jeunes qui nous disent « *Quand on est jeune, on est en bonne santé, on ne prend pas de médicament et maintenant à cause de la maladie on va devoir prendre toute la vie des médicaments pour rester en bonne santé* ». C'est le deuxième paradoxe, le médicament est pris pour garder une bonne santé mais en même temps il se dit qu'il n'est plus en bonne santé parce qu'il doit prendre les médicaments. « *J'avais l'impression d'être en bonne santé, je suis en bonne santé mais on me dit que j'ai le Sida, je ne suis plus en bonne santé parce qu'on me donne des médicaments* ». Certains patients qui ont eu des problèmes d'observance et qui finissent par accepter leur traitement nous disent : « *Finalement je vais prendre les médicaments pour rester en bonne santé, pour ne pas avoir mal au ventre, pour ne pas être fatigué* ». À ce moment-là, le médicament représente la vie, le maintien en vie même si la santé est un petit peu endommagée par les effets indésirables.

À l'inverse certains patients veulent rester en bonne santé mais pas trop, ils ne veulent pas qu'on leur « vole » leur statut de séropositif. Ils ont peur que s'ils prennent bien leur traitement, leur bilan sérologique sera bon avant d'avoir un contrôle pour une allocation handicapé AAH ou autre. Ils nous disent « *Mais si je ne suis plus malade, qu'est-ce que je vais devenir ?* ». Parfois ils sont en perte d'observance à cause de ce problème là, parce que le médecin lors du contrôle pour l'AAH va (comme le guérisseur voit dans les cauris) « *pouvoir voir dans mon sang, si je suis guéri* ». C'est un bien grand mot parce qu'on ne guérit pas. Ce sont tous ces aspects qu'il faut faire admettre au patient, qu'il va falloir qu'il continue. Si à chaque contrôle de la Sécu ou d'un médecin pour avoir l'allocation handicapé, il arrête les antirétroviraux, c'est quand même un problème.

L'obligation de se traiter peut être prise aussi comme un chantage ou un enjeu de pouvoir. Le médecin leur dit : « *si vous ne prenez pas les médicaments, vous allez mourir* ». Là, ça passe ou ça casse. Soit le patient est convaincu et il va prendre le traitement, soit il nous dit : « *Il m'a mis trop de pression, je n'ai que des effets négatifs, j'ai laissé tomber, je n'en pouvais plus !...* » ou bien encore : « *Ce sera toujours les médicaments... il y a aucun espoir pour plus tard, ils ne parlent pas de progrès dans la médecine, je laisse tomber* ». À l'inverse certains nous disent : « *Si j'avais su que j'aurais pu avoir une insuffisance rénale chronique, on m'a mal informé sinon j'aurais pris mes médicaments, parce que je ne savais pas que je pouvais devenir si malade. Je savais que j'avais le Sida, je savais que je pouvais avoir des infections mais perdre mon rein, je ne savais pas...* ». D'autre part, la perception des effets indésirables a changé au cours du temps, me semble-t-il. semble-t-il.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

MÉDICAMENTS ET INTERCULTUREL

La peur des lipodystrophies est moins présente et ne représente plus un frein comme avant pour commencer un traitement. C'est l'allongement de la durée de vie qui est un élément moteur à l'heure actuelle. Ils sont plus motivés à prendre correctement leurs médicaments car ils pourront avoir une nouvelle vie, similaire aux patients non VIH. Les effets indésirables semblent mieux acceptés, il y a moins de troubles digestifs. Il reste peut-être les troubles du sommeil qui ne sont pas bien explorés, des études sont en cours. Peut-être sont-ils à relier aussi à l'importance de la signification des rêves et des songes ?

Comme je suis pharmacien, je vais vous parler un peu de pharmacologie. Je vous rassure, je ne vais pas vous parler des mécanismes d'actions, d'ailleurs les patients ne veulent pas savoir comment ça marche, ça ne les intéresse pas. Ils ne retiennent même pas les noms. Alors peut-être, que comme disait Catherine Breton, cela les effraie. Ils ne retiennent pas le nom des médicaments, ils retiennent la couleur. La couleur, c'est fondamental : « *J'ai pris le cachet bleu, etc.* » et, si nous on ne connaît pas exactement le médicament par la couleur, on ne connaît pas selon eux les médicaments ! Un autre aspect de la difficulté dans l'évaluation de la prise des traitements est notre compréhension du patient. Il y a quelques années, un interne m'avait fait part de son étonnement, il ne comprenait pas : « *Ce patient boit les médicaments... Qu'est-ce qu'il fait ? Il les triture, il les dilue ?* ». Nous, on pensait à la dissolution, etc. En fait non, les patients disent qu'ils boivent les médicaments pour dire qu'ils les avalent... Chose aussi plus insolite et belle comme image, c'est la prise espacée des médicaments. Nous on se dit qu'il y a des interactions et on espace les médicaments. Eux nous expliquent : « On ne veut pas les antirétroviraux face aux autres médicaments, on ne veut pas anéantir le mouvement des autres. ». Une autre belle explication, je trouve : « *Je ne veux pas perturber la bagarre des antirétroviraux vis-à-vis du virus.* ». Ce n'est pas du tout les propriétés pharmaco-physico-chimiques qui président à cela, c'est qu'ils ont peur qu'il y ait dans leur organisme des bagarres et que ça annihile l'efficacité des médicaments.

Il y a aussi le problème avec les psychotropes. Si vous avez des idées là-dessus, cela m'intéresserait. Les psychotropes sont parfois très difficiles à faire prendre aux patients, parce qu'ils disent : « *Vous comprenez mon médecin pense que je suis folle (ou que je suis fou) mais ce n'est pas ça du tout, c'est parce que je suis habitée par des esprits... On ne peut rien y faire, c'est Dieu ... donc je ne les prends pas.... D'autres refusent les psychotropes car ils ont vu leur voisin de chambre trembler ou « leur langue qui tourne sans arrêt dans la bouche... ».*

Un point aussi pour l'observance c'est la croyance dans le médicament. Parler de la couleur et de la grosseur des médicaments, c'est très important. Pour certaines personnes, plus ils sont petits moins ils sont efficaces et inversement, plus ils sont gros plus ils sont efficaces. La quantité de médicaments compte aussi. Bien qu'ils aient une prescription déjà établie, des patients vont réguler la quantité de médicaments à prendre en fonction des symptômes qu'ils vont avoir. Ou alors ils vont se dire qu'ils n'ont pas encore la maladie donc ils prennent moins. Ce qui fait basculer l'image ou le statut du médicament dans l'esprit des gens, c'est au moment de leur hospitalisation quand ils sont hospitalisés. Ils sentent qu'ils sont fragiles, ils se soumettent. Et c'est visible : ils ont le médicament qui coule dans les veines, dans le sang. On revient toujours au sang. Là, ils se disent qu'il faut vraiment faire attention : « *Je suis hospitalisé, je vais prendre les médicaments des Blancs parce que je suis obligé, parce que c'est Dieu qui m'a envoyé la maladie mais Dieu veut aussi que je prenne les médicaments....* ».

Enfin, le troisième point que je voulais voir avec vous est le suivant : le médicament, est-ce que ça peut être un lien entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle ? Je pense que oui : quand on a fait tout ce qu'on a pu, nous, en France, en tant que médecins, pharmaciens, infirmiers, psychiatres, etc. pour que les malades soient correctement pris en charge et qu'ils reviennent 25 fois hospitalisés, qu'on leur fait 25 fois des consultations d'observance, qu'ils font 25 fois des infections importantes, je pense qu'on peut se poser la question d'avoir une autre approche qui peut être celle du patient. « *Je vais prendre mes médicaments maintenant (alors que c'est la dernière ligne de traitement) parce que je n'ai pas envie que ça revienne très fort* (avec un bras levé

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA** MÉDICAMENTS ET INTERCULTUREL

au ciel) *et que ça sorte.* ». On peut se demander si pour le patient « ça » est le virus ou l'esprit ? Je pense que c'est très important d'accepter d'entrer dans une autre logique que celle de la rationalité. Ce n'est pas toujours facile, parce que les médecins n'ont pas toujours envie d'entendre cette autre manière de penser.

Voilà, c'est une réflexion que je voulais avoir avec vous parce que les patients ont recours aussi à cette médecine traditionnelle et on ne peut pas faire l'impasse parce que ce serait pire à mon avis de nier l'existence de cette pratique.



Mr Sawadogo : On ne finit jamais d'apprendre. Franchement j'ignorais que les noms des médicaments qui nous arrivent en Afrique avaient une autre signification. Nous sommes un peuple d'oralité qui ne fait pas beaucoup attention aux écrits. Cependant cela est important en Europe. Par contre en Afrique les malades ont des difficultés pour retenir les noms des antirétroviraux et se contentent donc de reconnaître leur forme, leur couleur, même leur odeur. Il faut être réaliste, les antirétroviraux pour beaucoup de patients, c'est stigmatisant, donc on va toujours s'arranger pour le cacher.

J'ai révélé ma séropositivité depuis 1996 ce qui m'a permis d'être un acteur clé de la lutte, au Burkina dont je suis originaire. Ce qui me permet d'avoir une expertise sur la question de ces médicaments qui étaient au début un exploit, et dont la prise est en train d'évoluer aujourd'hui vers une autre facette dont les contraintes de prise, les difficultés liées à ses effets sur l'organisme et l'incapacité pour notre système sanitaire de vérifier son efficacité.

En conclusion de toutes les communications que l'on a eu ici, on retiendra la question de savoir comment peut-on faire en sorte que le malade puisse accepter ses médicaments, puisse se socialiser avec les médicaments, que les médicaments deviennent une partie de lui. Et que continuellement, il puisse les utiliser, pour que ces traitements soient un succès. Je crois que dans cette salle l'auditoire aussi a des expériences concernant ces médicaments et la transculturalité. Comment faire avec les patients immigrés qui ont une autre culture avec les médicaments ? Pour exemple au Burkina, j'ai été confronté à des patients appartenant à un peuple nomade. Ils acceptaient difficilement les comprimés prescrits, par contre ils préféraient les injections les plus douloureuses telles que l'extencilline.

Pr Olivier Bouchaud : L'intervention de Catherine Breton m'a beaucoup intéressé même si je la connaissais déjà un petit peu, et je voudrais rajouter un autre élément, parce qu'on a parlé de la violence du pouvoir médical. Et c'est vrai qu'on n'en est pas conscients, on a souvent l'impression qu'on met toute la douceur qu'il faut. On ne se rend pas compte de ce que l'on provoque chez les patients. De la même manière, les patients, face aux médicaments, projettent des choses qui sont extrêmement négatives. J'en ai pris conscience un jour, parce que durant mes études de médecine, j'étais très énervé de voir des grands professeurs parler d'anti-paludéens. Alors que pour moi paludéen, c'était le patient, et anti-paludéen, c'était le médicament contre le patient. Dans notre tête d'étudiants, ça ne collait pas. Du coup, fort de cette leçon là, je me suis mis à reprendre systématiquement les étudiants qui venaient dans le service et qui parlaient d'*anti-paludéens*, en leur disant « *non ça ne va pas* ». Et puis un jour, il y a une jeune externe qui m'a dit « *mais Monsieur vous venez de parler d'anti-tuberculeux* ». J'ai reconnu que c'était une faute profonde, puisque cela veut dire que quand je donne un anti-tuberculeux à un

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

patient, en fait je donne quelque chose qui le tue ! Je me suis mis à chercher, dans notre jargon, dans les maladies on parle d'anti-cancéreux, d'anti-paludiques, d'anti-asthmatiques, je ne vais pas vous les citer mais voilà... Alors, s'il ne faut pas y accorder trop d'importance, il faut malgré tout s'y attacher, parce que cela veut dire que dans notre inconscient (individuel ou collectif, je ne sais pas), on a une idée extrêmement confuse et ambiguë de ce qu'est le médicament, et c'est toute la confusion qu'il y a aussi avec le mot drogue. (Drogue, drogué, mais aussi la drogue bénéfique, etc.)

Dr Catherine Breton : J'aimerais juste vous parler de quelque chose qui est encore plus grave qui se passe depuis cinq ans, et je ne comprends absolument pas les psychiatres et les psychanalystes, vraiment. On parle d'*anti-psychotiques*. C'est fou, parce que c'est en plus l'identité de la personne dans son psychisme, quand on dit cela à quelqu'un et qu'on parle d'*anti-psychotiques*. Et moi je téléphone aux labos et je leur demande d'arrêter de dire un *anti-psychotique*, et je leur demande si eux ils aimeraient que je leur prescrive un anti-névrosé. Névrosé, vous êtes névrosé sans le savoir, et les laboratoires sont toujours étonnés. Et moi, ce qui m'étonne, c'est que les psychiatres et les psychanalystes puissent accepter cela. Et c'est écrit sur la notice, *anti-psychotiques*.

Interventions du public : Je voudrais rebondir sur l'aspect symbolique du médicament, et de l'hostie. On retrouve la même chose dans ce que vous venez de dire, puisque cela veut bien dire que l'on assimile le patient à sa maladie. C'est aussi cela qu'il faut que l'on retienne. Quant à la violence, il faut que l'on apprenne à se remettre en question, et à devenir un peu plus humain. Mais c'est vrai aussi que le côté expiatoire, puisque vous parliez de l'aspect symbolique et effectivement religieux, le côté expiatoire de la douleur et de l'injection, il y a là un traitement très symbolique et très sacrificiel. Il y a un côté très symbolique dans le fait de se traiter en sacrifiant une part de soi, et en ressentant de la douleur, quelque chose de la rédemption, qui quelque part reste profondément ancré chez certains, pas chez tout le monde heureusement, mais c'est quelque chose dont l'homme a du mal à se libérer, mais qui est transculturel aussi. On ne l'a pas que dans la société judéo-chrétienne, on l'a de façon beaucoup plus large. Par rapport à la compliance au médicament, moi je suis en urologie, et tous les jours on est amené à recevoir des personnes qui vont mieux, et qui du coup ne prennent plus leur médicaments. Parce que vu qu'ils sont mieux, ils n'en voient pas l'utilité, parce qu'évidemment prendre un médicament, cela veut dire qu'on ne va pas bien. Et quand on va mieux, on n'a plus besoin de prendre de médicament. D'autre part, par rapport à ce nom d'anti-psychotiques dont vous parliez, cela ne m'étonne pas qu'ils n'aient pas réagi, puisqu'a priori eux, ils n'ont pas à prescrire.

Dr Catherine Breton : Mais ils peuvent réagir quand même. Les psychanalystes ne sont pas dans la communauté, ils sont dans une pratique un peu individuelle. Ils sont en général contre les médicaments.

Interventions du public : Et souvent on dit le patient n'est pas compliant au médicament, ne prend pas bien le médicament. On ne se demande pas si ce n'est pas le médicament qui n'est pas adapté à lui. On raisonne d'une manière statistique, et franchement moi j'ai entendu ça en urologie celui-là il est un peu débile, on lui donne un tas de choses et il les prend mal. Alors qu'il suffit peut-être d'avoir une optique un peu différente et de voir comment ça se passe. Et par rapport à l'agressivité des médecins ou des soignants, il faudrait peut-être rappeler que l'agressivité est humaine et qu'être malade, cela peut être aussi source de conflits et d'une agressivité qui circule, et elle se focalise sur quelqu'un qui peut être le médecin ou le malade. Il vaut mieux essayer de prendre en compte l'agressivité des patients en général.

Dr Catherine Breton : C'est ce que j'allais dire, le médecin représente la fragilité humaine, c'est-à-dire la violence de la maladie que le patient peut le projeter sur lui.

Emile Kenmogne, Professeur de philosophie, Université 1, Yaoundé : Concernant l'effet placebo, tout à l'heure, nos confrères le Pr Girot et Moussa Maman ont expliqué que lorsqu'on a des conflits psychiques, on peut avoir un pincement de la gorge. Justement quand j'ai vu Moussa Maman s'exprimer dans cette situation, j'ai

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC



l'impression qu'il a appliqué le traitement psychothérapique. La question que je me posais tout à l'heure est la suivante : est-ce que vous pensez que Moussa Maman a produit un effet placebo, ou que son gri-gri, si on peut prendre l'expression, soit vraiment un objet qui a un effet thérapeutique ?

Pr Girot : Ma réponse est très simple, je dis que devant une situation d'angoisse, on peut réagir en ressentant une striction laryngique, je n'ai rien dit de plus.

Emile Kenmogne : Attendez... peut-être que je vais poser la question autrement. Est-ce que vous pensez que cette dame ait obtenu sa guérison par l'effet du collier qu'elle aurait porté ? Et si elle a obtenu cette guérison par le fait du collier porté, s'agit-il d'un effet placebo ou d'une conséquence thérapeutique du collier porté, selon vous ?

Pr Girot : C'est plus compliqué.

Dr Catherine Breton : Pour moi, c'était évident quand je l'ai vue, elle a dit « la nourriture », elle a dit une « striction », je me suis demandé qu'est-ce qu'il va trouver comme objet pour déplacer la striction ? D'une striction interne sur une striction externe qui représente la rivalité avec l'autre femme, voilà. Enfin, je ne sais pas, ça me semblait très évident, qu'en psy, je pouvais faire la même chose. Voilà, ça me semblait très évident à partir du moment où elle a prononcé le mot viande, la façon dont elle a parlé, du bout de viande et de la personne qui lui avait dit qu'il ne fallait pas le prendre, enfin il y avait tout quoi, la rivalité avec l'altérité. Mais moi je trouve cela très intéressant parce que cela montre à quel point un objet peut être représentant d'un symbole et le résoudre.

Emile Kenmogne : Donc effet placebo ?

Dr Catherine Breton : Oui, mais moi je crois aussi que l'hostie a un effet placebo.

Pr Girot : J'avais une question pour Sabine Guessant, que je remercie pour sa remarquable présentation, et qui est la suivante : est-ce que la réaction des patients à l'égard des médicaments (question

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

essentiellement centrée sur le sida, je l'ai bien compris) ne sont pas applicables uniquement à l'Afrique mais également d'une façon plus générale à d'autres populations de patients ? J'y ai pensé parce que je ne crois pas à une valeur homogène de la terre, de culture, de traditions, de croyance. Est-ce qu'il y a des tendances culturelles derrière les comportements que vous décrivez ou pas ?

Dr Sabine Guessant : Alors, déjà, j'aimerais bien préciser les réactions vis-à-vis des médicaments, c'est-à-dire : de rejet ? D'effets indésirables ? Quelles réactions ?

Pr Girot : C'est parce que je pense qu'à l'égard de certaines maladies, dont le Sida, dans le Nord, il y a les mêmes comportements de cacher les médicaments, à l'égard des maladies mentales. Il y a effectivement un comportement qui est courant, c'est de cacher la maladie. Ce n'est pas réservé au Sida ni à une population sub-saharienne, c'est cela que je voulais dire.

Dr Sabine Guessant : Non, non, ça c'est sûr que ce n'est pas réservé. J'avais dit que là j'avais pris un exemple, les africains d'origine sub-saharienne. C'est valable aussi pour les français qui n'ont pas quitté le sol français, qui sont français pure souche, si je puis le dire. Mais cacher la maladie, c'est une chose, cacher les médicaments... mais là, ce que je vous ai décrit, cela peut aller jusqu'à les dénaturer. Je suis pas sûre que l'on mette les médicaments (enfin je ne sais pas, car je ne connais pas suffisamment, je n'ai pas fait d'études spécifiques là-dessus), je ne crois pas que ce soit du tout spécifique aux africains, cela c'est sûr. Le sida ce n'est encore pas très facile, il y a encore des patients qui se cachent aussi, qui vont chercher les médicaments, les mettent dans des sacs pour que cela ne se voit pas. Mais là c'est peut-être poussé un peu à l'extrême, il y a peut-être un rejet aussi de la communauté, ils vivent beaucoup en communauté. En France on vit peut-être plus isolément dans les appartements, les gens sont peut-être plus indifférents. Là il y a plus une communauté, c'est peut-être pour ça aussi, que le rejet est encore plus drastique, plus difficile, surtout pour les patients d'origine africaine pour qui le milieu communautaire est très important. C'est vécu d'une manière encore plus douloureuse. Mais bon, c'est valable à mon avis dans toutes les cultures, pour le Sida, et pour d'autres maladies aussi.

Le Sida, comme il y a une idée de honte, c'est encore pire. Et par exemple les patients homosexuels qui acceptent le Sida, prennent des antirétroviraux, quand ils sont en plus infectés par l'hépatite C, ils rejettent en fait cette maladie, ils disent ça c'est la maladie des shootés. Donc ils ont encore plus de mal à accepter les médicaments de l'hépatite C, que les anti-rétroviraux, alors que c'est l'inverse pour les Africains. Ils acceptent mieux la maladie de l'hépatite C (donc les médicaments aussi) que les anti-rétroviraux. Ça c'est quelque chose que l'on a pu montrer quand même, c'est assez clair. Maintenant, pour le reste, je n'ai pas les détails. L'hypertension, les médicaments sont pris, et encore, il faut accepter sa maladie, parce que si l'on n'accepte pas sa maladie, c'est très difficile de prendre les médicaments. Encore que les effets indésirables de l'hypertension ne se voient pas facilement tout de suite, assez à long terme. Donc pour que les patients acceptent la maladie et acceptent de prendre les médicaments, c'est autre chose. Ce n'est pas pour autant qu'ils les cachent mais finalement l'acceptation, est-ce que c'est le fait que je brandisse un médicament en disant *voyez je prends ce médicament-là*, donc c'est bien ?

C'est une affaire plus personnelle, mais il y a des différences en fonction des cultures, sur l'acceptation de telle ou telle maladie, de virus, et donc sur l'acceptation de telle ou telle prise d'antirétroviraux, je pense. C'est tout l'enjeu de l'éducation thérapeutique d'ailleurs, que les patients expriment leurs besoins, s'approprient la maladie, la comprennent, selon leur langage, selon leur représentation symbolique. Et c'est pour cela aussi que l'on travaille sur la façon de leur parler, d'essayer d'appréhender leur culture, sans bien connaître tout. C'est ce que l'on disait ce matin, ce serait très intéressant... c'est très riche d'avoir différentes cultures, on apprend des choses intéressantes dans chaque culture, ça c'est vrai avec les patients, et avec les collègues qui sont de différentes cultures. Petit à petit on apprend, ce n'est pas facile, il faut être humble. Même soi-même, on apprend. Quand on prescrit, c'est une chose, mais quand on doit en prendre soi-même, c'est autre chose, est-ce que l'on est observant ? C'est encore autre chose que la symbolique du médicament, c'est l'acceptation.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

Donc le fait de cacher, c'est déjà cacher la maladie, et après les médicaments. Effectivement, le rejet du Sida est encore très fort en 2010, ça c'est encore très clair, dans toutes les populations d'une manière générale, sauf les populations activistes, peut-être, mais ce n'est pas la majorité en France.

Intervention Mme 1 : Je voulais revenir sur l'histoire du collier. Est-ce que l'on pourrait imaginer que le collier est efficace, parce qu'il a changé quelque chose du rapport entre ces deux femmes ? Et que les objets sont plus puissants que les mots, puisqu'entre ces deux femmes, il n'y avait rien eu d'échangé, à part un bout de viande. Donc ce collier est efficace d'une façon plus puissante parce qu'il montre à cette femme le rapport de dualité qu'il peut y avoir avec l'autre femme. Est-ce que l'on peut imaginer que c'est de ça qu'il tient son efficacité ?

Intervention Mme 2 : Je voulais juste revenir sur le problème de la compliance. J'avais entendu dire, lors d'une mission en Afrique, que les Camerounais (en l'occurrence) avaient une meilleure compliance que les Européens, qu'ils acceptaient la maladie, la banalisaient entre guillemets et qu'ils acceptaient très bien le traitement. Est-ce que c'est vrai ... ?

Dr Catherine Breton : Ce que certains disent, c'est qu'ils arrivent d'Afrique, que là-bas, ils n'avaient pas de médicaments, donc ils viennent par rapport au manque du médicament. Tandis qu'ici on leur donne.

Mr Sawadogo : Ce sont des Camerounais au Cameroun ? Vous parlez des Camerounais là-bas.

Dr Catherine Breton : Oui, mais je dis les Africains qui arrivent, parfois ils sont venus ici pour se faire traiter. Ce qu'ils m'ont appris, c'est que quand ils manquent de quelque chose, quand ils viennent à ne plus en avoir, comme ils manquent souvent de médicaments en Afrique, ou ils ont beaucoup manqué... Quand on manque de quelque chose, parfois, on le prend plus facilement que quand on nous le donne, c'est tout. C'est tout le problème du don en France.

Intervention Mme 2 : Je voudrais rebondir sur l'éducation thérapeutique, parce qu'on en parle. Je trouve que l'éducation thérapeutique... j'entends des mots comme compliance, ce sont des mots qui me gênent un peu. Dans le sens où je prône un accompagnement global. J'ai la chance de pouvoir travailler dans un service où la volonté de l'équipe médicale, c'était de laisser entendre à l'équipe para-médicale, qu'ils n'avaient plus eux de temps pour voir les patients. Et on s'est très vite aperçu, (on a parlé du lien avec les médicaments), que le fait que l'infirmière ne soit pas la prescriptrice, cela libérait la parole, pour beaucoup de choses. Aussi bien pour aborder des problèmes sociaux, parce que nous avons aussi des limites de compétences en tant qu'infirmière, mais on travaille avec des médiateurs, des assistantes sociales, la psychologue, et d'avoir ce temps, cette personne référente qui est le médiateur entre le patient et l'équipe médicale, entre le médicament et la vie sociale, la famille, et tous les intervenants de l'accompagnement.

Et je voudrais aussi insister sur la sensibilisation des futurs professionnels de santé, parce que j'ai aussi été appelée, en tant qu'infirmière associée avec des compétences on va dire un peu relationnelles, pour régler d'autres soucis dans un hôpital, comme une jeune infirmière qui s'accroche avec un patient, parce qu'il veut descendre au bloc avec un caillou. Et ce n'était pas difficile d'appeler le bloc opératoire, de leur expliquer la situation, de rester un peu professionnel et d'expliquer au patient que pour nous il y a des choses qui sont compliquées, mais rien n'est impossible. Comme j'ai entendu aussi une aide-soignante s'énervier dans le couloir contre une jeune femme d'origine asiatique : « *Celle-là, elle est d'accord pour enlever sa culotte, mais elle ne veut pas enlever ses chaussettes !* ». Je ne comprends pas ! Donc si on forme les soignants ne serait-ce qu'un minimum pour qu'ils sachent comment ça se passe ailleurs, ce qui peut être différent de nous, afin qu'ils soient capables de mieux comprendre leur patient, en tout cas déjà de l'entendre, on pourrait régler facilement des petites situations.

Autre intervention : Moi je ne travaille pas du tout sur les populations VIH/SIDA, mais en cancérologie et en

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

soins palliatifs, et quand je vous écoutais par rapport à ce qu'on peut imaginer de la puissance du médicament selon sa taille, je pensais à un constat que l'on fait aujourd'hui qui serait que quand les chimiothérapies sont au domicile, c'est comme si c'était moins grave pour les patients. Même pour les équipes soignantes au domicile, il y a comme si il y avait un effet de balise des effets secondaires. Je voulais vous rapporter cela, ça me semble important.

Et puis aussi, quelque chose qui est quand même un vrai constat dans le milieu hospitalier et la médecine de ville, c'est que prescrire des patchs de d'analgésiques c'est beaucoup plus simple que de prescrire de la morphine. Et je pense que la forme que prend le médicament, et son mode d'administration est excessivement important ; et je pense que cela dépasse les différences sociales, ethniques, culturelles. Et par exemple en ville, on a un vrai problème pour trouver des ampoules de morphine, parce que les officines de ville ont de moins en moins de stock. Pour bien d'autres raisons que des raisons de braquage. Parce que les prescriptions de première intention (alors que, me semble-t-il, ce ne sont pas vraiment les bonnes pratiques médicales) on va prescrire plus facilement un patch de d'analgésique, parce que ce médicament serait moins agressif. C'est comme si cela atténuait ce que l'on est en train de donner en terme de palette antalgique au patient. C'était juste un constat, qui encore une fois n'est pas vraiment dans le cadre, mais c'était juste pour dire que cela dépasse les différences ethniques et sociales.

Dr Berthe Lolo : Je souhaitais dire quelque chose autour de la rationalisation, et du refus du traitement. Quand on parle du médicament, on parle de ce que peut faire le médicament au départ. Mais je souhaitais dire qu'en dehors de la « honte » du sida, et du traitement, le problème de fond, ici, en Europe, de ce que je sais de la médecine, c'est que l'Occident a surtout soigné les maladies aiguës. Les maladies chroniques : le diabète, l'hypertension, le cancer, je suis désolée, à l'hôpital on ne les guérit pas. On les atténue. On ne les guérit pas. Si par exemple, on part de cette notion que souvent l'homme attend une guérison d'une maladie aiguë, que l'Occident a bien utilisé ; je veux dire, Pasteur, les infections, c'est vraiment magique ! On tombe malade, on prend des médicaments, et puis c'est fini, on retourne à la vie de tous les jours.

Le problème de la rationalisation, du refus, cela peut se comprendre si l'on aborde le problème de la mort... Or, nous savons très bien comment la mort est taboue dans toutes les sociétés, que ce soit en Afrique, comme ici... Comment on aborde le problème de la mort ? Comment prendre le traitement, comment vivre en sachant qu'on peut mourir ? Parce que tout le temps dans les maladies chroniques, la maladie nous change. Il y a quelque chose qui s'est passé avec la maladie chronique qu'on ne peut plus oublier. On a l'impression que quelque part la mort rôde, un peu, par là. Et donc c'est pour ça, que c'est compliqué. Tant que l'on n'aura pas aidé un peu les personnes à faire un peu la paix avec la mort, des problèmes vont toujours se poser ou alors on va vouloir s'échapper, on oublie la mort... et on arrête le traitement. En Occident, l'homme a peur de la mort.

Dr Sabine Guessant : Pour compléter sur la compliance (enfin ce n'est pas un bon terme, plutôt l'adhésion) au Cameroun, vous avez en partie répondu à la question, c'est qu'effectivement, c'est une maladie chronique, dont on ne guérit pas. L'adhésion aux traitements est un phénomène essentiellement dynamique. Donc pendant un temps, les patients peuvent être très observants, et six mois, un an, deux ans après, ne le sont plus, pour différentes raisons. Alors effectivement, au début ces patients originaires d'Afrique prennent leurs médicaments car il n'y en avait pas au pays ou parce que ils étaient très chers. Au début ils vont être très observants et après il y a un phénomène d'usure pour x et y raisons que l'on a abordées. Effectivement, comme on ne guérit pas, que c'est pour toujours, est-ce qu'il y a un espoir ? Quels projets de vie ? C'est très compliqué, tout cela est multifactoriel... Ce n'est pas parce qu'on est très observant à un moment qu'on le sera toujours et ce n'est pas parce que l'on n'est pas observant à un moment qu'on ne le sera jamais. C'est dynamique.

Dr Agnès Gianotti : Je voulais faire une petite remarque pour relier cet atelier à ce que l'on a fait ce matin. Pour reprendre la question adressée au Pr Girot qui m'intéresse beaucoup, en disant le collier est-ce qu'il est *placebo* ou pas ? Le médicament sous-entend en fait que cela a un lien à la chimie. Cela me faisait penser à ce que l'on

disait ce matin sur l'art de soigner. Dans l'art de soigner, il y a aussi toute la capacité relationnelle, la relation au patient. Et le médicament lui-même, ou le collier, est le support de tout ça. Et je crois que c'est vraiment thérapeutique ! Parce que *placebo*, cela sous-entend que c'est juste du rien qui ne soigne pas mieux qu'un autre comprimé de rien. Or je pense que cela soigne plus qu'un placebo donné de façon neutre. Dans l'art de soigner, il y a des choses autres que chimiques.

Intervention Mme 3 : Par rapport à l'espoir qui peut être avancé, moi je travaille avec les patients séropositifs en tant que psychologue, et un patient arrive à ma consultation en disant : « *Je ne m'inquiète pas, je ne mourrai pas.* » Donc je m'interroge sur ce qui est annoncé aux patients par exemple par rapport aux progrès de la médecine, on parle beaucoup en ce moment de l'espoir avec les antirétroviraux... Qu'est-ce qui est annoncé aux patients quand on lui dit il y a de l'espoir, et qu'est-ce qu'on pourrait éventuellement entraver de sa légitimité à faire un travail de deuil ? Qu'est-ce qu'il en est de sa légitimité à souffrir de sa pathologie dans ces cas là ? Je m'interroge sur cela, en ce moment.

Dr Catherine Breton : Moi je répondrais qu'il n'y a pas de vérité en médecine. Il n'y a que des vérités imaginaires de chacun, de la mienne. Donc si j'annonce une séropositivité par exemple maintenant, moi ce que je ressens d'une séropositivité maintenant et ce que je ressentais il y a vingt ans, cela n'a rien à voir. Par contre les patients qui arrivent d'Afrique, l'homosexuel... d'ailleurs j'ai un texte d'homosexuel là qui dit : « *Je ne pouvais pas supporter de prendre le médicament parce que cela prouve mon homosexualité et je ne la supporte pas* ». Il y a plein de raisons, c'est multifactoriel, c'est l'épistémologie interne de chaque patient, qui est liée à toute la construction de son psychisme et de son rapport à l'objet. En outre, on a la relation sexuelle. Alors, c'est pour cela, qu'à mon avis, il y a quand même des différences avec d'autres pathologies, parce que tout d'abord il y a une trace de l'Autre. Et d'ailleurs, moi qui travaille sur la représentation du VIH, en consultation, il y en a plein qui disent, quand ils vont draguer, je vais féconder. Alors moi, au début j'ai associé là-dessus. Et il y en a beaucoup qui m'ont dit depuis, que c'était garder une trace de l'autre, et établir un lien.

Mr Sawadogo : On va essayer de conclure. Quand on aborde la question des médicaments, cela suscite beaucoup de débats. Il faut simplement dire que, pour nous, le médicament c'est ce qui peut aider le patient et le soulager. C'est peut-être beaucoup plus que cela ! Toute cette dynamique qui tourne autour du traitement devrait mettre le malade au centre des décisions. C'est-à-dire amener le patient à avoir le pouvoir, à pouvoir être impliqué dans la prise de décisions. C'est le plus important ; parce que lorsqu'on va essayer de donner la réponse à la place du patient, cela va toujours créer un problème. Nous, pays du Sud, nous n'avons peut-être pas les moyens, mais nous essayons de trouver des outils pour amener le patient aujourd'hui à accepter la maladie. Parce que si l'on n'a pas accepté la maladie, tout ce qui tourne autour de la maladie va toujours créer du rejet. La différence qu'il y a entre le Sud et ici, les gens sont très individualistes, et moi j'ai constaté que dans certaines associations, on ne parle pas beaucoup de l'infection VIH qui est différente. En Afrique, les gens sont en communauté, ils vont dans une association, ils retrouvent des gens, ils essaient de partager, autour de la maladie, mais surtout aussi des réactions, des relations avec le corps médical.

Si l'on veut essayer de dire on va donner la réponse... le malade ne choisit pas la couleur de son médicament, ni la forme, ni le goût. C'est ce qu'il faut qu'on retienne tous ici, au regard de ces deux communications, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui sont liées aux médicaments, qu'on les prenne en compte, et qu'on essaie le plus possible de permettre au patient de supporter le traitement, et que ça n'ait pas un impact dans la communauté sociale.



Dr Berthe Lolo, modératrice : J'espère que vous allez écouter avec attention la présentation du Père Éric de Rosny qu'on ne présente plus. Il est prêtre, jésuite, anthropologue et écrivain, surtout une personne qui a vécu avec l'habitant, qui connaît le Cameroun. Tout à l'heure je lui ai suggéré un titre pour un de ses derniers bouquins qui était en chantier et je lui disais « Douala, mon frère » parce que je pense que c'est notre frère, notre grand frère. Tout ce qu'il a fait, tous les travaux qu'il a faits sont vraiment une rencontre, ce n'est pas un travail d'anthropologue, c'est-à-dire moi d'un côté et l'autre de l'autre côté. Il y a quelque chose, une communion c'est le résultat de cette rencontre qu'il va essayer de nous livrer. Le Pr Bouchaud ... je vais lui dire merci pour tout, vous ne saurez pas de quoi il s'agit mais tout simplement parce que, en effet, ce n'est pas facile de travailler avec l'autre, je veux dire les Africains, la maladie infectieuse c'est aussi la mort, c'est de l'aigüe dont j'ai parlé tout à l'heure mais c'est une mort très proche, une mort souvent qui surprend, qui est très rapide et qui laisse les soignants désemparés. Et il est là, il n'a pas encore abandonné et il nous accompagne, les personnes du sud, dans cette souffrance. Je lui dis merci pour ça et je pense qu'il va partager son expérience de cette mort, même si on ne parle pas de cette façon-là de ce problème, de la maladie ... et de la vie (terme soufflé par le Pr Olivier Bouchaud) parce que les deux sont ensemble. Je passe d'abord la parole au Père Éric de Rosny.

ÉRIC DE ROSNY



LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

LE PLURALISME MÉDICAL EN AFRIQUE CENTRALE AUJOURD'HUI

Ce n'est pas l'habitude de présenter sa présentatrice mais je me permettrai de le faire. Berthe Lolo et moi-même avons travaillé pendant des années alors qu'elle était directrice du Département de Psychiatrie à Douala et que moi je tentais de recevoir des patients qui avaient des problèmes également psychiatriques mais aussi mystiques. Elle a été même élève de ... - est-ce que j'ai été son professeur, je n'en suis pas sûr - en tout cas elle est allée dans un collège que nous avons à Douala où j'enseignais. Donc, cela me rassure que d'être présenté par elle auprès de vous.

J'ai choisi comme titre de ce court exposé le même titre que le livre que certains d'entre vous ont acheté : *Le pluralisme médical en Afrique Centrale*. J'avais ramené du Cameroun vingt exemplaires du livre qui ont tous été vendus. Le titre « *Le pluralisme médical en Afrique Centrale* » n'est pas innocent. Il y a des raisons historiques qui nous ont fait choisir ce titre-là pour en faire un colloque au mois de février, colloque auquel Jacqueline et Berthe sont venues ainsi que d'autres personnes de cet hôpital. C'est l'aboutissement d'une petite histoire, qui est l'histoire de *l'idée même* de médecine que je vais essayer de vous relater en quelques minutes. Ce n'est pas un titre de colloque qu'on aurait choisi parmi une liste de colloques; c'était pour nous comme un besoin de réfléchir sur le pluralisme médical, parce que durant les cinquante années que j'ai passées au Cameroun, j'ai eu à relever ce que pouvait être l'idée même de médecine. Il y a d'abord l'unique Médecine ou la médecine des hôpitaux. Ensuite, il y a une deuxième médecine qui a eu le droit de s'appeler ainsi – appelons-là la médecine traditionnelle – enfin, aujourd'hui, nous connaissons une situation de pluralisme médical, sur laquelle je vais revenir.

Cette histoire-là est importante à noter pour ne pas aborder le problème du pluralisme médical sans faire figurer l'histoire de *l'idée de la médecine*. Il y a cinquante ans lorsque je suis arrivé au Cameroun, il n'y avait qu'une médecine ; on n'employait pas le terme de médecine traditionnelle et beaucoup de personnes, des Camerounais en particulier, pensaient que les thérapies traditionnelles (car on les appelait ainsi à l'époque) allaient disparaître devant le succès de la médecine des hôpitaux qui était arrivée avec la colonisation. Il y a eu même une équipe de pasteurs qui avaient fait une association dans les années trente (quand même quelques années avant que je n'arrive !) ... une association qui s'appelait *Male ma Makom*, c'est-à-dire « l'association des amis » pour réunir les plantes médicinales de la langue du lieu c'est-à-dire le douala, en se disant que les hôpitaux qui se construisaient en ville allaient faire disparaître la tradition. Ils se trompaient. Ce qui est utile pour nous, c'est de savoir qu'à l'époque on pensait qu'il n'y aurait bientôt plus qu'une seule médecine dans le pays. Ce qui a été une erreur d'appréciation puisque, aujourd'hui, les plus modérés des observateurs estiment que 60% des Camerounais utilisent encore la médecine traditionnelle, du moins à travers les plantes médicinales. Comment est-ce que cette évolution s'est faite ? Comment est-ce que nous sommes passé de l'idée de la Médecine avec un grand M à laquelle nous nous adressons tous, à l'idée de médecine traditionnelle. Il me semble qu'il y a eu plusieurs éléments qui ont joué et je vais me servir de mon expérience non pas du tout pour faire valoir ce que j'ai appris mais c'est toujours un fil conducteur utile que de passer par une observation pour arriver à comprendre quelque chose.

Dans les années 1930, les pasteurs protestants de Douala récoltaient des plantes médicinales, ils mettaient ça en commun et puis voici que, parmi eux, se sont mêlés ceux que l'on appelait alors à l'époque des guérisseurs, que, depuis, on appelle des nganga qui leur auront dit : « Mais c'est très bien les plantes médicinales, cependant la médecine traditionnelle, ce n'est pas ça... : c'est aussi le feu ». Le feu représentait tout ce qui était de l'ordre de ces grands traitements nocturnes par lesquels passent ceux qui sont gravement malades. Les pasteurs ont pris leurs cahiers, leurs plantes et sont rentrés chez eux car ils estimaient que ce n'était pas compatible avec leur fonction religieuse à l'époque. Donc ils en sont restés là. Mais nous autres - quand je dis nous, c'est Berthe Lolo et une quinzaine d'autres chercheurs, tradipraticiens, médecins, juristes, sociologues - depuis une vingtaine d'années nous avons tenté de récolter les notes que les pasteurs avaient prises dans leurs cahiers, de sauver ces cahiers de l'humidité de Douala parce que c'était extrêmement intéressant de voir ce qui se faisait à leur époque. Nous avons réuni tout cela dans des cahiers, et nous nous considérons un peu comme les héritiers du *Male ma Makom*.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

LE PLURALISME MÉDICAL EN AFRIQUE CENTRALE AUJOURD'HUI

Nous avons donc découvert qu'il y avait 405 plantes médicinales en langue douala, pour ne parler que de cette langue, et nous possédons 3500 remèdes – plutôt que des médicaments. Donc ce fut la prise de conscience d'une structure médicale de taille ayant ses règles et sa manière d'être.

Il y a eu un autre élément qui m'a convaincu de l'existence d'une véritable médecine traditionnelle : un colloque en 1982 à Heidelberg en Allemagne où j'avais été invité. Il y avait des chercheurs qui venaient du monde entier, de Corée, d'Afrique du Sud, du Pérou et même d'Allemagne en vue de parler de l'objet de leurs recherches. L'organisation même du colloque nous avait beaucoup gênés parce que nous disposions chacun d'une heure et qu'il fallait passer la place à un autre chercheur. Pas de débat ! Les deux premiers jours nous étions vraiment frustrés. Les doigts se levaient mais les Allemands disaient : « pas de débat ». On mettait leur méthode sur le dos de la fameuse mentalité germanique... Erreur ! Au bout de trois jours, nous n'avions plus de question parce que nous avions le sentiment que nous disions tous à peu près la même chose. Les organisateurs s'y attendaient-ils ? Il y eut la prise de conscience de la part des chercheurs qu'il existait une forme que nous appelons maintenant médecine traditionnelle et qui était commune au monde entier, qui avait des particularités semblables, différentes de la médecine des hôpitaux. Au point que, nous nous sommes dit qu'au fond s'il y a bien une médecine universelle elle est à trouver dans toutes ces médecines dites populaires. La médecine des hôpitaux, elle, n'est pas universelle. Elle est internationale puisqu'elle gère la santé du monde entier aujourd'hui, jusqu'en Chine, mais elle demeure une médecine d'une culture très particulière qui est celle du bassin méditerranéen. Elle est de source arabe et de source européenne. Je dirais plutôt donc qu'il existe une médecine universelle qui a des traits communs même si il n'y a pas de rencontre entre ses pratiquants en dehors des colloques et une médecine internationale qui s'est imposée dans le monde entier.

En deux mots, je vous dit les résultats de nos recherches à ce propos. Allant à Ottawa, j'ai visité le musée de la ville et j'ai été frappé de la similitude que je voyais entre les médecines indiennes de l'antique époque et celle que j'avais étudiée au Cameroun. Cela m'a conforté dans l'idée qu'il y a donc des traits communs dans le monde entier. Ces médecines populaires traditionnelles se différencient de ce que j'appellerais la biomédecine, en ne donnant à ce mot rien de péjoratif car cette médecine d'origine méditerranéenne est une médecine remarquable. Mais remarquez le caractère sacré des médecines traditionnelles, leur dimension sociale, l'accent mis sur le pouvoir plutôt que le savoir, le caractère initiatique de la transmission. Je pourrais développer tout ces points-là. Mais il y a un point sur lequel j'attire votre attention, c'est qu'au bout de nos années de réflexion sur la médecine traditionnelle douala, nous avons été convaincus que cette médecine aide l'organisme à se refaire plutôt qu'à vouloir le transformer. Ces médecines dites traditionnelles ou populaires ne sont pas interventionnistes comme l'est la médecine des hôpitaux. Vous savez très bien que le principal hôpital c'est notre propre corps et les médecines traditionnelles avec tous leurs médicaments et leurs cérémonies viennent en soutien au corps pour lui redonner la force de lutter. C'est pourquoi nous avons commencé à appeler les guérisseurs des nganga, nom qui est donné dans tout le monde bantou entre Douala et Le Cap pour ces personnages que l'on appelait autrefois des guérisseurs. Ce sont, si vous voulez, des chamans africains qui se distinguent des chamans de Sibérie par un certain nombre de petites différences mais, grosso modo, il s'agit bien d'une même forme de médecine. Il a quand même fallu attendre la fin de la colonisation, l'année 1960, pour que grâce aux travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a d'ailleurs un département spécialisé pour les médecines traditionnelles africaines, on puisse enfin appeler ce mode d'approche de la santé une médecine traditionnelle.

S'il faut une date, donnons l'année 1977 avec la résolution OWHO-3049 de l'OMS qui définit la santé comme un état de bien-être physique, moral et social. C'est déjà une sorte de reconnaissance d'une deuxième médecine à côté de celle des hôpitaux, d'une médecine dite traditionnelle. D'ailleurs cette définition a été obtenue par les représentants à l'OMS des pays africains qui trouvaient que la définition de la santé donnée par les manuels de médecine ne représentait pas celle qui était vécue par les populations. Voici donc mon premier point : la naissance, la reconnaissance publique d'une deuxième médecine. On est passé d'un monisme à un dualisme médical.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

LE PLURALISME MÉDICAL EN AFRIQUE CENTRALE AUJOURD'HUI

J'en arrive maintenant à cette nouvelle étape qui me permettra de parler de pluralisme médical plutôt que de dualisme, bien qu'encore le fait d'appeler ces pratiques traditionnelles des médecines trouve encore beaucoup de réticences à droite et à gauche, mais grosso modo le vocabulaire est aujourd'hui admis à peu près partout. Comment est-on passé du dualisme au pluralisme médical ? Je crois que c'est à cause de cette sorte d'effervescence aujourd'hui des institutions se réclamant de la santé. Dans les années précédentes, celle de 1990 pour le Cameroun, il y a eu comme une sorte de... je ne voudrais pas dire invasion car c'est un terme péjoratif mais progression, une brusque croissance d'une quantité d'approches médicales qui ne ressemblent ni à la médecine des hôpitaux ni à la médecine traditionnelle. Nous avons d'ailleurs ainsi des vendeurs ambulants dans les rues, des médecines alternatives, aujourd'hui des Églises dites de guérison dont certaines même, par exemple l'Église de la Science Chrétienne, persuadent les fidèles de ne pas aller à l'hôpital. Vous avez aussi les hôpitaux chinois qui sont de plus en plus nombreux dans nos pays. Ainsi les familles sont devant différentes institutions qui chacune a la prétention de les guérir. Ceci choque aussi bien le monde de la médecine des hôpitaux que les nganga de savoir qu'ainsi les familles vont chercher des soins dans d'autres institutions qui ne se sont pas encore véritablement imposées.

Il ne faut pas s'en étonner et je me permets de m'appuyer sur Jean Benoist qui est sans doute connu par un certain nombre d'entre vous pour avoir créé un courant d'ethnomédecine. C'est un homme qui approche maintenant des 90 ans et qui demeure pour nous tous chercheurs, un des Pères de l'ethno-médecine. Lui, il a une petite phrase que je me permets de vous citer parce qu'elle tempère notre gêne devant toutes ces nouvelles prétentions sanitaires que nous voyons autour de nous. Il dit ceci : « On ne doit pas oublier qu'une médecine qui est la seule pour le médecin, n'est pas la seule pour le malade. Les relations de celui-ci avec le médecin prennent la place au sein d'une constellation de recours ». Je m'arrête sur ce mot car je trouve qu'il est très juste. Nous sommes devant une sorte de constellation de recours aujourd'hui « ... 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. ». Disons simplement que c'est bien aux familles et aux malades de choisir quel va être le type de médecine qui lui convient, quitte à faire le tour de toutes les médecines qui se trouvent devant lui. Ceci a été l'objet de notre colloque au mois de février à Yaoundé et nous sommes sortis de ce colloque, comme il arrive souvent, avec le sentiment de ne pas avoir fait beaucoup avancer les choses. Si du moins nous avons réussi à élargir l'idée que l'on se fait de la médecine, je crois que c'est déjà un bon résultat car il est réaliste. Comment est-ce que nous allons pouvoir faire marcher ensemble toutes ces formes de médecine et même d'un point de vue éthique peut-on toutes les encourager ? C'est bien difficile de le dire. Je prenais il y a quelques temps un repas avec le ministre de la santé du Cameroun, qui est d'ailleurs chrétien et qui me disait : « Mais qu'est-ce que c'est que tous ces prêtres qui s'improvisent médecins, qui s'improvisent chasseurs de démons avec leur eau bénite et leurs prières ? ». Alors je me suis permis de lui dire : « M. le Ministre, d'accord avec vous pour que la prière ne soit pas une médecine mais, vous ne pouvez pas dire le contraire : la prière a un effet sur la santé ! ». Nous sommes devant une situation extrêmement complexe car on ne peut plus ramener la santé à l'observation d'une seule médecine ni même aujourd'hui à deux médecines différentes. Faut-il s'en étonner ? Il est probable que dans les années qui viennent ce problème de la pluralité des médecines continue à se poser sans que l'on puisse donner la priorité absolue à l'une de ses approches parce que, si je peux employer cette expression, ... guérir est une idée tellement enracinée au cœur de l'être malade, qu'elle est une 'idée incurable'.



OLIVIER BOUCHAUD

Merci beaucoup, je vais utiliser un petit gris-gris universitaire (le power-point) comme support de ce que je vais dire. On m'a demandé de parler d'étiologie et de double causalité. Je voudrais faire une information tout de suite sur le fait que je ne suis pas anthropologue - puisqu'il y a à mes côtés un éminent anthropologue, pour qui j'ai le plus profond respect, et puisque (évidemment il ne le sait pas), le premier contact que j'ai eu avec lui et donc avec l'ethnomédecine, c'était un livre extraordinaire que je vous engage à lire d'urgence si vous le n'avez pas encore fait, qui s'appelle « *Les yeux de ma chèvre* », qui est un véritable roman à lire, qui est absolument passionnant, et dès que vous avez mis le pied dans cet étrier-là, ensuite vous enfourchez le cheval et puis partez. Donc c'est difficile de parler de notion

anthropologique quand on est pas anthropologue, ... je vais aller plus loin, et tout à l'heure les anthropologues pourront me tomber dessus s'ils le souhaitent, et me faire rentrer dans ma niche de clinicien mais je ne veux pas être anthropologue. Parce que si j'utilise quelques notions d'anthropologie, c'est dans un souci de ne pas être lié par la théorie anthropologique mais de ne pouvoir les utiliser que pour mieux prendre en charge nos patients, puisque je suis un médecin de terrain banal, standard qui a juste perçu qu'il y avait besoin de faire un petit plus que les notions technoscientifiques qu'on nous apprend à la faculté.

J'ai une formation tout à fait classique à ce que Mr de Rosny appelait tout à l'heure la biomédecine. C'est très difficile de savoir désigner comment est notre médecine, est-ce que c'est la médecine occidentale ? Cela n'a pas beaucoup de sens puisqu'il y a aussi des médecines traditionnelles en Occident donc on va rester sur la biomédecine. J'ai une petite formation ethnomédicale, entre autres par Maman Moussa que certains connaissent ici. Cette perception de la médecine avec un corps coupé en tranches, ce qui simplifie un petit peu l'apprentissage et peut-être aussi l'abord de ces maladies, m'a paru comme certainement à beaucoup d'entre vous très vite tout à fait insuffisant. J'ai pris conscience qu'il fallait aller au-delà, qu'il fallait voir la personne dans sa globalité. Le problème c'est que dans nos études, on ne nous a jamais parlé, en tout cas à moi, et quand j'interroge les plus jeunes et les plus âgés, pas beaucoup ont eu des informations même basiques, sur ce que c'est que l'anthropologie de la médecine et pour faire plus simple sur pourquoi et comment on est malade, pourtant cela paraît assez fondamental.

Pour aller un petit peu plus loin, je voudrais juste vous citer 3 exemples, sur lesquels je reviendrai rapidement à la fin. Le 1er exemple, c'est une femme malienne qui a une soixantaine d'années. Elle est infectée par le VIH, elle est très observante, elle a une maladie neurologique paralysante, une maladie de Guillain-Barré qui a entraîné une paralysie complète des membres inférieurs et qui, de façon très surprenante parce que ça ne récupère pas toujours, a totalement récupéré chez elle. A un moment de son suivi et de son traitement, elle m'a dit : « Il faut que j'aille au pays ». Elle m'avait dit avant qu'elle savait pourquoi elle avait été infectée par le VIH et qu'elle savait pourquoi elle avait, alors qu'elle était parfaitement observante, cette complication neurologique qui est relativement rare. Cette histoire-là nous fait entrer de plain-pied dans la double causalité... Cette patiente assumait parfaitement - c'était quelqu'un qui n'avait pas de formation médicale particulière, c'était une Mme tout-venant - elle assumait parfaitement d'emblée cette double causalité.

La deuxième histoire, c'est une dame sénégalaise, plus jeune, qui a fait une tuberculose pulmonaire absolument banale avec les manifestations cliniques tout à fait classiques : une toux, une fatigue, des maux de tête, de la fièvre,

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

ÉTIOLOGIE ET DOUBLE CAUSALITÉ

La 3^{ème} histoire, cela pour vous illustrer que ce dont on parle ici et ce dont je vous parle là en particulier n'est pas de l'exotisme, la 3^{ème} histoire c'est une dame, d'une cinquantaine d'années, enseignante. Dans mon souvenir il me semble que je l'ai reçue dans le service parce qu'il y avait une grève des internes (comme quoi les grèves ont parfois du bon et même souvent du bon !). Avec cette dame, on discutait un petit peu à bâtons rompus et, je ne sais plus très bien pourquoi, elle m'a raconté qu'elle était athée, et qu'elle était – « *Pardon mon Père* » (en s'adressant à Eric de Rosny) – *un petit peu* « *bouffe-curé* ». Cette dame avait des problèmes de fièvre, une encéphalite – une encéphalite herpétique pour ceux qui savent ce que ça veut dire ici mais peu importe, ce qui compte surtout c'est que, quand je suis retourné la voir quatre ou cinq jours plus tard pour lui expliquer ce qui se passait, elle allait mieux mais néanmoins je lui ai dit qu'elle allait mieux mais que néanmoins on ne pouvait pas exclure qu'elle ait quelques séquelles. Comme c'était quelqu'un de très intellectuel, quand je lui ai dit qu'elle allait peut-être avoir des séquelles, notamment par rapport à la mémoire et par rapport à la finesse du raisonnement, il y a eu une espèce de grand silence, j'ai senti quelque chose qui est monté en elle et il y a une phrase qui est sortie, que je remets texto sur cette diapositive « *Mais qu'est-ce que j'ai fait au bon Dieu pour avoir ça ?* ». Comme il fallait détendre un peu l'atmosphère, je lui ai dit avec un ton un petit peu ironique : « *Mais Madame, je ne comprends pas bien, quand je vous ai reçu il y a quatre ou cinq jours dans le service, vous m'aviez dit que vous étiez complètement athée* ». Et sa réponse a été : « *Oui, mais c'est une expression* ». Certainement c'est une expression et je n'ai pas contesté le fait qu'elle puisse être sincèrement athée mais sa culture profonde, sous-jacente à un moment où elle était complètement déstabilisée a resurgi.

Maintenant qu'est-ce que ce principe de la double causalité ? Cela postule tout simplement qu'une maladie a deux causes, on va dire au moins deux causes. Une cause dite naturelle, par exemple si vous montez dans un arbre que vous cassez la branche, que vous tombez et que vous vous cassez une jambe, la cause naturelle c'est le choc qui a entraîné la fracture de jambe. Si vous avez une tuberculose, puisqu'on en a parlé tout à l'heure, c'est un microbe qui s'appelle le bacille de Koch qui a entraîné cette maladie. Mais il y a une question que personne, nulle part et notamment ici, c'est-à-dire vous si jamais cela vous arrive de vous casser une jambe, d'avoir une tuberculose ou d'avoir eu un rhume ou une grippe, que personne donc ne peut pas ne pas se poser c'est « *Pourquoi moi ?* » et « *Pourquoi maintenant ?* ».

Donc il y a une deuxième cause à nos maladies, cette deuxième cause rentre dans ce qu'on peut appeler de façon un petit peu hâtive, mais cela permet de gagner du temps, les causes non naturelles et le monde de l'invisible. Cela peut être Dieu, cela peut être les esprits, cela peut être les ancêtres, cela peut être les deux, cela peut être beaucoup de choses mais il y a cette deuxième dimension de l'étiologie des maladies. En sous-jacent, cela veut dire qu'une maladie a toujours un sens, que cela n'arrive jamais par hasard et qu'une maladie peut nécessiter deux approches thérapeutiques, deux références thérapeutiques : la référence pour la cause naturelle et la référence pour la ou les cause(s) non naturelle(s). Ce principe de la double causalité est universel, cf. le 3^{ème} cas dont j'ai parlé. Il est, je pense, constant c'est-à-dire même quand on a un petit rhume, c'est une question que l'on se pose régulièrement ; d'ailleurs écoutez vos oreilles quand quelqu'un de votre entourage vous dit : « *Tiens, j'ai un rhume* » en arrivant le lundi matin « *Ce n'est pas étonnant mon mari m'embête tellement en ce moment que ça me fatigue et que j'ai attrapé un rhume...* » ou « *Mes enfants sont tellement épuisants..* » que ceci ou ... Bref on cherche une explication à pourquoi j'ai ce virus qui m'a entraîné un rhume ? Ce principe de la double causalité est peut-être majoré, plus important lorsque la maladie est grave et chronique parce que, de façon assez logique, cela va vous menacer plus directement, plus profondément et peut-être pour toute votre vie. Vous allez avoir envie d'en savoir un petit peu plus sur pourquoi vous êtes malade, et pourquoi c'est vous et pourquoi maintenant. Je pense que cette double causalité elle est psychiquement indispensable parce que cette double question qu'on ne peut pas ne pas se poser, a fortiori dans une maladie grave, si on n'a pas une boîte à outils et potentiellement une réponse dans cette boîte à outils pour y répondre, on va être dans un état de déséquilibre, dans un état de souffrance supplémentaire par rapport à celle que peut procurer la maladie elle-même.

Alors évidemment cela va nous obliger à plonger dans des réflexions assez profondes sur ce que c'est que sa

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

ÉTIOLOGIE ET DOUBLE CAUSALITÉ

(ou ses) culture(s), ce que c'est que la (ou les) culture(s) de ces patients, sur les chocs ou parfois le syncrétisme ou parfois la symbiose entre les socles animistes de toutes nos cultures et puis les cultures philosophiques ou monothéistes qui se sont greffées dessus ; c'est une notion qui est à mon sens trop peu dite, trop peu expliquée et trop peu explorée. On estime à peu près que la perception, pour l'espèce humaine, d'une dimension extrahumaine (je ne rentre pas du tout dans un débat religieux) remonte à peu près à cent mille ans donc c'est quelque chose à la fois de très récent et à la fois quelque chose de très éloigné par rapport à nos petites vies de quelques petites dizaines d'années ; ce socle que je vais dire animiste (mais le mot n'est certainement pas très bon mais c'est difficile d'en trouver un autre), ce socle est quelque chose de très profond en nous y compris même nous, pour les petits Blancs qui sommes de souche si tant est que la souche, comme disait Mme Guessant tout à l'heure, ait un sens quelconque.

Cette double causalité nous oblige aussi à nous interroger et les patients s'interrogent sur la culpabilité et cette notion de faute qui est inévitablement ou dans beaucoup de cas, reliée à la maladie et qui rentre de plain-pied dans cette double causalité. Faute qui va être soit individuelle soit collective. Ce peut être une faute sociale, souvenez-vous de tout ce qui a été dit (je vais prendre un exemple on pourrait en prendre plein d'autres) au moment où la pandémie de VIH a commencé à apparaître : c'était normal que cela arrive à cette période-là de l'évolution de notre société avec toutes les « dérives » entre guillemets morales ou des mœurs et c'était une juste punition..., trois petits points... Après vous pouvez mettre ce que vous voulez derrière... Mme Breton dit « *divine* » et c'est la psychanalyste qui le dit... (Réactions de Catherine. Breton : « *Non, ça a été dit !* », réponse de Pr Olivier Bouchaud : « *Non, non c'est toi qui le dis ...* »... Rires).

Alors qu'est-ce qu'on fait de ce principe de la double causalité, maintenant qu'on le sait ? Je parle en général, puisqu'on a dit tout à l'heure que cela ne touchait pas que les migrants, mais aussi pour les migrants puisque c'est un petit peu le cœur de la journée d'aujourd'hui. D'abord il faut bien faire attention au fait que, même si on veut un abord global de la maladie dans le cadre du soin, cela ne veut sûrement pas dire et surtout pas dire que celui qui se dit faire un abord global de la maladie va être capable de tout faire. C'est une des grosses erreurs de nous, médecins, en tout cas de certains d'entre nous médecins, de considérer que, et c'est vrai que nos études nous ont appris à faire ça, qu'on était omnipotent et qu'on pouvait faire tout, ce qui est une erreur profonde. On n'a pas le temps de débattre de cela mais je pense que beaucoup d'entre vous ici en sont convaincus. Il est bien évident qu'en sortant d'ici, pour ceux d'entre vous qui ont des fonctions de prescription ou de diagnostic, ils ne vont pas dire « *J'ai appris aujourd'hui qu'il y avait deux causes aux maladies, j'ai appris aussi que l'on peut traiter avec des noix de cola rouges, blanches, etc. Et bien pas de problème, demain dès que je vais avoir quelqu'un qui a une tuberculose, je vais lui dire je sais Mr ou Mme, j'ai tout compris, je vais vous donner les anti-tuberculose et non pas antituberculeux et je vous donne une noix de cola rouge, une noix de cola blanche, comme ça je prends en charge les deux références thérapeutiques et vous guérirez plus vite, cela vous coûtera moins cher, etc.,...* ».

Il est évident qu'il est hors de question de rentrer dans ce débat-là, on ne serait évidemment pas crédible, je crois surtout que les patients partiraient en courant en disant : « *Celui-là, il est absolument complètement fou !* ». Dans la majorité des cas, cette deuxième référence thérapeutique en lien avec la deuxième cause va être dans le non-dit, ce qui ne veut évidemment pas dire qu'elle ne soit pas présente dans l'esprit des patients. Beaucoup de patients, soit ne mentalisant pas cette dimension-là mais pourtant elle est imprégnée en eux puisque c'est dans leur culture, soit parce que certains et je dirais même beaucoup plus que ce que l'on imagine, la mentalisent parfaitement, sauf que - et particulièrement quand ils sont migrants - ils n'osent pas en parler. En fait en disant cela, je pense que je fais une erreur ; je crois que ce n'est pas particulièrement quand on est migrant, je crois que c'est encore plus difficile pour les Blancs de Blancs d'aller exprimer qu'ils aimeraient bien avoir une autre référence thérapeutique parce qu'ils ont trop peur qu'on se fiche d'eux ou qu'on dise « *Il est complètement à côté de la plaque* » ou « *Qu'est-ce qu'il va s'occuper de médecine alternative ou d'aller chez la cartomancie pour savoir s'il va s'en sortir ou pas !* ». Mais on sait et ce n'est pas moi qui le dis, il y a des études qui ont été faites, qu'il y a, y compris en France, y compris en Europe, un très fort recours à ces alternatives à la médecine des

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

ÉTIOLOGIE ET DOUBLE CAUSALITÉ

hôpitaux comme dirait Mr de Rosny. Il faut donc aller au-devant de ces besoins, il faut le faire avec subtilité, là aussi si vous y allez avec de gros sabots en disant « *J'ai tout compris, il y a deux causes, etc.* » cela ne va pas marcher. Il faut y aller avec un peu plus de subtilité et il faut faire comprendre aux patients qu'on a en face de soi qu'il soit blanc, noir, rouge ou vert que l'on admet, même si soi-même on n'y croit pas et on a parfaitement le droit de ne pas y croire, on admet qu'il y a cette deuxième dimension dans la maladie et dans la prise en charge et qu'on est prêt à accompagner, sans faire à la place, le patient dans cette dimension-là, quitte à l'aider un petit peu, quitte même à suggérer parce que certains patients et notamment certains Africains qui vivent en France et qui se sont tellement bloqués par rapport à ces traditions maintenant qu'ils vivent dans le monde cartésien occidental, qui n'a absolument rien de cartésien d'ailleurs, qu'ils ne veulent surtout plus y avoir référence, sauf dans les moments où ça va très mal, où ce sont les premiers à s'y re-précipiter, tout en disant que jamais ils n'y toucheront.

Il faut donc, puisque le médecin ou le soignant en lui-même n'est pas omnipotent, se faire aider et aborder en multidisciplinarité. Ce n'est pas quelque chose que l'on dirait comme cela, en disant « *C'est comme ça qu'il faut faire* ». Ce n'est pas toujours très facile, on ne peut pas le faire pour toutes les maladies mais pour les maladies chroniques et lourdes en terme de stigmatisation, en terme de poids pour les personnes, c'est important de se faire aider par une équipe que ce soient des associatifs, des psychologues ou des ethno-médiateurs quand on est dans ce champ-là, pour pouvoir avoir cet abord le plus global et le plus large possible de l'environnement du patient et pour aborder ces différentes causalités des maladies.

Attention malgré tout de ne pas tomber dans l'excès inverse, de faire ce que certains nous disent : « *Vous faites de l'exotisme ou du culturalisme* ». C'est quelque chose que l'on me jette volontiers à la figure quand j'indique que je m'intéresse à l'ethnomédecine, on me dit « *Oui, oui, mais c'est du culturalisme, tu enfermes les migrants dans le tiroir migrant parce que comme il est camerounais ou comme il est malien, il va forcément réagir comme ça* ». Si c'est cela faire de l'ethnomédecine, effectivement c'est une profonde erreur mais l'ethnomédecine, ce n'est justement pas cela.

Je voudrais revenir sur les trois cas dont on a parlé tout à l'heure. Donc dans le premier cas de cette dame qui était paralysée et qui d'elle-même spontanément m'a demandé, alors que le traitement n'était pas fini et qu'elle était encore en partie paralysée, d'aller au Sénégal, pour faire ce qu'il fallait, pour compléter son traitement parce qu'elle savait qu'il y avait une deuxième cause et qu'il fallait qu'elle aille le régler. Comme son traitement n'était pas fini, pour ceux pour qui cela dit quelque chose, elle était sous traitement par corticoïdes en phase de décroissance, on aurait pu dire sur un plan purement médical que ce n'était pas très prudent qu'elle parte au Sénégal à ce moment-là, parce que si elle fait un problème de sevrage aux corticoïdes, cela peut causer de petites difficultés mais je crois malgré tout que cela aurait été une erreur profonde de s'opposer à son départ. De toute façon elle serait partie quand même, parce qu'on sait bien que dans ce cas-là c'est comme ça que ça se passe. Il valait plutôt mieux l'accompagner en l'entourant au maximum de ce qu'on peut plutôt que de la bloquer dans cet élan-là, je pense que c'est notre rôle à nous de percevoir cette impériosité.

Dans le deuxième cas, la patiente avait parfaitement mentalisé ce besoin de références ; elle n'a pas osé ou pas voulu le faire. En fait, sans trop m'étendre j'ai fini par comprendre, enfin je crois avoir compris à peu près ce qu'il s'est passé. En reprenant son interrogatoire au 6ème mois face à cette toux que je ne comprenais pas, après avoir fait tous les examens de la terre pour être sûr que ça ne soit pas autre chose, on s'est mis à rediscuter et elle m'a appris qu'en fait sa tuberculose n'était pas arrivée comme par hasard. Il y avait un gros conflit familial dont elle n'a jamais voulu me dire l'essentiel mais un conflit qui se passait au pays et dont elle était en grande partie l'enjeu, encore une fois elle n'a pas voulu tout me dire et c'est parfaitement son droit, donc cette tuberculose n'arrivant pas par hasard, il fallait qu'elle ait une autre référence thérapeutique, et je lui ai dit « *Mais pourquoi n'êtes-vous pas allée voir un marabout ou un guérisseur à Paris ?* », elle m'a dit « *Non, les marabouts et les guérisseurs de Paris, ils demandent beaucoup d'argent et ils sont moins bons qu'au pays* », je lui ai demandé « *Pourquoi n'êtes-vous pas allée au pays ?* », elle m'a répondu « *Je n'ai pas d'argent* », je lui

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

ÉTIOLOGIE ET DOUBLE CAUSALITÉ

ai dit « *Pourquoi n'avez-vous pas demandé de l'argent à de la famille ou des amis ?* », elle m'a dit « *Justement comme il y a un conflit dont je suis l'enjeu, je peux pas me permettre de leur demander de l'argent* ». On a résolu cela très simplement, on a une petite association dans le service, je lui ai dit : « *Ecoutez, l'association vous prête l'argent dont vous avez besoin pour aller au pays.* ». A ma grande surprise elle a accepté alors que je pensais qu'elle allait refuser. Elle est allée au pays, elle est revenue quinze jours plus tard, la toux avait disparu, elle avait fait ce qu'il fallait sur place.

Pour le troisième cas de cette dame athée, qui a eu son « Bon Dieu » qui lui est vraiment ressorti par la bouche comme ça alors qu'elle n'en voulait pas, elle subissait sa culture, elle subissait sa double causalité mais elle allait pourtant bien.

On arrive à la conclusion pour dire que cette double causalité est un problème qui dépasse évidemment la santé. Tous les éléments positifs ou négatifs de la vie n'arrivent jamais par hasard. Cela est vrai dans les cultures traditionnelles, dans les cultures africaines mais je pense que c'est aussi vrai dans nos cultures à nous et d'ailleurs plus je m'intéresse à l'ethnomédecine et plus je suis convaincu de l'universalisme ou de l'universalité de toutes les grandes choses de la vie, après ce n'est que des petites différences très superficielles qui finalement ne sont pas très importantes. Quand il y a une naissance, quand la récolte est bonne, quand il y a un élément positif, ce n'est pas par hasard ; à l'inverse quand il y a une sécheresse, ce n'est pas par hasard non plus. Mais regardez quand on s'agite, peut-être à bon escient par rapport au réchauffement climatique, on essaie de trouver une double causalité au réchauffement climatique parce que... entendez ce que les gens disent... je vous cite juste une phrase que j'ai entendu récemment mais on en entend d'autres : « *Avec tout ce qu'on envoie dans le ciel, ce n'est pas étonnant qu'on ait ces problèmes de réchauffement climatique !* ».

Deuxièmement, est-ce que cette double causalité est quelque chose de plus évident, de plus saillant si je puis dire chez les migrants ? C'est peut-être vrai, je n'en suis pas absolument convaincu, c'est peut-être plus voyant et a fortiori quand on s'y intéresse, avec toute la confusion et parfois les désordres qu'il peut y avoir, avec le décalage que certains des migrants ressentent par rapport à notre organisation sociale en Europe, ce décalage se creuse peut-être un petit peu plus chez les migrants, mais malgré tout, c'est une notion qui concerne absolument tout le monde. Et puis surtout, et cela je suis content qu'Eric de Rosny l'ait dit tout à l'heure, il n'y a pas d'antagonisme entre ces deux causes naturelles et non naturelles, il n'y a pas d'antagonisme. Il ne faut pas qu'il y ait d'antagonisme entre les deux références thérapeutiques. Mais attention, il ne faut pas être naïf, Mr de Rosny y a fait allusion tout à l'heure, certains tenants de l'autre cause de la maladie imposent à leurs patients de ne pas s'occuper de la cause naturelle, c'est une aberration ; mais regardons-nous, beaucoup d'entre nous médecins disent à leurs patients de ne pas s'occuper ou font comprendre à leurs patients qu'il ne faut pas s'occuper de cette autre cause à laquelle ils ne croient pas mais c'est finalement exactement la même chose. Il faut s'imprégner de l'idée que ce soit complémentaire.

Enfin, parce qu'il ne faudrait pas retenir de ce topo que finalement c'est trop compliqué de s'occuper des migrants ou qu'il faut vraiment être anthropologue parce qu'autrement on n'en s'en sort pas ; ce que je viens de vous dire-là c'est du bon sens, c'est ce que nos anciens patrons nous apprenaient ou nous disaient comme étant l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire essayer de comprendre tout simplement son patient et on n'a pas besoin d'avoir fait des études d'anthropologie pour comprendre ce qu'est son patient. Je vous remercie.

Berthe Lolo : Je soutiens ce que le Professeur Bouchaud vient de dire, il n'y a pas besoin d'être anthropologue pour accompagner un patient... Pour vous dire, en plaisantant, j'ai fait une thèse d'anthropologie médicale, d'anthropologie psychanalytique sans avoir fait des études d'anthropologie mais j'ai pris ma thèse, qui n'était qu'une expérience, une somme d'expériences de mon travail journalier avec les patients. C'est pour dire que lorsque l'on s'arrête pour écouter l'autre qui est en face de soi, je pense qu'on peut l'accompagner.

Ce serait une injure que de pouvoir résumer les deux exposés je pense que nous allons passer directement aux questions.



Une réaction : J'aurais envie de substituer au terme de culture celle du sens de notre origine, d'un moi profond qui entre en résonance avec une phrase qui a été dite « *Qu'est-ce que je dois faire dans la vie ?* », cette interrogation du sens de la vie pour nous ça peut aussi être ce dialogue intérieur qu'on va se poser chacun en fonction sans doute de notre culture mais dont l'essence n'est pas la culture pour moi, même si la culture nous permet d'être un vecteur pour aller plus loin dans la complexité humaine.

Dr Catherine Lebreton : Moi je voulais apporter une nuance sur la double causalité parce qu'on peut complètement piéger les personnes par une causalité, disons, de fragilité psychique... et figer quelqu'un dont on n'accepte pas l'énigme. Par contre il faut plutôt voir le sens que ça a pour la personne mais au-delà de ça favoriser ce que j'appelle la pulsion de vie, c'est-à-dire dépasser cette double causalité pour réinvestir la vie, un peu comme ce que vous venez de dire. Il y a autre chose qui a été bien dit par Mme Ingrid Betancourt, celle qui a été prise par les FARC, dont on parle peu... parler d'un traumatisme c'est d'abord répéter le traumatisme, alors je répète, pour une psy vous allez voir ce que je dis ; parler du traumatisme c'est d'abord répéter le traumatisme... je crois que les pys sont complètement passés à côté de ça en transformant par exemple ce que j'appelle « papa ,maman, la bonne et moi », en disant que s'ils n'allaient pas bien c'était à cause de leur père, de leur mère, etc. Puis du coup on a figé les gens aussi dans une causalité extérieure à eux qui les empêchait de résoudre, je le vois bien en psychanalyse, qui les empêchait de résoudre parce que c'était toujours la responsabilité de l'autre. Du coup la force psychique, la réanimation de soi dans la pulsion de vie, on est passé à côté.

Dr Frédérique Kirsch-Noir : On est investi d'un pouvoir. Le patient qui vient nous voir qu'on soit psy, qu'on soit ethnomédecine, qu'on soit guérisseur, qu'on soit chirurgien, le patient qui vient nous solliciter – j'allais dire

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC



aussi prêtre c'est une autre forme de thérapie – on est sollicité parce que le patient nous investit, celui qui nous interroge, d'un pouvoir. Cela je crois qu'il ne faut pas l'oublier avec le danger qui a très bien été très bien développé par Madame de l'effet nocebo qu'on peut avoir... Le patient vient nous demander des permissions, il nous les demande clairement ou pas clairement mais toute la difficulté c'est de savoir l'entendre et pouvoir lui donner des fois cette permission, d'aller à l'autre thérapie... ça le déculpabilise puisque on a bien vu toute cette culpabilité dans la maladie, dans la demande. Cela n'est pas toujours évident. J'aimerais avoir votre avis.

Pr Olivier Bouchaud : De ce que je comprends, vous avez un itinéraire probablement assez original... Quand on dit que le médecin est investi d'un pouvoir : c'est vrai. Ce pouvoir, il est très important et quand il est mal utilisé, il est trop important... Mais soyons précis sur la permission. De quel droit, nous médecins, on peut donner une permission à un patient ? C'est exactement comme – alors je ne voudrais pas qu'on rentre dans un débat comme ça – mais en ce moment c'est très aigu puisqu'il faut qu'on dépose au ministère, là dans les quinze jours qui viennent, une autorisation de faire de l'éducation thérapeutique... Alors, c'est très bien, mais ce terme d'éducation thérapeutique, c'est quand même effrayant ! Cela veut dire que nous, médecins ou soignants en général, on se donne le droit d'éduquer ces petits cons – excusez-moi ! – que sont les patients ?!...

Dr Frédérique Kirch-Noir : ... Ce n'est pas cela que je voulais dire...

Pr Olivier Bouchaud : Tant pis mais je vais quand même continuer car voyez, cela me fait du bien ... On se donne le droit d'éduquer nos patients ? ! Mais enfin, ce n'est pas ça ! Notre rôle à nous c'est de les accompagner, si l'on veut, mais certainement pas de les éduquer. D'ailleurs, ce sont nos patients qui nous éduquent, nous médecins, mais c'est vrai pour les infirmières, pour les psychologues, etc. Ce sont nos patients qui nous construisent. Bon, alors, je n'ai pas dû comprendre ce que vous vouliez dire ?

Dr Frédérique Kirch-Noir : Non, c'était le patient... même si moi, je partage entièrement cette idée qu'on n'a pas à lui imposer et qu'il faut qu'on soit suffisamment ouvert pour lui permettre ces accès. Ce qui, en pratique n'est pas toujours le cas. Les médecins qui disent « *il faut faire ci* » ou « *ça, c'est de la merde* » ou « *ça ce n'est pas bien* » sont très violents. Le patient il vient quand même nous la demander cette permission, implicitement. Il est dans sa souffrance et quelquefois dans sa régression... Je vais vous donner un exemple clinique assez

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

amusant qui illustre bien ça... Un exemple clinique qui m'avait fait prendre conscience de ça et du danger de cette puissance qui était donnée par le patient. Et de faire attention à ne pas la détourner et être très prudent. C'était en soins palliatifs. Un monsieur qui était en train de partir relativement sereinement. Il voulait boire du Saint-Emilion... J'ai été obligée d'aller jusqu'à lui faire une ordonnance en riant, en passant sur le mode comique pour que sa femme accepte de lui apporter du Saint-Emilion. On me demandait une autorisation que je ne pensais pas avoir à donner ou pas mais le patient se mettait dans cette situation...

Dr Roser Ceinos, psychiatre : La « double causalité », j'aurais dit les choses autrement... ça veut dire que quand on est malade de n'importe quelle maladie, ça comporte forcément un bouleversement psychique... donc plus qu'une double causalité je dirais que forcément il y a un bouleversement psychologique qu'il faut absolument traiter. Il y avait quelque chose de très intéressant qui a été évoqué ce matin, c'était la complexité du symptôme de la toux, le cas de la 2^{ème} patiente dans le film, la complexité psycho-médicale de certains symptômes qui montre bien la nécessité d'un travail pluridisciplinaire autour des patients et même autour des symptômes. Il faut pouvoir les comprendre autrement que par les causes simplement médicales ou seulement médicales. Je voulais te poser une question, tu disais cette double causalité comme tu l'appelles devait être prise en charge dans une équipe pluridisciplinaire, mais à ton avis, d'après ton expérience quels professionnels seraient les plus à même de pouvoir aider les patients à mieux comprendre dans un premier temps et après réagir à cette double causalité parce que tu as cité plusieurs professionnels. Dans ton expérience, quelle personne va être à même dans l'équipe de pouvoir vraiment aider le patient dans cette globalité que tu viens de décrire.

Pr Olivier Bouchaud : Je vais forcément répondre un peu à côté de la question parce qu'on ne peut pas définir ça. C'est le patient lui-même qui va aller chercher dans l'équipe la personne dont il a besoin. Si c'est avec l'aide-soignante qu'il arrive à s'exprimer, ce sera peut-être l'aide-soignante qui fera passer le message. On apprend des choses parfois très importantes sur l'environnement et la vie des patients par des manières extrêmement détournées. Par exemple, on peut prendre un exemple théorique. Imaginez un monsieur – non, on va prendre une femme parce que c'est toujours ce sens-là qu'on le prend habituellement – qui trompe son mari... (rires). C'est la psychanalyste qui rigole, je rêve ? (rires)... Prenons l'exemple d'une femme qui trompe son mari. Quinze jours plus tard, elle tombe malade. Bon, c'est le hasard mais qu'est-ce que ça veut dire le hasard ? Dans son esprit peut-être il va y avoir un lien entre les deux. Cette culpabilité qu'elle va avoir, probablement qu'elle n'en parlera pas au médecin. Peut-être même qu'elle n'en parlera pas à l'infirmière. Et peut-être que c'est l'aide-soignante que, au hasard comme ça d'un soin corporel, elle va lui « cracher » le morceau... Donc je crois que ça n'a pas de sens de s'enfermer dans un contrat en disant « *La double causalité ça se prend en charge avec le docteur et telle ou telle personne...* ». D'abord, ce n'est pas la double causalité qu'on prend en charge, c'est le patient dans sa globalité. C'est cela que j'ai essayé de faire comprendre. Cette double causalité n'est qu'un phénomène explicatif du fait qu'il ne faut pas se limiter à la cause scientifique de la maladie. Et par rapport à la première partie de ton intervention, évidemment tu as une formation de psychiatre et de psychanalyste, forcément tu as tendance à tout ramener vers le « psy » mais le bonhomme qui se casse la figure de son arbre, est-ce que c'est un bouleversement mental qui l'a fait tomber de son arbre ? Je ne crois pas. Mais n'empêche qu'il va se poser la question de savoir... on était trois dans l'arbre, c'est moi qui suis tombé, pourquoi c'est moi et pourquoi ce n'est pas l'autre...

Dr Roser Ceinos, psychiatre : Il faut pouvoir travailler sur cet événement qui bouleverse ta vie, forcément il faut le mettre en relation avec toi-même, il faut se l'approprier puisqu'il va faire partie de soi, puisqu'il va y avoir des traces. Est-ce que le dire suffit ? C'est vrai, tu as raison, de pouvoir dire les choses cela libère mais est-ce que c'est suffisant comme ambition pour un patient ?

Pr Olivier Bouchaud : Je ne sais pas même pas s'il faut le dire, je pense qu'il faut faire comprendre au patient qu'on accepte cette dimension-là. Cette Madame S. dont je vous ai parlé tout à l'heure, c'est elle qui spontanément un jour m'a dit : « *Je sais pourquoi j'ai attrapé le VIH* ». Elle ne m'a pas dit d'ailleurs pourquoi, elle m'a

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

dit : « *Je sais pourquoi* » et quand elle a fait son Guillaïn Barré elle a dit « *Je sais pourquoi j'ai fait mon Guillaïn Barré...* ». Encore une fois sans me dire la raison profonde. Je pense que si elle me l'a dit alors que en général ce sont des choses que les patients ne disent jamais, pour ne pas paraître superstitieux ou n'importe quoi, c'est parce que au début de notre prise en charge, c'est une dame que je suivais depuis plusieurs années, j'ai dû lui faire passer les petits signes lui faisant comprendre que c'était une dimension que j'acceptais. Pour être très concret, ce que je dis à mes étudiants, aux externes, parce que maintenant à chaque stage externe tous les trois mois je fais un petit cours qui s'appelle « Introduction à l'autre médecine » où on parle de ça. D'ailleurs, c'est une dimension de compréhension intellectuelle qui les passionne. Je leurs dis : « *Ce n'est pas la peine d'être anthropologue* » mais, puisque dans le service on a beaucoup de migrants, que notamment les migrants africains sont exactement comme tout le monde, mais ils ont peut-être un lien à la communauté plus important que nous, parce que nous on l'a bien perdu mais nos grands-parents ils l'avaient ce lien avec la communauté donc finalement c'est très proche. Le seul fait que vous fassiez une allusion au fait que la communauté est importante ça va leur faire comprendre que vous entrez un peu dans ce champ-là. Quel est le moyen de le faire comprendre, que la communauté est importante ? Ce n'est pas en faisant des grands discours « anthropo-je ne sais pas quoi », c'est uniquement de dire : « *Monsieur, de quel pays vous êtes ? De quelle ethnie vous êtes ?* » Si par bonheur c'est un Monsieur ou une Madame Bâ que vous avez en face de vous et que vous lui dites : « *Je pense que vous êtes peul* », vous allez voir le sourire qui va s'ouvrir tout de suite, ça ne coûte rien, ce n'est pas difficile. Il ne faut pas être anthropologue pour savoir ça et le seul fait d'avoir dit ça au début de la prise en charge, tout de suite le patient se dit, d'ailleurs c'est très amusant je n'ai pas fait des statistiques mais je dirai deux fois sur trois, la phrase qui suit tout de suite la question sur l'ethnie ou sur « *Mr Bâ vous êtes peul ?* », c'est : « *Ah toi tu as fait l'Afrique* » ou : « *Vous avez fait l'Afrique.* » Et voilà, l'alliance est faite et c'est terminé !... Enfin, c'est terminé, on continue, mais la clé... c'est la porte qui est ouverte, c'est tout simple.

Damien Rwegera, anthropologue : Il n'y a pas que seulement la double causalité, me semble-t-il. Déjà dans la causalité naturelle il y a tout ce que vous appelez étiologie – je ne sais pas combien vous cherchez, vous cherchez et des fois vous ne retrouvez même pas. Vous donnez quand même le médicament puisque il y a des antibiotiques qui peuvent tuer des germes sans que vous sachiez d'ailleurs quel est le germe exact. Donc déjà, vous cherchez dans la causalité naturelle, il y a déjà je ne sais pas combien de causalités réelles biologiques. Et puis dans la causalité que vous avez appelé non naturelle que certains pourraient appeler surnaturelle ou je ne sais pas, quand on voit Evans Pritchard dans les années 30 qui étudiait les Azandé au Sud-Soudan, il regardait ces causalités. On voit par exemple les devins qui utilisent les osselets vous expliquer les causalités par élimination y compris les causalités naturelles d'ailleurs... je pense que peut-être Olivier, je ne sais pas... on pourra en discuter, peut-être qu'il faudrait élargir ta palette de causalités, ça c'était un résumé naturel/non-naturel mais je pense que le patient s'inscrit dans cette recherche commune entre le devin ou le guérisseur ou le médecin occidental, s'inscrit à l'encontre des deux. C'est justement la recherche commune de « *Quel est le type de causalité qui pourrait m'aider à guérir ?* ». Alors qu'il y en ait deux, comme tu dis et que le médecin écoute bien sans qu'il ait le pouvoir surnaturel mais l'écoute bien et fait ce que tu as fait dans les exemples que tu nous as donnés, c'est ça qu'il faut retenir. Mais je pense qu'il faudra aller plus loin et vraiment travailler, c'est peut-être au sein de cette journée-ci ici, travailler vraiment sur la rencontre du patient et du médecin, sur la multiplicité des causalités qui correspond au pluralisme médical.

Un commentaire : Moi je voulais revenir sur la permission dont on parlait tout à l'heure. J'ai commencé toute jeune infirmière et pas forcément très formée au relationnel, à ce qu'on peut appeler la relation dissymétrique... Il y a quelqu'un qui m'a marquée un jour en me disant : « *Tu sais la différence entre un chirurgien et Dieu ?* », je réponds non... « *Il y en a un qu'a fait des études.* ». Je me suis posée la question sur l'image idéale ; sur comment on pouvait placer le médecin dans les représentations qu'ils avaient, c'était assez particulier. Surtout que je n'avais pas des très bons contacts avec les chirurgiens à cette époque-là, je n'étais qu'une petite étudiante... Et puis très vite, j'ai compris qu'en fait ce n'est pas une permission que les patients attendent, ils attendent juste qu'on soit capable de leur montrer qu'on a compris qu'ils avaient des compétences. Le but étant de les amener à ce qu'ils

fassent leurs propres choix tout seuls. Une fois qu'on a commencé à aborder ça, ils vont poser la question une fois, après il y a des choix qu'ils vont faire tout seuls. Mais ils vont continuer à nous parler de leur choix parce qu'ils n'ont pas la science infuse. Il y a des patients à qui je dis : « *L'éducation thérapeutique est un mot qui m'insupporte.* » Donc je présente toujours la plaque sur la porte... « *Comment vous voulez m'apprendre, vous voulez m'éduquer ? Moi, ça fait 25 ans que je suis malade ! Vous êtes séropositive ?* » Donc je présente les choses comme un échange... « *Je ne suis pas malade, effectivement on peut dire qu'il y a une expertise médicale parce que je travaille dans ce service depuis un certain nombre d'années mais vous avez beaucoup de choses à m'apprendre maintenant comment on peut travailler un petit peu sur un projet d'avenir ensemble ?* ». Du coup, très souvent, ils me posent la question de ce qu'ils peuvent ou ce qu'ils ne peuvent pas faire : « *Je préfère vous demander à vous parce que le médecin j'ai peur qu'il ne veuille plus me revoir.* ». En fait on s'est tous rendu compte en équipe que rien qu'en reconnaissant le fait qu'ils puissent choisir eux-mêmes, ça a changé beaucoup de choses. Il faut ouvrir le dialogue, leur expliquer qu'on est là pour tout entendre quand on le peut et notamment quand on travaille sur les pratiques sexuelles. Beaucoup de patients homosexuels dans les consultations verbalisent principalement aux infirmières parce que ce sont les infirmières qui tiennent les consultations, mais aussi bien aux aides-soignantes. Ils nous parlent de leurs pratiques sexuelles qu'on peut qualifier hors normes en disant : « *En fait j'en ai jamais parlé au médecin parce que j'ai peur qu'il me voit autrement* ».

Éric de Rosny : Je suis très intéressé par ce que vous avez dit sur le principe de la deuxième causalité parce que étant du côté des nganga, en relation fréquente avec les psychiatres ou des confrères qui reçoivent dans leurs entretiens des patients, je m'aperçois qu'il y a une grande gêne par rapport à cette deuxième causalité dans la mesure où vous ne la partagez pas avec votre visiteur. Dans votre présentation vous avez eu une petite phrase qui m'a attiré l'attention, vous avez dit : « *Il faut aller au devant du principe de la causalité dans la subtilité* ». C'est très joli, ça ! Vous expliquez que, par des petits signes d'acceptation, dans votre idée, ces petits signes d'acceptation ne sont pas tant l'acceptation de la causalité elle-même que la personne qui y adhère. Mais pour le patient, ce n'est pas commode parce que... Imaginons que quelqu'un, surtout s'il s'agit de migrants, vous dise finalement - ce qui est déjà d'ailleurs remarquable de sa part - qu'il estime que son mal est le résultat de la sorcellerie. Vous, j'imagine, ce n'est probablement peut-être pas la causalité à laquelle vous auriez pensé et que vous adopteriez. Mais vous essayez quand même de l'encourager à parler parce que cette deuxième dimension vous en connaissez l'importance. C'est là justement que les nganga ont un avantage, c'est que eux ils adoptent cette deuxième causalité. Non seulement ils l'adoptent parce qu'ils croient à la sorcellerie comme étant une des causes importantes de certains malheurs, non seulement ils l'adoptent mais ils la proposent ! Tandis que je ne crois pas que dans votre système vous proposiez une deuxième causalité de ce type. Vous, simplement, vous accueillez la manière dont la personne parle. Dans la médecine traditionnelle, c'est le devin qui propose cette interprétation à la famille, mais pas à l'individu. Là aussi c'est une différence. D'ailleurs la gêne vient en France aussi lorsque la deuxième causalité est celle de Satan.

Je me permets de vous raconter une petite anecdote à laquelle j'ai assisté. J'ai été invité autrefois à Lyon dans un colloque entre les psychiatres et les exorcistes de la région de Lyon. C'était très intéressant pour moi d'entendre les psychiatres parler de leur comportement par rapport à celui des exorcistes. En particulier, qu'est-ce que les psychiatres faisaient lorsque les patients pensaient que leurs malheurs venaient de l'intervention de Satan. Cela devant les exorcistes du diocèse qui ont pour fonction de chasser le démon. Le soir une psychiatre lyonnaise a levé le doigt et a dit : « *Je ne suis pas fière de nos exorcistes !* ». Il y eut un silence pesant dans l'assistance, qu'est-ce qu'elle voulait dire ? « *Je ne suis pas fière de nos exorcistes parce qu'ils n'y croient pas... Ils ne croient pas en Satan* ». Et comme ils n'y croient pas, ils traitent les gens qui viennent les voir comme nous le faisons un peu, comme des psychiatres c'est-à-dire une audition polie de la deuxième causalité mais ils n'ont pas reçu la formation de la psychiatrie. J'ai trouvé que c'était très heureux comme intervention finale même si elle avait quelque chose d'un petit peu méchant vis-à-vis de mes collègues. C'est pour cela que j'ai beaucoup aimé votre expression « *dans la subtilité* » parce que ça ne doit pas être facile devant des gens qui vous disent : « *Si je suis malade c'est parce qu'il y a quelqu'un au village dans mon pays d'origine qui est la cause de mon échec à ma licence en droit* », ce n'est pas très facile de lui dire : « *oui, oui, oui...* » sans y croire... J'aimerais que vous expliquiez un peu quelle est votre attitude dans ce cas-là.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

DISCUSSION AVEC LE PUBLIC

Pr Olivier.Bouchaud : Ah ! On va me pousser dans mes retranchements ! Je vais prendre comme exemple, parce que c'est une question à laquelle j'ai contribué il n'y a pas très longtemps sur Religions et Soins, est-ce qu'un médecin laïc dans un hôpital laïc a le droit de rentrer dans le champ de la religion, voire d'utiliser la religion comme outil thérapeutique... Finalement, on est dans ce qu'on est en train de dire. Moi, je fais partie de ceux qui disent « oui ». Alors pourquoi je dis oui ? On va partir du principe, parce que je n'ai pas envie de tout vous dire, on va partir du principe que je ne suis pas croyant. Si j'ai un patient en face de moi et qu'il est musulman, que je sais que sa religion l'imprègne au quotidien, que s'il est malade il ne peut pas ne pas faire, c'est un petit peu simpliste de dire ça enfin on va dire que dans la grande majorité c'est le cas, il ne peut pas ne pas faire le lien entre sa maladie et Dieu. Si moi je veux l'aider, par exemple, s'il n'est pas observant, je vais aller sur ce terrain-là. Même si moi je ne suis pas croyant. L'important ce n'est pas moi, l'important, c'est lui. Et si pour lui c'est important qu'on rentre dans le champ religieux pour qu'il comprenne ou qu'il accepte tel ou tel traitement, je vais y aller. Je vais prendre l'exemple très précis qui se pose en période de ramadan. En période de ramadan, il arrive que, c'est finalement très rare, mais il arrive que des patients disent « *Ah non c'est ramadan je ne peux pas le faire.* » Tout le monde sait et évidemment en milieu musulman, que dans le Coran il y a cinq exceptions et qu'on peut parfaitement et non seulement on peut parfaitement mais on doit prendre son traitement quand sa santé est en jeu puisque c'est Dieu qui donne la santé, c'est Dieu qui donne la vie et que de ne pas faire tout ce qu'il faut pour conserver la vie et la santé c'est finalement s'opposer à Dieu. Si vous avez un patient qui veut, non pas pour des raisons religieuses mais qui veut vous mettre en échec pour des raisons complètement universelles qui n'ont rien à voir avec l'Islam ou n'importe quelle religion, qui veut vous mettre en échec et qui vous dit : « *Je ne veux pas avoir de traitements parce que c'est le ramadan* » et qu'il pense que vous n'allez pas oser aller contre ça. Eh bien je vais le regarder entre quatre yeux je vais lui dire « *Mon œil, Monsieur, Madame, vous savez parfaitement que le Coran non seulement vous autorise mais vous oblige ou vous* « impose », *je ne sais pas quel est le mot le plus adapté, à prendre votre traitement.* » Et là le monsieur ou la dame qui a voulu me piéger va se retrouver coincé(e) puisque je suis allé sur le champ dans lequel il a voulu m'entraîner, j'y suis allé, je n'ai rien inventé, je lui ai dit ce que dit le Coran et comme il ne peut pas ne pas le savoir du coup ça ne marche pas. Et dans la majorité des cas, il va prendre son traitement. Ce n'est pas le forcer à se « complier » au traitement parce que le terme « compliance » est horrible, ça veut dire qu'on essaye de le faire rentrer de force dans une boîte... ça ne marche pas quand on fait rentrer de force. On le met seulement sur le terrain sur lequel il a voulu nous entraîner. Donc, contrairement à ce que vous disiez par rapport aux exorcistes, ça ne me gêne pas d'aller sur ce terrain-là même « si je n'y crois pas ». Ceci dit, pour aller un peu plus loin, par exemple à propos de cette relation chronologique entre maladie et environnement au sens large du terme d'un point de vue biomédical, il y a certaines études qui l'ont démontrée. On a démontré que certains cancers étaient plus fréquents par exemple chez les gens qui étaient en phase dépressive. La dépression favorisait l'émergence d'un cancer. Cela veut dire que même dans la biomédecine le hasard, au sens mathématique du terme encore que ce n'est pas vrai puisque au sens mathématique du terme ..., mais le hasard au sens classique du terme n'existe probablement pas.

Dr Agnès Giannotti : Je vais vous raconter une anecdote, effectivement des fois on a des patients pour lesquels on est amené à faire des choses auxquelles on ne croit absolument pas. C'est un monsieur de cinquante-cinq, soixante ans, je suis médecin généraliste dans le quartier de la Goutte d'Or pour vous situer la scène, qui vient me voir un jour, je le traite pour une maladie banale et chronique et il picolait aussi. Il vient un jour, il rentre dans mon bureau et me dit : « *Je veux que vous me fassiez une ordonnance où vous m'écrirez que c'est interdit et qu'à partir de maintenant je ne dois plus boire.* » S'il me demande il a décidé, pour répondre à la jeune femme qui disait que le patient devait faire son choix. Son choix, il l'avait fait puisqu'il demandait. Moi, je n'y croyais pas, ce n'est pas parce que vous avez écrit sur un bout de papier que ça va faire quoi que se soit... Je me suis dit : « *Mais qu'est-ce que tu fais, attends... il te le demande, tu le fais, ça fait quoi ?* » Je lui ai fait. Il a arrêté de picoler le jour même. Donc en fait, si on écoute les patients souvent ils nous disent ce qu'il faut faire. Mais il faut aussi avoir la souplesse de faire des choses auxquelles on ne croit pas du tout des fois, à condition que cela évidemment n'aille pas contre notre éthique et conte la médecine, mais là il n'y avait aucun risque nocebo...

Une réaction : J'ai une remarque mais aussi une question à poser aux intervenants. Je suis là depuis ce matin et il y a un concept qui est paru en filigrane dans toutes les interventions et les questions également. C'est le concept de l'inter-culturalité. Je me dis que pour être dans une démarche interculturelle il faut encore être en capacité de s'interroger sur son propre ou ses propres systèmes de références et aussi se décentrer pour créer un espace dans lequel les deux acteurs vont évoluer. Et cela je l'ai bien perçu, notamment au travers de l'intervention de Mr Bouchaud. De quels outils disposons-nous, praticiens, praticiens du social ou médecins puisqu'il y a beaucoup de médecins dans la salle, pour décoder le langage de l'autre ? Il y a également une autre question que j'aimerais poser à l'assemblée mais également aux intervenants, quelle différence faites-vous entre transculturalité et inter-culturalité ? Merci.

Éric de Rosny : La différence entre transculturalité et inter-culturalité ? Il y a inter-culturalité certainement, mais y a-t-il transculturalité ? La transculturalité, c'est un phénomène très rare et très difficile à réaliser parce qu'on demeure profondément lié à la culture de son enfance, selon l'un des apports les plus évidents de Freud qui a d'abord montré l'importance des deux premières années dans la vie d'un homme ou d'une femme qu'il n'est pas possible de mettre entre parenthèses. Il y en a qui ont essayé de changer de culture, je parle du monde de l'anthropologie parce que c'est justement une discipline qui peut y porter. Il y en a qui ont essayé de jouer à la transculturalité, c'est-à-dire appartenir à une nouvelle culture que la sienne propre pour mener une enquête à fond. Dans les quelques cas que je connais, ça a été catastrophique. Cela peut même amener à des excès, à la démence parfois parce qu'on ne pourra jamais renier ce qui nous a façonné dans la petite enfance. Par exemple, un Européen n'aura jamais été porté sur le dos de sa maman. Il faut plutôt accepter d'appartenir à deux cultures. Je ne vois pas pourquoi on me dit quelques fois : « *Tu es là chez nous depuis très longtemps, alors tu es devenu un Camerounais* », je rétorque : « *Non, ce n'est pas exact, je reste un français* ». Il ne faudrait pas pousser la transculturalité idéologiquement trop loin parce qu'elle n'est pas possible. Je donne un petit exemple. Je me trouvais dans une île d'un fleuve qui s'appelle la Sanaga, dans les années 70, quand les Américains ont commencé à marcher sur la lune. Je savais avec mon petit poste de radio que dans dix minutes les premiers Américains allaient marcher sur la lune. Pendant ce temps-là, mes amis voulaient me faire croire qu'il y avait dans le fond de la rivière des villages dans lesquels les gens habitaient, les Miengu. Et moi j'essayais de les convaincre inutilement : « *Regardez la lune-là, je crois que c'est dans sept minutes maintenant que les Américains vont se poser...* ». Le mot acculturation est peut-être préférable à celui de transculturalité, à savoir l'appropriation de la culture de ceux chez qui on vit sans perdre, pour autant, la sienne propre.

Dr Berthe Lolo : Il y a quelque chose de commun chez tous les êtres humains qu'ils soient blancs, noirs... n'importe lequel, premièrement la conception venant de deux personnes, deuxièmement la grossesse de neuf mois... toutes les femmes blanches, noires, etc. gardent neuf mois l'enfant dans le ventre. Elle accouche, ce petit bébé est dépendant pendant au moins ses premières années de son entourage, après il va se marier et après il va mourir. Donc je pense que cela peut être quelque chose de commun à tout le monde et souvent on l'oublie. C'est ça votre frère humain qu'il y a en face de vous.

ROBERT GIROT CHEF DE SERVICE DU LABORATOIRE D'HÉMATOLOGIE, RESPONSABLE DU CENTRE DE LA DRÉPANOCYTOSE - HÔPITAL TENON

C'est une rude tâche qui m'est confiée de prétendre conclure après des interventions aussi remarquables que celles que nous avons entendues. Auparavant je fais une petite introduction avant d'entrer dans la conclusion propre pour vous expliquer pourquoi je me retrouve là, pourquoi c'est à moi qu'on demande de oser conclure indépendamment du fait que c'est Jacqueline Faure qui est l'organisatrice, l'une des organisatrices importantes et que je la connais bien. En fait c'est parce que j'ai travaillé en Afrique, j'aime bien ce continent et ses habitants. Je fais partie de cette génération qui faisait encore son service militaire, j'étais détaché au Service de la Coopération. J'ai travaillé en tant qu'interne pendant 18 mois dans l'hôpital Le Dantec à Dakar que connaissent bien les Sénégalais et d'autres d'ailleurs, où j'étais le seul Blanc dans le service. Le patron Marc Sankéré, les assistants, les médecins, les infirmiers étaient noirs. Il y avait une glace à la sortie et quand je passais je disais : « Tiens un Blanc ! ». C'était extrêmement riche comme expérience. Je ne me suis pas contenté de cela parce que je ne voulais pas alors en Afrique ne rencontrer que la médecine hospitalo-universitaire, l'université est bien connue à Dakar. J'allais tous les mercredis après-midi à une consultation dans une PMI derrière le marché Sandaga pour ceux qui connaissent Dakar. Quand j'étais libre que je n'étais pas de garde ou d'astreinte, j'allais à Baba au-delà de Thiès pour aller assurer une consultation en brousse afin d'avoir une expérience de la médecine qui ne soit pas uniquement la médecine urbaine de la ville développée qu'était le côté Le Dantec.

Puis je suis venu à la drépanocytose plus tard pour d'autres raisons sur lesquelles je ne m'appesantis pas mais qui m'ont amené à retourner en Afrique régulièrement. Je suis allé en R.D.C. chez mon ami Léon Tshilolo faire, il y a 7 ou 8 ans, une semaine de cours. Je n'ai jamais fait autant de cours, c'était un amphi comme ça et on entendait un moustique voler. Il n'y avait pas eu de professeur d'hématologie depuis des années et vraiment j'ai été écouté comme je n'ai jamais été écouté en faisant un cours à la faculté et j'ai beaucoup travaillé. J'avais dit à mon ami : « *Tu m'as fait travailler comme un nègre !* » et il m'a dit « *C'est un juste retour des choses* ». Je n'ai pas oublié cette formule. C'est un ami très cher et je programme de retourner – j'allais dire au Zaïre – en R.D.C. dans quelques mois pour faire d'autres cours. Et puis je retourne au Bénin ou à Dakar que j'ai revu ou dans d'autres pays, j'espère aller à Bamako pour avoir le centre de la drépanocytose qui s'est créé. Bref l'Afrique est un continent qui, je ne peux pas dire, m'est proche parce que ce n'est pas quelques années ou quelques mois comme ça qui fait qu'on connaît un continent aussi complexe mais j'y suis extrêmement attaché. Et puis il y a la drépanocytose, cette maladie du sang, première maladie génétique en Afrique, j'ai développé ici avec bien d'autres un centre de prise en charge des malades où nous suivons 600 malades drépanocytaires avec l'action de nombreux intervenants, notamment des psychologues et en particulier Jacqueline Faure. Cette drépanocytose comme vous le savez atteint les populations noires mais pas exclusivement, ce qui fait que les consultations que nous avons avec mes collègues font que nous avons 15% de Blancs, et ça intéresse toujours les Africains et Guadeloupéens et Antillais de savoir qu'il y a une drépanocytose blanche, comme il y a la drépanocytose du Noir en terme de couleur de peau. Nos malades blacks (dans nos consultations) sont à moitié des Antillais et à moitié des Africains - et j'y reviendrai dans un instant car je crois que dans cette assistance je ne suis pas sûr qu'il y ait un Antillais. J'y reviendrai dans quelques instants... et... (ndlr : l'assistance réagit)...

Une réaction : Il y a notre directeur (l'ancien directeur) M. Haustant, invité d'honneur de cette journée !

Pr Robert Girot : Oui mais il n'est pas dans l'amphi, c'est pour ça que je me permets de dire cela, sans ça je me ferais tuer. Alors qu'est-ce que j'ai retenu ? Je vais essayer de ne pas être trop lourd autant que faire se peut. Je n'ai pas la prétention de reprendre toutes les communications, ce serait sans aucun intérêt. Deux ou trois choses m'ont frappé, je ne sais pas si ce sont les plus importantes, certainement pas...

La première chose c'est que, dans un hôpital public comme le nôtre où je travaille, ça fait quarante ans que je travaille dans les hôpitaux publics, nous connaissons bien la pathologie d'organe et comme le disait tout à l'heure

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

CONCLUSION

mon collègue Olivier Bouchaud, il y a tout un aspect que nous n'abordons pas aisément, parce que l'homme est effectivement corps/matière c'est sûr et aujourd'hui on a longuement discuté sur l'autre aspect l'esprit ou l'âme. J'emploie ces termes-là avec beaucoup d'humilité parce que s'il y a des philosophes ou des théologiens dans la salle et qu'on me demandait la définition de l'âme ou de l'esprit, je serais bien gêné mais vous savez bien que nous ne sommes pas que matière, que nous ne sommes pas qu'organes, que nous ne sommes pas que des malades avec une affection organique.

Il y a toute une autre dimension, cette autre dimension celle que j'évoquais tout à l'heure l'aspect psychologique ou bien l'aspect sacré, magique effectivement ne fait pas partie de nos colloques. Dans 48 heures dans ce même amphithéâtre on va parler pendant 8 heures de la drépanocytose et je ne pense pas que sur les dix ou douze communications on n'ait pas beaucoup d'autres qui sortent du matériel, du biologique et de l'organique... Peut-être quand même quelques aspects éthiques et psychologiques à la fin de la séance. Bref voilà ce qui m'a frappé aujourd'hui et qui me remplit d'une intense satisfaction, l'homme n'est pas qu'un corps, n'est pas que matière mais aussi bien d'autres choses qui ont été évoquées ici, les aspects que j'appelle le psychologique le sacré, le religieux, les convictions philosophiques et les croyances. Il est clair que dans la relation que nous avons avec les malades cet aspect-là doit être pris en compte mais il est difficilement pris en compte et pourquoi ?

Parce que certes aujourd'hui nous avons insisté sur certains aspects et on a été probablement superficiel par rapport à la réalité profonde des choses, les aspects de la culture, des croyances, certaines cultures et croyances qui sont fréquentes en Afrique noire mais j'évoquais les Antillais où il y a d'autres croyances qui sont radicalement différentes et notre population malade de la drépanocytose est à moitié antillaise et à moitié africaine comme je le disais et puis il y a bien tous les autres.

Finalement on rejoint un aspect, je généralise d'une certaine façon ce que nous avons évoqué à partir de populations de patients qui viennent d'Afrique noire et bien nous avons les mêmes préoccupations, le même souci concernant tout autre patient. Effectivement nous sommes de culture chrétienne d'origine qu'on le veuille ou non avec des références républicaines et tout ceci nous marque profondément. On a bien dit qu'on ne pouvait pas changer de culture, qu'on ne pouvait faire du transculturel, nous sommes marqués par cette culture mais nous devons être très attentifs aux autres cultures qui existent chez nos patients dans la mesure où leur confiance à l'égard de ce qu'on leur donne ne pourra passer que si nous prenons en compte cet autre aspect de la dimension de l'homme qui est « autre » que l'organique.

Voilà ce qui m'a beaucoup frappé aujourd'hui, nous avons pris en compte un aspect culturel de certains de nos malades. On va être obligé de conclure parce que tout a une fin mais il est clair que nous n'avons pas fini. De ce point de vue-là je terminerai en émettant des vœux. C'est que cette troisième journée soit poursuivie par une quatrième ou cinquième et que d'autres aspects transculturels soient évoqués. Une chose qui m'intéresserait beaucoup, on a parlé de l'Islam tout à l'heure, je crois que nous sommes très ignorants de l'Islam même si l'on sait un certain nombre de choses. Beaucoup de nos patients drépanocytaires sont musulmans et je pense qu'on aurait peut-être quelque chose à faire, on touche à des choses extrêmement sensibles nous sommes bien d'accord, dès qu'on aborde religion, politique, philosophie on touche à des choses très sensibles et il faut les aborder comme le disait Olivier Bouchaud, cela a été souligné, avec subtilité avec humilité. A ce moment-là on peut se dire beaucoup de choses à condition que les hommes et les femmes de bonne volonté qui interviennent respectent l'autre.

Je termine sur ces quelques mots en disant qu'il y a encore beaucoup de choses à faire dans ce domaine-là et c'est vraiment, moi je le dis en tant que médecin, c'est vraiment faire de la médecine que de s'occuper de l'ensemble des aspects des hommes et des femmes que nous traitons, que de voir au delà d'un cœur, d'une tête fémorale, d'un poumon ou d'un cerveau.

LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE **TENON-URACA**

CONCLUSION

Je remercie tous les intervenants, les intervenants en tant qu'orateurs et les intervenants dans la salle puisque, je l'ai vu, les débats étaient très vifs et les questions généralement étaient de très bon et de très haut niveau. Il y a eu beaucoup de pertinence dans tout ce qui a été dit aujourd'hui. Je vous remercie très vivement et je souhaite vous revoir.



LES 3^{èmes} RENCONTRES TRANSCULTURELLES DE TENON-URACA

mardi 5 octobre 2010, Hôpital Tenon, Paris 20e

Crédit photos / Credits

Agnès Giannotti Serge Cannasse Jean-Marc Taïeb
Service communication AP-HP

Couverture / Cover design

Photo Eric de Rosny par Serge Cannasse
YBOO Design - www.yboo.net

Maquette / Layout

YBOO Design X2012 - www.yboo.net

Impression / Printing

Service communication AP-HP

Copyright

Tous droits de reproduction interdits pour tous pays - Copyright URACA / HÔPITAL TENON Paris



DÉJA PARUS DANS LA MÊME COLLECTION :

- N° 13 : Uraca : 20 ans d'expérience en santé communautaire.
Cultures africaines et santé publique en France et en Afrique | Novembre 2006
- N° 12 : Soins et cultures : 2èmes Rencontres Transculturelles de TENON | Juin 2005
- N° 11 : Les familles africaines en France déstabilisées : Les relations hommes-femmes face aux mutations de L'exil
Voyage en Afrique : Les Guinées | Avril 2001
- N° 10 : Intégration et identité : ruptures et réconciliations culturelles
Voyage en Afrique : Le Bénin | Juin 1999
- N° 9 : Concevoir et naître : Accoucher en Afrique, accoucher en France
Voyage en Afrique : Le Sénégal | Septembre 1998
- N° 8 : Les docteurs, le Sida et les Zanfarawa
Voyage en Afrique : La Cote d'Ivoire | Décembre 1997
- N° 7 : Migration et éducation : École d'Afrique, école de France
Voyage en Afrique : L'Algérie | Octobre 1997
- N° 6 : Ethnomédecine et Sida : Les Foley à Paris
Voyage en Afrique : Le Zaïre | Décembre 1996
- N° 5 : Docteur en brousse, Marabout à Paris
Voyage en Afrique : Le Niger | Octobre 1996
- N° 4 : Un autre regard sur la santé mentale et ses acteurs | Janvier 1996
- N° 1, 2, 3 : épuisés