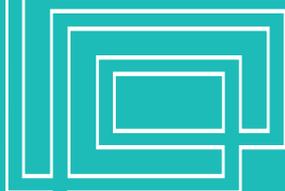


PSYCHIATRIES

REVUE DE RECHERCHE ET D'ÉCHANGES



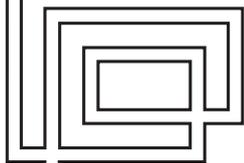
**traversée culturelle francophone
à la découverte des pratiques
ambulatoires de la psychiatrie**

JUIN 2003 = N°140

Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

PSYCHIATRIES

REVUE DE RECHERCHE ET D'ÉCHANGES



premières rencontres
francopsies

*traversée culturelle francophone
à la découverte
des pratiques ambulatoires de la psychiatrie*

AVRIL 2003 = N°140

Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

PSYCHIATRIES

**PUBLICATION DE L'AFPEP
AVRIL 2003 - N°140**

Secrétariat de la Rédaction

141, rue de Charenton
75012 Paris
tél. 01 43 46 25 55
fax 01 43 46 25 56
psychiatries@afpep-snpp.org

Fondateur

Gérard BLES

Directeur de la Publication

Antoine BESSE

Directeur de la Rédaction

Olivier SCHMITT

Rédactrice en Chef

Laurence ROUX-DUFORT

Responsable de ce numéro

Dominique JEANPIERRE

Secrétaires de Rédaction

Dominique JEANPIERRE
Marie-Lise LACAS
Anne ROSENBERG

Comité de Rédaction

Antoine BESSE, Hervé BOKOBZA
Martine BURDET-DUBUC, Pierre CRISTOFARI,
Anne DESVIGNES, Claude GERNEZ,
Dominique JEANPIERRE, Marie-Lise LACAS
Jacques LOUYS, Marc MAXIMIN,
François OURY, Anne ROSENBERG,
Laurence ROUX-DUFORT,
Linda SARFATI, Olivier SCHMITT,
Patrick STOESEL, Jean-Jacques XAMBO

Conception Graphique

Marie CARETTE / Gréta Réseau Graphique

Impression

Imprimerie Nouvelle S^{te} Angevin - Niort

ISBN 2-913062-83-0

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2003

AFPEP-SNPP

L'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (A.F.P.E.P.), fondée en juillet 1970, a promu une recherche théorico-pratique pluridisciplinaire sur la psychiatrie, son objet, son exercice, ses limites, en s'appuyant de façon plus particulière sur l'expérience de la pratique privée. Société scientifique de l'Association mondiale de psychiatrie (W.P.A.), affiliée à l'UNAFORMEC en tant qu'organisme de formation continue, l'A.F.P.E.P. anime de multiples cadres de travail nationaux ou décentralisés, prioritairement à l'intention et avec le concours des psychiatres privés, mais enrichis d'une très large participation nationale et internationale de cliniciens, chercheurs et théoriciens concernés par la psyché, dans toute la diversité de leurs orientations. Scandés par la tenue annuelle des "Journées nationales de la psychiatrie privée", les travaux de l'A.F.P.E.P. s'articulent autour de sessions d'étude et de séminaires thématiques, régionaux ou nationaux. Productrice de modules de formation, elle accrédite et coordonne par ailleurs les activités de formation d'associations locales ou régionales de psychiatres privés.

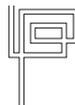
L'A.F.P.E.P. a élaboré en 1980 la "Charte de la psychiatrie" autour des références éthiques garantes de l'indépendance des praticiens ainsi que du respect des patients. L'A.F.P.E.P., association scientifique, à travers sa réflexion et ses recherches, donne socle à l'action du **Syndicat National des Psychiatres Privés (S.N.P.P.)** fondé en 1974. L'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. a publié en 1995 le "Manifeste de la Psychiatrie", synthèse des principes d'efficience d'une pratique confrontée aux risques contemporains de réduction bureaucratique et comptable de l'activité soignante des psychiatres privés.

AFPEP-SNPP

141, rue de Charenton - 75012 Paris - France

Tél. : (33)1 43 46 25 55 - Fax : (33)1 43 46 25 56

E-mail : info@afpep-snpp.org - Site Internet : <http://www.afpep-snpp.org>



CHANGEMENT ET FIDÉLITÉ

Olivier Schmitt

Dans sa livrée toute neuve, notre revue prend des allures de livre. Nous devons cette nouvelle maquette au Gréta Réseau Graphique qui a fait travailler des stagiaires sur le projet. Les réalisations étaient toutes intéressantes, il a bien fallu choisir. Dans notre cahier des charges, nous avons insisté sur l'ergonomie et la lisibilité. Nous espérons que ce nouveau format conviendra aux lecteurs.

Autre changement : vous n'aurez plus ici les petites annonces et l'agenda que vous retrouverez dans le BIPP, notre Bulletin d'Information des Psychiatres Privés, qui paraît plus fréquemment.

Par contre, les interventions et les discussions de nos Journées Nationales et nos colloques continueront, à trouver place dans la revue ainsi que des articles originaux et la rubrique Désir de Livres.

Pour l'heure, voici les textes et discussions que nous avons pu recueillir lors des premières rencontres "Francopsies" qui ont eu lieu en 2000 à la Guadeloupe à l'initiative de l'AFPEP. Pour diverses raisons, essentiellement techniques, certaines interventions n'ont pu paraître ici. Mais vous pourrez apprécier la qualité des contributions transcrites dans ce numéro de PSYCHIATRIES, déjà fort copieux. ■

COMMUNIQUÉ DE LA RÉDACTION

Olivier Schmitt - *Changement et fidélité* p. 5

PRÉFACE

Paul Lacaze p. 9

OUVERTURE

Jean-François Allilaire - *La place de la psychiatrie francophone dans le monde* p. 13

ANTILLES - AFRIQUE

Identité, savoirs traditionnels et psychiatrie

Ernest Pépin - *Les dits et les non-dits de la souffrance culturelle aux Antilles Françaises* p. 17

Aimé Charles-Nicolas - *La force de la magie* p. 31

Dany Joseph-Ducosson - *Migration, arrachements chez les enfants de la Caraïbe* p. 35

G. Bronsard - *La situation transculturelle : quelques réflexions à partir d'interventions auprès d'enfants autistes au Sénégal* p. 39

Monique Sherrill - *La Psychiatrie aux Seychelles. La place de la santé mentale dans une culture en cours d'élaboration* p. 47

Moussa Maman - *Migrations et psychiatrie* p. 63

Discussion p. 67

ÊTRE PSYCHIATRE EN ALGÉRIE

Loutfi Benhabib - *La violence du sacré* p. 77

Loutfi Benhabib - *Témoignage d'une pratique de pédopsychiatre à Alger* p. 83

SOMMAIRE

ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

Jean Benoist - *Une constellation d'offres de soin et des itinéraires multiples : aspects du pluralisme médical* p. 95

Discussion p. 103

DÉSIR DE MODERNITÉ EN TUNISIE

Sofiane Zribi, Kamoun M., Ridha R. - *Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et influences culturelles.* p. 109

Sofiane Zribi, Kamoun Myrva - *Psychiatrie, culture et internet* p. 119

MONOGRAPHIE

Annie Stammier - *Au temps des Comptoirs Français de l'Inde* p. 133

DU POLITIQUE EN PSYCHIATRIE

Robert Michel Palem - *Qu'est l'ethnopsychiatrie devenue ?* p. 145

Michel Patris - *Quels sont les enjeux actuels de la transculturalité psychiatrique.* p. 163

Chawki Azouri - *DSM4, hystérie et psychanalyse* p. 169

Discussion p. 183

DÉSIR DE LIVRES p. 187

ANCIENS NUMÉROS

liste de tous les numéros de PSYCHIATRIES p. 199

BULLETIN D'ADHÉSION p. 203

PRÉFACE

Paul Lacaze*

Paris, 12 octobre 1997. Une voix colorée s'élève de l'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP pour suggérer l'organisation de "Journées Nationales de la psychiatrie d'exercice privé" hors de l'Hexagone. Après celles de Beaune en 1998 "La consultation", puis celles de Marseille en 1999, "Filiations". Destination, la Guadeloupe.

Simone Séjor-Pelis, psychiatre d'exercice privé de Basse-Terre, se doute-t-elle alors de la magie de sa proposition ?

L'an 2000 est, en effet, avec la fin du millénaire, l'année du cinquantenaire de l'Association Mondiale de Psychiatrie qui, sous l'égide de la Fédération Française de Psychiatrie, organise son congrès jubilaire à Paris en hommage à son fondateur Henri Ey. Eu égard à cette manifestation, reconfigurer ses "Journées" constitue précisément pour l'AFPEP une parfaite opportunité pour saluer dignement la fin de carrière professionnelle de son Président Gérard Bles en lui consacrant une semaine en "Séminaire Résidentiel".

La Guadeloupe, comme département d'outre-mer, s'impose alors tout naturellement et, avec le souffle des alizés, se profile aussitôt à notre esprit le thème des travaux : "Traversée culturelle francophone, à la découverte des pratiques ambulatoires de la psychiatrie".

Hélas ! Gérard Bles nous quitte le 11 mai 2000.

* Vice-Président de l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P.

Ce séminaire, qu'il avait accepté de présider, lui est entièrement dédié, en hommage à l'œuvre accomplie pendant quarante ans au service de l'exercice privé de la psychiatrie en France. C'est dans ce contexte que les psychiatres, de France et aussi de l'étranger, tous ses amis, partageant ensemble la langue française, réunis en Guadeloupe pour ce qu'il a été convenu d'appeler "Rencontres Francopsies", sont venus saluer sa mémoire dans l'atmosphère à la fois studieuse et festive qu'en homme généreux, d'esprit et de culture, il savourait tant !

En consacrant ainsi Gérard Bles comme figure emblématique de la psychiatrie française l'AFPEP inaugure, par ces "Rencontres Francopsies", une nouvelle perspective de recherche et d'échanges dans une ouverture à l'autre.

Sur la base commune de la langue française, le séminaire propose donc une étude des différentes pratiques privées de la psychiatrie selon les territoires et les pays où elles s'exercent et selon leurs cultures. La Guadeloupe, archipel antillais de la Caraïbe aux réalités culturelles multiples, ne peut que favoriser une telle réflexion. Comment les traditions, l'histoire d'un peuple, les mythes, les croyances, les obédiences d'une collectivité, les influences sociales, économiques ou politiques d'une nation, peuvent-elles subvertir la langue, être à l'origine de formulations particulières de la souffrance de l'être et de la demande de soins ?

Comment, à l'inverse, la langue vient-elle codifier ces modalités d'expression ?

Comment les psychiatres de langue française exercent-ils, dans leur pratique privée, selon leur propre histoire culturelle et leur environnement socio-politique ?

Dans la relation soignant-soigné les mots seuls suffisent-ils, ou bien jusqu'où prendre en compte la vérité de l'individu dans son contexte d'appartenance ?

Pour ouvrir ces pistes de réflexion, avec Hervé Bokobza, Président d'honneur de l'AFPEP-SNPP, nous avons donné la parole à quelques-uns des plus engagés de nos confrères de tous les pays concernés. Parmi eux, certains y ont contribué au sein du Comité Scientifique, tels Jalil Bennani et Mohamed Jamaï (Maroc), Théodore Hovaguimian (Suisse), Paul Liévens (Belgique), Yves Froger, Jacques Louys, Etienne Roueff, Laurence Roux-Dufort (France). D'autres s'y sont employés sur le terrain, Antoine Besse, Jean-Jacques Laboutière, Marie-Lise Lacas, Michel Patris, Jean-Claude Pénochet pour la Métropole, Jacques Othoniel, Eric Cao Huu Hai, Paul Checkmodine-Chatoua, Audebert Desouza, Frédéric Sar pour la Guadeloupe, Mejda Cheour et Saïda Douki (Tunisie), Guillaume Bronsard au nom du Sénégal, Astrid Kubli-Bauer pour la Suisse.

Par leur participation aux côtés des conférenciers, tous ont contribué à faire de ce séminaire un lieu d'échanges et de partage, un temps propice aux rencontres.

Rencontres Thématiques autour de trois pôles : anthropologie, référentiels cliniques, offres de soins en psychiatrie.



De gauche à droite : Hervé Bokobza, Simone Séjor-Pelis, Paul Lacaze, Ernest Pépin, Dr Gérard Dorville, Vice-président du Conseil général de la Guadeloupe ; M. Frank Baptist, Président de l'Office Régional du Tourisme de Guadeloupe ; M. le Maire-adjoint de la Ville de Gosier.

Rencontres en Ateliers avec mise en scène, dans le berceau de la Créolité, des différentes formulations cliniques de la jouissance, de magico-religieuse à pseudo-scientifique, avec toujours cette même question : au profit de qui ?

Rencontres de terrain enfin, les plus touchantes et les plus surprenantes comme danser le quadrille avec les malades psychotiques et leurs représentants familiaux du Centre Médico-Psychologique de Sainte-Anne, regarder briller les yeux des lycéens de Saint-François devant la mise en scène de Yvon Davis sur la pièce "Enfance" d'après Nathalie Sarraute, ou encore partager le poulet boucané et le ti-punch avec les jeunes antillais au pique-nique du Galion, à la Soufrière.

Rencontres entre professionnels d'horizons variés, entre cultures qui s'ignorent, entre populations qui se découvrent, au total rencontres "Francopsies" que nous ne remercierons jamais assez l'auteur de "L'homme au bâton", Ernest Pépin, d'avoir si élégamment ouvertes en décrivant, dans "Les dits et les non-dits de la souffrance culturelle aux Antilles françaises", le déchirement de l'homme, piégé entre créolité et post-modernité.

Eternelle souffrance de l'homme, confronté aux conflits que génèrent les différences générationnelles, culturelles, sociales, économiques et politiques, souffrance dont nous sommes, en tant que psychiatres, les témoins privilégiés tout autant que les cliniciens souvent impuissants.

Simone Séjor-Pelis se doutait-elle, en lançant son invitation, que la magie de ces "Rencontres Francopsies" résiderait précisément dans le fait que tous les partici-

pants allaient trouver là, par un effet de loupe créé à l'énonciation des diverses modalités d'exercice privé de la psychiatrie dans l'espace francophone, l'occasion de s'interroger sur "comment et que soigner ?".

C'est de l'humilité de cette question, si nodale dans le colloque singulier qui caractérise nos pratiques de soins et de relations pour chaque sujet souffrant, qu'est née l'idée, entre praticiens exerçant dans la langue française, de renouveler l'expérience de ces "Rencontres Francopsies", en 2002 au Maroc, 2003 en Tunisie, puis au Canada, au Liban, en Belgique...

À l'heure de la mondialisation des connaissances et des techniques, des marchés et des biens, alors que tend à dominer une certaine hégémonie de pensée, verrons-nous un jour, se demandent même certains, la création d'une alternative fédérative des associations de psychiatrie susceptible de pérenniser, promouvoir et renforcer ce questionnement fondamental, hérité de l'École Française de psychiatrie, visant à toujours placer en tant que sujet l'homme et sa souffrance au centre de notre dispositif de soin en psychiatrie ?

Nous devons à l'éminente qualité des intervenants d'avoir élevé cette question au niveau d'un acte politique. Les participants venus des tous horizons peuvent s'en réjouir et encore aujourd'hui nous le font savoir.

D'un séminaire de l'AFPEP, pour Gérard Bles, à une perspective de rencontres fédératives de la psychiatrie d'exercice privé, voilà bien une traversée qui vaut d'être découverte !

Montpellier, mars 2003



Simone Séjor-Pelis et Antoine Besse

LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE FRANCOPHONE DANS LE MONDE

Jean-françois Allilaire*

La psychiatrie française est aujourd'hui décalée par rapport au débat mondial et dans ce contexte, il faut considérer la Fédération Française de Psychiatrie comme une instance de dialogue particulièrement nécessaire. À notre époque de mondialisation, où une pensée unique s'impose de façon apparemment monopolistique, je crois que la richesse de nos débats doit être répercutée par cette instance dans laquelle, au-delà des différentes tendances, des porte-parole se dégagent et parlent au nom des valeurs défendues par la psychiatrie française.

Je suis ici présent parce que j'y crois comme y croyait aussi Gérard Bles

Les principes fondamentaux de l'AFPEP déclarent que nous nous occupons du sujet malade. Nous exerçons une psychiatrie du sujet souffrant : les référentiels sont importants mais c'est l'individu qui compte. Il s'agit de défendre la relation de toutes les intrusions que le monde moderne génère en imposant, explicitement ou implicitement, un certain nombre de contraintes dans cette relation entre le psychiatre et son malade.

Ces valeurs doivent être défendues par l'ensemble des associations françaises et je voudrais vous rassurer sur la dynamique actuellement en cours à la Fédération Française de Psychiatrie à ce sujet.

Enfin je suis convaincu que la psychiatrie doit rester une anthropologie, non pas devenir une technique, ce qui peut paraître le cas à certains moments avec le développement des bonnes pratiques cliniques, des schémas thérapeutiques contrôlés. C'est pourquoi j'ai créé, il y a quelques années à l'Université Paris VI, dans mon CHU à la Pitié Salpêtrière, un diplôme d'université de psychopathologie

* Professeur de psychiatrie, Chef de Service de psychiatrie adulte, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

et d'anthropologie. Il est loin le temps où le psychiatre allait à Java pour vérifier si sa classification pouvait éventuellement coller avec l'observation du désordre pathologique dans des populations de cultures différentes. Cependant le débat sur le rôle pathogénique, pathoplastique des facteurs culturels reste entier.

La querelle du relativisme reste très forte. Il est intéressant de retenir les trois niveaux développés par les relativistes surtout dans les pays anglo-saxons :

- le niveau de la maladie, celui sur lequel, peut-être, la psychiatrie actuelle a tendance à trop s'appesantir dans un esprit de recherche scientifique probablement, mais avec certains excès par rapport à la pratique ;
- le niveau du tableau clinique, où justement se pose le problème du rapport nature-culture et du rôle pathoplastique, pathogénique des facteurs culturels ;
- et le troisième niveau qui intéresse tous les psychiatres praticiens, cliniciens que nous sommes, qui concerne la subjectivité du malade, ce qu'il ressent.

Malgré toutes ces distinctions tout à fait opérationnelles dans la pratique, je crois que globalement la psychiatrie, avec son héritage du siècle des lumières, reste sur la position, qu'au-delà des différents niveaux, il y a des universaux ; d'une certaine façon, l'homme souffrant présente des tableaux cliniques qui traduisent quelque chose d'un ordre et d'une relation entre facteurs naturels et facteurs culturels. Je n'insisterai pas sur ces dimensions qui vont être développées maintenant mais je suis très heureux que nous soyons en Guadeloupe pour aborder ces points, en particulier avec mon ami Aimé Charles-Nicolas qui, depuis très longtemps, a travaillé sur ces questions et contribué à sensibiliser les psychiatres à ces approches transculturelles.■

ANTILLES-AFRIQUE

Identité, savoirs traditionnels
et psychiatrie

LES DITS ET LES NON-DITS DE LA SOUFFRANCE CULTURELLE AUX ANTILLES FRANÇAISES

Ernest Pépin*

Je vous remercie de m'avoir invité dans le cadre de la cérémonie d'ouverture des Rencontres " Francopsies ". C'est pour moi un honneur auquel je suis très sensible et une source d'angoisse dans la mesure où je n'ai à communiquer que de modestes convictions qui n'ont bien sûr aucune prétention scientifique. Compte tenu du thème général de votre séminaire, j'ai choisi de vous entretenir du sujet suivant : Les dits et les non-dits de la souffrance culturelle aux Antilles Françaises.

Tout d'abord, je voudrais explorer avec vous la notion insolite de souffrance culturelle.

En effet, la culture, le vécu culturel, l'expression culturelle ont pour objectif de réaliser l'harmonie d'un sujet avec lui-même, son milieu, son histoire, sa géographie et sa socialisation. Comment peut-on, dès lors, parler de souffrance culturelle ? N'y a-t'il pas dans cette formulation une antinomie qui risque de brouiller la perspective que nous voulons embrasser ? Ne serait-ce pas un nouveau leurre qui masquerait la vérité d'une situation dont la formulation reste encore à inventer ?

Toujours est-il que cet énoncé fait problème et mérite d'être clarifié.

De mon point de vue d'écrivain, la souffrance culturelle devrait se comprendre comme ce qui, dans et par la culture, fait obstacle à l'épanouissement, engendre un mal-être qui peut aller jusqu'à provoquer des conduites déviantes voire

* Écrivain Lamentin Guadeloupe, France

suicidaires. Autrement dit, me viennent des images de rupture du moi collectif, d'inadéquation entre les conduites et leurs motivations, de troubles et de manifestations chaotiques d'un manque. De même que la maladie exprime une parole des organes, de même la souffrance culturelle exprime un dysfonctionnement de la conscience dans son rapport au moi et au monde.

Ceci étant posé, ou plutôt proposé, il importe d'aller plus loin et de sonder le terrain qui est le nôtre afin de cerner les jeux et les enjeux de cette souffrance-là dont nous pressentons qu'elle a à voir avec la question de l'identité.

Lorsque nous disons les Antilles Françaises nous disons vrai juridiquement, politiquement mais nous sommes dans le faux culturellement. Les Antilles se devraient d'être guadeloupéennes tout comme la Martinique martiniquaise. Il y a donc déjà dans la dénomination, d'ailleurs instable, de ces territoires une ambiguïté pour le moins troublante. Nous fûmes colonies, département français, département d'outre-mer, département français d'Amérique, nous voilà aujourd'hui région mono-départementale en attente d'une évolution statutaire. Si je le signale ce n'est point pour porter un jugement d'ordre politique mais pour exhumer ce que la sémantique cache en son en-dessous : une sorte de difficulté à nommer et par conséquent à appréhender notre réalité. L'instabilité de la dénomination trahit une identité flottante comme si la réalité se dérobaît à la volonté de nommer. D'ailleurs toutes ces appellations disent un manque énorme : celui de la Caraïbe. Il y a là comme un évidemment, une béance où s'engouffre une absence qui à la fois désoriente et malmène. La résonance de ce médit et de ce non-dit retentit au cœur d'une angoisse liée au brouillage des références. Le lieu-dit ne dit pas, ne situe pas mais au contraire renvoie à une extériorité qui annule le territoire comme lieu référentiel. Par contre ce qui s'y dit de façon évidente c'est que ce territoire ne le devient qu'en relation avec un autre à la manière d'une poupée russe qui ne fait sens que dans son emboîtement.

Aussi, cette relation nous somme de l'analyser afin qu'elle nous révèle, par-delà son opacité, la substance de son organisation et de son fonctionnement.

Nous pouvons décliner quatre périodes clés de cette relation dans l'histoire des Antilles Françaises. La période précolombienne, la période coloniale, la période de l'assimilation départementale et la période de la décentralisation.

Loin de moi, l'intention de vous faire un cours d'histoire. Simplement, je voudrais, à travers un cheminement, montrer le processus de la souffrance culturelle dont, je le précise, l'aliénation n'est qu'une des modalités.

Durant la période précolombienne, les Antilles sont peuplées par les Caraïbes arawaks et taïnos qui y développent un mode de vie, une culture dont certains vestiges subsistent encore au musée Edgard Clerc ou dans le Parc des Roches Gravées de Trois-Rivières. Cependant, il est curieux de constater que, malgré de nombreux emprunts concernant le vocabulaire, l'art culinaire, les techniques artisanales, la mémoire créole se comporte comme s'ils n'avaient jamais existé. Je veux dire qu'aucune relation de filiation, même symbolique, n'existe à leur égard ni même aucun sentiment de dette collective. À preuve, aucune manifestation digne de ce nom ne vient honorer leur mémoire ou combler leur tragique disparition. Le fait est d'autant plus surprenant qu'ils sont encore présents, non loin de nous, dans l'île voisine de la Dominique. Cette évacuation mérite que l'on s'y attarde dans la mesure où elle signifie en creux un rapport complexe, voire complexé avec l'origine et donc la légitimité. En clair, nous refusons de voir les Caraïbes comme une antériorité et ce refus mutilant condamne d'une certaine manière notre société à être sans histoire et sans transcendance. Ce sont aujourd'hui encore les Européens qui développent ce que j'appellerai une pratique de la continuité en s'inspirant de l'art caraïbe ou en effectuant des fouilles archéologiques auxquelles nous demeurons cruellement insensibles.

Il y a là comme un sens anesthésié de la perception du lieu qui bloque le processus d'appropriation dès le départ. On s'approprie quelque chose mais comment s'approprier un vide, un rien institué en innommé ? À moins d'exciper d'un refoulement qui proviendrait d'une douleur insupportable : celle que cause le refus d'assumer la part tragique de notre histoire. C'est à la fois un moyen de défense de la conscience collective et une mise à nu disruptive d'une mémoire qui sait trop bien que le berceau fut un tombeau. Le cri muet des Roches Gravées ne retentit que pour mieux s'effondrer dans le trou de l'oubli en redoublant le génocide d'un silence convenu de tabula rasa. Le caraïbe n'est pas un fantôme, il s'institue, pour nous, comme scène primordiale d'une vacuité du temps, d'une aphasie de l'histoire nouées dans un sacrifice dont nous refusons les bénéfices. Ils sont morts à notre place et on peut dire qu'ils sont morts pour nous faire place, signant ainsi une culpabilité collective d'autant plus méconnue, distanciée qu'elle recouvre une faute inexpiable : nous, nous avons préféré vivre en esclave. Faute par laquelle nous fûmes vertueux.

La période coloniale nous plonge dans l'enfer de l'esclavage à propos duquel des tonnes de livres ont été écrits. Les données sont connues, traite, vente aux enchères, dépossession de soi et surtout du sens de soi, surexploitation, révoltes, marronnages, abolition. Vertigineuse plongée dans une néantisation paradoxale

parce que, dans un même mouvement, le discours esclavagiste nie l'esclave comme sujet et l'affirme comme sujet d'esclavage. L'esclave n'est pas un objet puisqu'il suscite la crainte d'une possible réaction. Il n'est pas non plus un animal puisque le maître met tout en œuvre pour contrôler voire détruire les expressions de son humanité. Par exemple sa foi religieuse, son langage, sa faculté à apprendre à lire et à écrire, sa sexualité et bien sûr sa volonté de se libérer. C'est un être humain vaincu dans un rapport de force d'une violence inouïe que le maître veut, à la lettre, domestiquer pour le rendre apte à la fonction qu'il lui assigne. Les différents chercheurs n'ont pas, semble-t-il, suffisamment pris en compte ce paradoxe du discours et de la pratique esclavagiste sans laquelle aucune relation n'eut été possible. Jouer sur la renaissance de l'esclave ou sur sa peur c'est déjà reconnaître en lui une dimension humaine que l'on s'efforce de nier. L'esclave est un homme que l'on met à distance de son humanité pour l'asservir. C'est à mon avis cette ambiguïté-là qui va entraîner des conséquences terribles pour la psyché collective des Antilles.

Je ne crois pas utile devant les auditeurs qualifiés que vous êtes de revenir sur la question de l'aliénation. Elle a été largement débattue et des noms illustres ont porté des contributions que je ne saurais pour ma part dépasser. Cependant un doute subsiste dans mon esprit. Et si l'aliénation tant commentée, disséquée, n'était que le masque d'une autre réalité psychique non élucidée ? L'aliénation, dans son acception la plus simple, est le désir d'être autre que soi et plus qu'un désir, c'est un mécanisme mis en branle par une insatisfaction chronique qui va jusqu'à engendrer des conduites délirantes. Par le truchement d'un miroir idéologique, le noir négrophobe se voit blanc. Je voudrais, pour ma part, pointer cette insatisfaction en ce qu'elle peut nous enseigner sur la représentation du sujet et sa relation au monde.

Les causes classiques nourrissent une abondante littérature et je me suis borné à relever dans le livre de Victor Schoelcher, *Des colonies françaises/abolition immédiate de l'esclavage*, un certain nombre d'affirmations qui tiennent lieu de chapitres ou de sous-chapitres :

- L'esclave n'a aucune garantie contre l'arbitraire du maître.
- Les esclaves n'ont aucun moyen réel de défense.
- L'esclave n'est pas soumis à un pouvoir public.
- De fait la loi n'existe pas pour lui.
- Il n'a pas d'état-civil.
- Le mariage est incompatible avec la servitude.
- On juge les esclaves avec le code fait pour les hommes libres.
- Le poison est à l'esclave ce que le fouet est au maître, une force morale.

- Le préjugé de couleur est indispensable avec l'esclavage des hommes noirs.
- L'esclave ne peut prendre aucun intérêt à son travail.
- Incompatibilité de l'instruction religieuse ou primaire avec l'esclavage.
- Le fait de la servitude a corrompu le maître aussi bien que l'esclave.

Nous disposons là d'un catalogue de constats et de prises de position qui ont le mérite de rappeler ici le caractère impossible de la condition d'esclave. C'est à bien des égards une succession d'impasses juridiques, économiques, sociales, culturelles et politiques.

Mais qu'en est-il du vécu ?

On peut supposer une angoisse d'un poids tellement lourd qu'il faut se forger des outils mentaux spécifiques pour soulever le couvercle. Angoisse existentielle s'il en est, qui déclenche la question : " qu'ai-je fait pour mériter un tel sort ? qu'est-ce que j'expie en ce bas monde ? " Question rappelant un peu celle du Christ sur le Golgotha : " Père, pourquoi m'as-tu abandonné ? "

Cette question panique est au cœur même de l'angoisse tout en la renforçant puisqu'il n'y a pas de réponse qui vaille. Il y a bien sûr celle du discours raciste et colonialiste : " parce que tu es noir, parce que tu es Autre ", mais elle ne peut satisfaire l'ontologie de l'esclave. Trop de signes lui démontrent que son altérité, sa négritude est soutenue par une identité ou une proximité indéniable. Dès lors le monde, son monde, ne peut être vécu que sous le mode d'une insécurité qui excède le fait esclavagiste. D'une certaine façon, il ne mérite pas de vivre puisque rien ne vient valider son droit à l'existence. Ses dieux ont été vaincus, sa langue est rendue inopérante, sa famille ne lui appartient pas et l'organisation sociale le nie. Le paradoxe c'est qu'il est vivant et qu'il n'aspire aucunement à mourir.

Cette angoisse est source de souffrance dont le trop plein va se déverser dans l'estuaire de magico-religieux. C'est-à-dire d'une foi qui est au-delà de toute atteinte. Ce n'est pas fatalisme comme on a été tenté de le croire, mais au contraire renouvellement d'un pacte avec la vie et refondation du moi comme sujet. C'est-à-dire, tout simplement, rébellion par le détour d'une apparente soumission. Pour employer une image, je dirai qu'il se fait croyant, donc également prêtre, pour réaccorder le monde à un sens, à un salut. D'où la nécessité du syncrétisme religieux puisque le Dieu qu'on lui propose est un Dieu douteux et quasiment coupable. L'un ne l'accueille pas vraiment et l'autre l'a abandonné. Syncrétisme au niveau des religions et aussi syncrétisme entre religion et sorcellerie. Il s'agit en fait de recréer la mythologie du monde pour combler la fêlure, la faille d'une désertion.

Le vécu c'est aussi l'impossibilité d'en référer au droit. Ce n'est pas le non-droit. C'est le non-droit au droit. Je veux dire l'impossibilité d'une alliance solide avec les autres. Je veux dire une solitude douloureuse qui paralyse tout projet, toute projection hors de soi, tout établissement dans une société légitimée par une quelconque charte, constitution, loi fondamentale ou autre.

Bien sûr, les solidarités ont existé, mais elles sont demeurées parcellaires, précaires parce qu'elles ne pouvaient se déployer dans l'espace du droit. C'étaient des solidarités de survie, souvent sentimentales, auxquelles manquait, et manque toujours, la force d'une globalisation structurée. D'ailleurs un dicton créole rappelle avec l'humour du désespoir la défiance vis-à-vis d'une alliance collective : " Konplo a neg sé konplo a chien ! ", Parler à un nègre c'est parler à un chien !

La solitude qui fait croire que le secret est la condition absolue de la réussite, que la simple confiance est de nature à fabriquer l'échec, entrave l'émergence d'un moi collectif pleinement assumé. Le moi collectif est une souffrance dans la mesure où il s'émiette en impuissance par faute d'une véritable alliance. Alliance rendue d'autant plus difficile que la hiérarchisation des couleurs vient de surcroît élever ses barrières.

Enfin, je voudrais dire un mot de l'illégitimité. Non pas l'illégitimité de la possession de la terre, non pas l'illégitimité de la filiation, mais bel et bien l'illégitimité tout court. À la question posée : qu'est-ce qui légitime notre présence sur cette terre ? La réponse tombe avec la raideur d'une guillotine : rien ! Nous ne sommes pas venus de plein gré. Nous avons été emmenés de force. Ceci vaut bien sûr pour les Guadeloupéens d'ascendance indienne.

Il y a là une évidence qu'il faut creuser. Si rien ne garantit notre présence, rien non plus ne garantit notre histoire et notre avenir. Autrement dit nous flottons dans un océan d'incertitudes qui nous accroche à l'instant ou au présent comme une algue à son rocher sans pouvoir maîtriser la durée. Nous avons duré, nous endurons sans jamais conquérir l'espace-temps.

L'illégitimité radicale de notre posture instable ne peut être fondatrice d'un déploiement ni horizontal, l'alliance, ni vertical, la filiation. Nous sommes suspendus, sans ancêtres et comme qui dirait sans devenir. Il y a une sorte de gratuité qui renvoie à l'absurde, à la frénésie et à l'hystérie quand ce n'est pas à la schizophrénie.

Les esclaves au moins produisent, mais nous voilà rendus à ce temps mort de la production qu'est la consommation sans pourquoi.

D'où une constante tout au long de notre histoire que j'appellerai le tropisme de l'évasion.

S'évader du monde de l'esclavage par une tentative désespérée de recréer ici le monde des origines. Herbe-guinée, soupe à congo, moudongue, pois d'Angole, quimboiseurs, masques, soucougnans, contes, proverbes, croyances diverses, témoignent de ce temps anté-créole où nous avons tenté d'inscrire l'Afrique dans un continuum impossible. S'évader par le marronnage et bien sûr, le plus grand marronnage fut l'abolition. S'évader dans la citoyenneté octroyée par la mère patrie. Il est à noter que par un revirement assez extraordinaire, la France qui jouait le rôle de père, se métamorphose en mère ancestrale : l'Afrique ou l'Inde. Nous voilà donc sans père ! Ce glissement sémantique n'est pas innocent. Il atteste de l'absence d'une instance fondatrice de la loi ou alors de la présence d'un Père caché que nous avons du mal à identifier. Peut-être que le béké, le blanc-pays incarnent ce Père fantasmé et absent. Ce n'est là qu'une hypothèse.

Il me plaît aussi de faire remarquer que ce monde sans père est celui où existent des femmes-pères puisqu'il est bien connu que notre société repose en grande partie sur l'apport incommensurable des femmes qualifiées de fanm-nomm, de mal-fanm, de matador et j'en passe.

S'évader de l'inégalité par la soumission aux appareils idéologiques de l'État, l'école, l'église, etc, en jouant le jeu d'une assimilation perdue d'avance.

S'évader de l'assimilation par le recours à la négritude convulsive, compensatoire et protestataire.

S'évader de la négritude par la grande trouée de la créolité.

Et pendant tout ce temps, d'une certaine manière nous faisons du sur-place puisque la souffrance initiale et les souffrances dérivées n'ont jamais été guéries.

L'angoisse est là, l'alliance non scellée est là, la solitude est là, l'illégitimité est là, la non-reconnaissance folklorisante est là et l'absence de perspective viable est là. En fait, nous avons changé le décor mais nous n'avons pas changé la scène malgré les dorures d'une mondialisation dont nous ne sommes que le réceptacle passif.

Le moment est venu de se demander comment tout cela se manifeste, ou ne se manifeste pas dans notre culture et dans nos comportements.

Il me semble qu'il y a une absence de sacré ou si l'on préfère de sacralisation. Je n'emploie pas le terme dans son sens exclusivement religieux. Je l'emploie dans le sens d'une instance reconnue comme suprême à laquelle on accorde du respect parce qu'elle protège la communauté de toute souillure éventuelle en maintenant la légitimité de l'alliance.

En employant un raccourci brutal, je dirais qu'aux Antilles on ne respecte rien et parce qu'on ne respecte rien, on vénère tout dans une confusion des genres qui laisse pantois. Les notions de République et de démocratie sont constamment bafouées au profit des intérêts d'un moi hypertrophié et pré-macoutique. Cela se donne à voir dans la circulation routière, dans la gestion des grèves, dans les lieux où s'effectue un service public, dans la relation au bien public, etc. Comme si la chose publique souffrait d'une extra-territorialité non seulement physique mais psychique. Elle n'est pas mise à distance, elle est annulée par une violence qui ne répond à aucune agression directe mais qui exorcise un souffrir omniprésent. Une certaine propension à l'anarchie, à la destruction, nous incline à détruire la chose publique et à désrespecter l'ordre pour affirmer une puissance d'autant plus illusoire qu'elle ne repose que sur sa propre affirmation. Cela va de l'employé d'un service public qui refuse arbitrairement de vous donner un renseignement auquel vous avez droit, à un chauffeur qui obstrue la voie publique pour causer avec un ami, en passant par des manifestants qui abattent des arbres pour ériger un barrage.

Dans un pareil contexte la culture de la citoyenneté a du mal à émerger car elle est entravée par l'idée légitimante d'une dette non encore réglée. On ruse d'autant mieux avec les devoirs que l'on revendique haut et fort ses droits. On dénie d'autant plus l'autorité de la puissance publique qu'on réclame d'elle une infinie générosité. Ce n'est pas contradictoire quand on comprend qu'en réalité l'Antillais occulte la fonction paternelle pour privilégier la fonction maternelle des institutions. Il épouse le rôle de l'enfant maltraité qui exige réparation sans jamais prendre en charge sa part de responsabilité.

Cette culture de l'incivilité, malgré les dehors rassurants d'une hospitalité et d'une sentimentalité débordante, se répercute au sein de la famille dans les relations des enfants avec leurs parents. Nous sommes passés en quelques décennies d'une famille autoritaire, quasiment féodale, hantée par l'exemple du maître esclavagiste, à une famille laxiste, vécue par les enfants comme un pourvoyeur de prestations obligatoires d'ordre alimentaire, vestimentaire, financier, ludique et fantasmatique. Ce n'est plus la famille qui structure l'enfant mais l'enfant qui structure la famille autour de ses besoins et de ses désirs, en maître et seigneur arrogant et exigeant.

Dans un pays où l'image de l'ailleurs a tant d'importance, dans un pays où l'auto-dépréciation fait des ravages, la télévision règne en maître absolu et c'est elle qui modèle l'inconscient et la conscience de l'enfant.

Elle devient autorité paternelle par le moyen de l'injonction et de l'hypnose douceâtre. Elle n'a pas le pouvoir de châtier, mais en convertissant le plus grand

nombre en fidèles d'une secte, elle crée les conditions d'une exclusion qui constitue un châtement extrême.

Cette même logique aboutit, lorsque les parents et la société ne peuvent plus satisfaire les demandes, au développement d'une délinquance légitimée par le culte de l'avoir.

Ainsi du haut au bas de l'échelle sociale, une machine invisible mais active produit de la contestation, du dérèglement et de la violence. Les valeurs s'effondrent, les modèles deviennent inopérants, les repères se brouillent et la réalité se délite et finit par s'émietter en une infinité de microcosmes désirants et surtout morbides. Tribalisme, clanisme, corporatisme, gang renvoient avec force les échos d'un vide du sacré. Il n'y a pas de commandeur pour les édicter et pas de croyants pour les recevoir.

L'État, les élus, en continuant à dresser le rempart fragile d'un discours républicain ou d'un discours citoyen, se trompent de méthode ou de discours. C'est une foi qu'il faut insuffler et non une raison qu'il faut convaincre. Le pays ne déraisonne pas, il exprime, en termes de dysfonctionnements multiples, l'absence de corps sacralisables.

L'irréductible angoisse se donne les calmants qu'elle peut. La drogue, l'alcool, le sexe, la consommation, le paraître, la théâtralisation, la violence sont autant de paradis artificiels qui détournent l'esprit et l'orientent vers le divertissement au sens pascalien du terme. Il s'agit de fuir une réalité insécurisante quelle que soit la manière de l'aborder. Il est évident que toutes ces conduites de fuite se trouvent ailleurs et depuis la nuit des temps, mais ce qui doit retenir l'attention, c'est l'énorme proportion comparativement à la population concernée. Des records sont battus et ils déséquilibrent l'ensemble du corps social. On parle de plus en plus de phénomènes de société. Mais qu'est-ce qu'un phénomène de société sinon un symptôme collectif d'un mal dont la cause est indiscernable ou non élucidée ? Les phénomènes de société ne sont pas le résultat d'une génération spontanée. Ils sont une production, parfois imprévue, de la société concernée. Notre société antillaise produit des drogués, des alcooliques, des pères incestueux, des violeurs, des surendettés, des frimeurs, des délinquants, des exclus en trop grand nombre. Assez bizarrement elle ne produit pas beaucoup de suicidés. Comme si nous préférions déléguer à un autre agent que nous-mêmes l'acte et la responsabilité de mettre un terme à nos jours. Il est vrai que les vertus de notre culture orale, de notre facilité à communiquer, de notre capacité à théâtraliser viennent atténuer, ou différer, l'impact de notre désaccord avec le réel.

Cette culture laisse donc une large place à la morbidité comme contrepoids à la légèreté insoutenable de nos existences. Rituel de la Toussaint, avis d'obsèques, chaleur des veillées mortuaires, solennité et convivialité des enterrements témoignent à l'envie d'une pensée de la mort intimement présente dans notre culture. Depuis l'esclavage, le mort n'est pas tant celui qui nous manque que celui qui a cessé de souffrir.

Il procure une sorte d'apaisement collectif en décrétant de fait une trêve du quotidien.

Beaucoup de critiques ont d'ailleurs souligné l'importance de la mort dans nos œuvres littéraires : Delgrès, la Mulâtresse solitude, le Rebelle de Césaire, le Roi Christophe incarnent tous des personnages, historiques ou non, qui ont connu un destin tragique.

Dans son ouvrage "*Littérature et identité créole aux Antilles*", Mireille Rosello-Karhala, met l'accent sur ce fait dans une partie intitulée la mort du héros :

Et les chiens se taisaient : "*je veux mourir*".

Delgrès : "*la mort t'attire comme une femme désirée*" (L'isolé Soleil)

"*La racine de barbadine*" : le poison compassion Tituba Ti Jean l'Horizon : les délices du Royaume des Morts.

Sommes-nous condamnés comme le Rebelle à sculpter notre mort. Rien n'est moins sûr car, précisément, ce que nous devons comprendre c'est la capacité tonifiante du peuple antillais à pratiquer l'art de la survie à travers une série de stratégies plus efficaces les unes que les autres.

Il est toujours difficile de vouloir isoler les composantes d'un comportement global surtout dans un domaine aussi complexe que le vécu culturel. Toutefois on peut avancer, sans grands risques, un certain nombre de traits du caractère collectif :

- la dérision et l'autodérision
- l'égalitarisme forcé
- la pratique du détour
- la procuration ou la délégation symbolique
- la nécessaire synthèse et le syncrétisme résolutoire

La dérision installe une distance entre le sujet et la réalité en neutralisant, plus ou moins, l'impact négatif de celle-ci. Elle ôte au monde son poids de sérieux et relativise ainsi le caractère irréversible ou figé des situations qu'il nous est donné de vivre. Il m'est arrivé de penser que le conte créole a exprimé une forme d'insolence de l'esclave face au maître par le biais du renversement symbolique

du rapport de force. De même la dérision et surtout l'autodérision introduisent un soupçon, un doute sur la légitimité de l'ordre des choses. En ramenant le destin au niveau de la farce on lui ôte sa transcendance et on affirme haut et fort son arbitraire, c'est-à-dire son manque de justification. Le carnaval pourrait être décodé comme le point culminant d'une pareille posture idéologique.

L'égalitarisme forcené, en ramenant tout le monde au même niveau, en refusant toute hiérarchisation, laisse ouverts les possibles de l'avenir. Il contredit le discours colonial qui postulait l'existence d'une élite assimilable et souvent assimilée à côté d'une masse à la fois méprisée et rejetée. *Tout moun sé moun*, dit l'Antillais avec d'autant plus de force qu'il a dû conquérir son droit à l'humanité. Cette conviction lui donne une assurance, une force intérieure qui soutiennent son combat pour la promotion sociale.

Une des modalités de ce combat c'est la procuration ou la délégation symbolique. Cela signifie que l'on va transférer à l'enfant la mission de réussir pour ses parents. Cela signifie également qu'un certain nombre d'individus seront littéralement investis de la mission de livrer bataille au nom de tous. Cela signifie enfin que très souvent le projet, c'est la progéniture avec tout ce que cela peut comporter de fragilité et d'incertitude. La réussite escomptée est toujours méditée lorsqu'elle ne s'effectue pas, la faute incombe au délégué et non au délégataire.

De fait, l'Antillais est contraint de contourner l'obstacle d'une inadéquation entre sa culture et l'organisation voulue par l'État en ayant recours à ce qu'Édouard Glissant a désigné comme la pratique du détour.

Pour comprendre cela, il faut en revenir à la plantation comme matrice de la culture créole. En effet, c'est dans l'univers clos de la plantation que se sont forgés les grands traits de cette culture rurale, métissée et populaire. Or très vite la petite bourgeoise antillaise, va le rejeter, aidée en cela par l'État, en y voyant le signe obsédant d'une origine honteuse. Deux paradigmes affectent la plantation. D'une part l'esclavage, d'autre part l'Afrique refoulée et sourdement haïe comme une mère indigne, elle a vendu ses enfants. Il a fallu inventer constamment des modes d'expression collective, les préserver avec foi et créer, dans la suspicion, les voies et moyens de transmission. Ce fut donc une culture souffrante et une culture soufferte parce que le rapport à soi et le rapport à l'autre sont totalement faussés.

Le rapport à soi comporte une large part de haine de soi du fait de l'intériorisation de nombreux préjugés coloniaux concernant notamment la couleur noire et ses connotations d'infériorité, de primitivisme et même de barbarie. Il est aussi miné par la micro-insularité qui, dans notre cas, implique un statut de périphéricité avec tout ce que cela comporte de référence malsaine à un centre qualifié de

métropole. Cette situation induit la nécessité humiliante d'avoir toujours à prouver l'égalité de son humanité et celle de sa francité. Étant à la fois soi-même et l'Autre, du fait de l'histoire et de l'éducation, face à un autre qui ne veut pas ou qui ne sait pas être aussi soi, le métropolitain, la France abstraite et idéale, l'Antillais se retrouve toujours en porte-à-faux dans sa relation à lui-même. Il se voit constamment obligé d'opérer un forçage culturel dans un sens ou dans un autre. Il préfère l'opéra au gwoka, le steak frites au court-bouillon de poisson, la langue française à la langue créole et vice-versa. Situation limitante qui l'emprisonne dans une identité élue toujours peu assurée de ses fondements. Il vit, il se vit et il est vécu sous le mode de l'inauthentique ou du faussaire qu'il se veuille africain négritude, européen assimilation, caribéen ou américain. C'est peut-être ce qu'exprime, entre autre, le poème d'Aimé Césaire : Calendrier lagunaire (in *Moi, laminaire...* Éditions du seuil).

*“ J’habite une blessure sacrée
j’habite des ancêtres imaginaires
j’habite un long silence
j’habite une soif irrémédiable
j’habite un voyage de mille ans
j’habite une guerre de trois cents ans
j’habite un culte désaffecté
entre bulbe et caïeu j’habite l’espace inexploité
j’habite du basalte non une coulée
mais de la lave le mascaret
qui remonte la valleuse à toute allure
et brûle toutes les mosquées
je m’accommode de mon mieux de cet avatar
d’une version du paradis absurdement ratée
c’est bien pire qu’en enfer
j’habite de temps en temps une de mes plaies
chaque minute je change d’appartement
et toute paix m’effraie ”
(...)*

Cette relation à soi est bien sûr tributaire de la relation à l'Autre. Le cas de l'Africain est déjà réglé puisqu'il se trouve aspiré dans la mauvaise relation à soi. Reste le cas du Français : le Français est celui qui projette une toute-puissance politique, économique, culturelle à laquelle, à de rares exceptions, nous ne parti-

cipons pas. Le lien est celui d'une dépendance, d'une appartenance magnifiée et refusée dans un même élan. Dans un mouvement de balancier, l'intégration est réclamée avec un patriotisme fervent et la différence est exaltée avec un nationalisme encore balbutiant. Tout cela est d'autant plus ambigu que la France a toujours eu du mal à gérer ses diversités et à sortir d'une perception coloniale des Antilles. La mythification de l'insularité, sa vocation économique de destination touristique, son absence de visibilité dans le développement de la nation pérennisent et renforcent les clichés exotiques liés à l'altérité. Le statut de terres françaises accroît chez le métropolitain le sentiment d'une identité commune mais hiérarchisée. Il en résulte un phénomène de provincialisation avec tout ce que ce terme comporte de minimisation. Nos créations culturelles sont cataloguées de folkloriques. Notre langue créole est un jargon. Les mots "épicé", "baroque" collent à nos œuvres littéraires. Notre participation aux élections nationales n'est souvent pas prise en compte puisque les résultats sont proclamés alors que nous votons encore. Notre émigration, au lieu d'être considérée comme un enrichissement est vécue comme un mal nécessaire. Les seuls créneaux qui nous sont reconnus concernent la musique et le sport. Tout cela, bien sûr, opacifie la relation et engendre bien des incompréhensions.

Comment puis-je admettre que l'on me désigne comme homme de couleur ? Le blanc n'est-il pas aussi une couleur ? Tout problème revient à pouvoir vivre avec soi et avec les autres, à combiner identité et citoyenneté, à dépoussiérer la notion d'universalité de son impérialisme européocentrique, à ne pas substantialiser la différence.

C'est ce que tente depuis une décennie le mouvement dit de la créolité, dérivé de la pensée d'Édouard Glissant.

Il propose d'adhérer au credo d'une identité mosaïque résultant des apports du métissage culturel afin de réconcilier l'autre et le soi dans une dynamique créatrice d'équilibre. Au passage, il légitime notre présence au monde non pas en s'appuyant sur d'ataviques antériorités mais en assumant le processus de la créolisation comme valeur pour nous et pour les autres. Tous les autres !

Cela suppose l'abolition des notions de centre et de périphérie, de hiérarchisation des cultures, de fixité des différences et la conscience des relations non univoques et non mythifiantes.

A cette condition, la culture antillaise, en tant que synthèse des synthèses, que syncrétisme des imaginaires quittera la sphère de l'écartement douloureux et invalidant pour prendre sa place singulière dans la totalité du monde. ■

LA FORCE DE LA MAGIE

Aimé-Charles-Nicolas*

Je suis très heureux d'être ici à la fois comme hôte et comme frère de l'île sœur, et je veux vous dire le grand plaisir que j'ai à vous y accueillir parce que d'une part, j'ai retrouvé, huit ans après, des amis inchangés et c'est quand même très agréable ; et parce que je suis très honoré de pouvoir dire quelques mots de " la force de la magie ".

Nous sommes aux Antilles dans le royaume de la magie et je voudrais dire que nous avons toujours été ici, comme dirait Aimé Césaire, d'assez consciencieux sorciers. Aimé Césaire, le poète aux verbes magiques, nous introduit ainsi dans les arcanes obscurs de l'inexplicable. Il nous fait cette confiance pudique probablement comme une paradoxale fierté, comme une volonté de conférer un statut à ce fond immémorial, à ce fond irrationnel, à ce savoir secret qui a aidé les sociétés antillaises à survivre. Fond immémorial, instinct de conservation, la magie est également technique et instrument de l'existence culturelle. Elle est technique, elle est art. Elle confère au détenteur du pouvoir magique un droit à la transgression. Mais, dans ce marché trouble de magiciens et de clients, la loi de l'offre et de la demande ne joue pas le jeu. Ici la demande fait la loi. De nombreux travaux, depuis ceux du Liban en 1967, ont montré l'augmentation des pratiques magiques des sociétés industrielles et l'augmentation du nombre de voyantes, de marabouts, de mages et de devins dans les citadelles de la technique avancée.

Ce ne sont ni le chômage, ni l'échec scolaire qui sont à l'origine de cette augmentation mais le besoin de magie : le client crée la voyance. Ce n'est pas notre

* Professeur de Psychiatrie, Chef de Service de psychiatrie adulte, Service Hospitalo-Universitaire de psychologie Médicale et de Psychiatrie, Fort-de-France, Martinique, France.

ancien Président de la République qui me contredirait. Il n'est pas question de réfuter sommairement l'évidence que les progrès de l'industrialisation entraînent une critique des croyances magiques. Il convient simplement de souligner la complexité de ces rapports enrichis par l'existence du charlatanisme, mais aussi de situations fragilisantes favorisant la crédulité. Ainsi le client se situe d'emblée dans l'attente, dans le registre symbolique, là où les signifiants manquent, où les états informulés, les vécus inintelligibles ont engendré la souffrance.

C'est lui, le client, qui est au centre de notre monde magique créole, de notre nuit transfigurée par les zombies, les dorlis, les engagés, les diablesses, les mamandlos et les soucougnants. C'est lui qui crée cet effet à l'aune du mystère qui entoure le magicien, c'est lui qui colporte les récits sulfureux sur les pratiques transgressives des cagouaseurs. Paradoxalement, devant le psychiatre, le discours du patient devient allusif, très réticent à propos de sa visite au cagouaseur. Alors la curiosité du clinicien s'aiguise : qui donc est ce cagouaseur ? Mais notre clinicien est-il prêt à descendre des hauteurs de la pensée scientifique occidentale, "vainqueur et naïf" dit Césaire, pour s'enfoncer dans les tréfonds de l'irrationnel avec ceux qui n'ont inventé ni la poudre, ni la boussole mais qui s'abandonnent à l'essence de toutes choses, ignorant les saisies en le profond mouvement des choses. J'ai cité Aimé Césaire.

Mais peut-on être vraiment ignorant du signe du diable ? Peut-on appartenir à deux univers ? Car, comme le dit Lévi-Strauss, la pensée magique n'est pas un début, une ébauche, la partie d'un tout non encore réalisé, c'est un système qui est bien articulé, complet comme la science, aussi achevé et cohérent dans son immatérialité.

Il y a forcément un biais dans notre approche, sauf à basculer dans un authentique vécu expérientiel. On devient cagouaseur par vocation spontanée après un rêve, après des visions, par transmission héréditaire d'un don ou encore par décision personnelle, mais quel qu'ait été le mode d'élection du cagouaseur, il n'est reconnu comme tel qu'à la double condition suivante :

- d'une part, qu'il ait connu une implication vécue, une expérience de rêve, de vision, de transgression d'un interdit,
- d'autre part qu'il ait acquis un art des techniques magiques, une connaissance des plantes, des noms et fonctions des esprits, du langage secret des esprits, des prières spéciales aux saints.

Le cagouaseur est tout autant savant que transgresseur. Il ne dissipe les bruits de violation de tabous qui courent sur lui, au contraire. Il ne se prive pas de relations sexuelles imposées aux femmes qui consultent, qu'elles soient mariées ou très

jeunes. Le cagouasseur n'a pas à être bienveillant mais inquiétant : *Ils me haïssent pourvu qu'ils me craignent*. Il a l'autorité sur les choses. La familiarité avec les personnages du monde surnaturel fait qu'il dégage aussi l'odeur de soufre de ceux qui se sont élancés dans le voyage de la folie. Et c'est sur ce voyage de la folie, sur cet acte éminemment transgressif que le pouvoir magique se fonde. La force du cagouasseur réside dans la position scandaleuse qu'il occupe entre Dieu, le diable et les hommes. Il est craint, à la fois admiré et haï, adoré et méprisé. La transgression lui donne le pouvoir, mais la culpabilité inconsciente, provoquée chez lui par la transgression, est conjurée par les inconvénients majeurs de cette position scandaleuse. Il est assimilé aux forces obscures qu'il interpelle et en même temps, il craint lui-même d'être persécuté tant par des êtres surnaturels que par des personnes. Il s'impose des rites "enduratoires", des obligations liturgiques. Dans *Totem et Tabou*, il y a aussi "un rien d'une illusion". Freud montre que la magie, comme le rêve, est un fonctionnement psychique primaire.

La notion centrale autour de laquelle le processus magique s'organise est la toute-puissance. Erikson ne dit pas autre chose lorsqu'il nous explique que l'enfant qui a faim est convaincu que le sein va revenir ; mais s'il ne revient pas, le bébé s'impatiente et sa colère, fondée sur un sentiment de toute-puissance, détruit le sein avec des pensées magiques ; en d'autres termes, il lui jette un cagoua. La force du cagoua dépend de l'autorité charismatique du cagouasseur, de l'adéquation symbolique de son discours, autrement dit de son habileté à manier les dynamiques inconscientes de la croyance et du transfert. La force du cagouasseur tient à ce qu'il ose créer un langage symbolique qui mobilise l'inconscient du client. Il utilise les processus primaires de celui-ci pour entrer en résonance avec lui à travers des mécanismes inconscients de déplacements et de condensations. Grâce aux verbes qui le transportent, le patient va retrouver une nouvelle mémoire, grâce à l'interprétation du cagouasseur, le client récupère une identité originelle brouillée par les outrages du refoulement, de la dépression ou de la psychose.

Après cette amélioration incontestable, qui dure ce que durent les rémissions, le client redevient un patient. C'est, le plus souvent, ravagé par une nouvelle rechute qu'il accepte de consulter le psychiatre pour la première fois. Et le psychiatre, tenté l'instant d'un éclair par la manifestation du triomphe, redevient vite un technicien de la folie ordinaire. Il laisse prudemment le champ de l'extraordinaire au praticien des esprits. Cependant le client du cagouasseur ne devient pas forcément patient du psychiatre. Toute croyance peut paraître délirante dès lors que l'on en ignore les fondements culturels. Des millions d'hommes croient à la résurrection du Christ, sans que cela inquiète les psychiatres. Merci de votre attention. ■

Résumé

Accompagné d'Aimé Césaire, l'auteur nous raconte comment la magie répond à un fond immémorial, à un besoin d'irrationnel et de croyance et nous livre quelques clés de la pratique des caguouaseurs.

Mots-clés

Magie, instrument culturel, art et technique, transgression et pouvoir, inconscient.



Aimé Charles-Nicolas

Dany Joseph DUCOSSON

MIGRATION, ARRACHEMENTS CHEZ LES ENFANTS DE LA CARAÏBE

Dany Ducosson*

Je voudrais vous parler des problèmes posés par les arrachements et les émigrations d'enfants dans la Caraïbe.

L'exil et l'arrachement des enfants vivant entre la Caraïbe et l'Europe sont des violences évidentes dont on parle souvent.

Au niveau de la Caraïbe elle-même, la circulation des enfants entre Haïti, la Dominique et la Guadeloupe est extrêmement banalisée : la plupart du temps, les gens disent migrer pour des raisons économiques, mais nous savons bien que la migration des familles ne tient pas aux seules raisons économiques. Les familles peuvent partir pour fuir des conflits familiaux importants ou des malédictions intergénérationnelles... Mettre de l'eau, de la distance, peut permettre de penser qu'on va rompre la chaîne des malédictions.

Il y a deux grands types de situations : les enfants qui sont déplacés restent dans le pays d'origine de leur famille, avec la famille de la mère la plupart du temps, soit en Haïti, soit en Dominique, et les parents viennent en Guadeloupe. Ou alors c'est l'inverse, on envoie un enfant rejoindre ses parents qui ont émigré pour différentes raisons.

La souffrance de ces enfants est terriblement banalisée dans les équipes soignantes guadeloupéennes. Elle est rarement prise en compte dans la mesure où nous partageons communément, même en étant soignants, le fait que dans l'aire caribéenne, la souffrance des enfants est oubliée. Leur déplacement est d'autant plus banalisé que les structures familiales sont équivalentes. Les enfants

* Psychiatre, Praticien Hospitalier, Chef de Service de Pédo-Psychiatrie, Centre Hospitalo-Universitaire, Pointe à Pitre, Guadeloupe, France.

qui viennent en Guadeloupe sont issus de familles qui ont à peu près le même fonctionnement que les familles guadeloupéennes : une certaine prévalence du foyer maternel, une grande importance de la mère, et des soi-disant pères-absents mais qui ne le sont pas tant que ça. Jacques André dit qu'ils sont absents par les services sociaux, par l'idéologie du fonctionnement familial et qu'ils sont en réalité présents, tout au moins sur le plan symbolique, dans le discours des mères et également grâce à tout le système traditionnel des esprits, de la circulation des esprits et " des cieux ", de la transmission que ces populations établissent entre les vivants et les ancêtres morts. Les enfants qui viennent de Dominique ou d'Haïti n'interpellent pas au premier abord les soignants guadeloupéens : quand ils parlent de leur histoire familiale, on a l'impression qu'il est question de la même chose. On n'y prête pas attention. On insistera sur les difficultés scolaires qui en découlent, mais absolument pas sur les souffrances psychiques qui sont en jeu.

De plus, nombre de familles migrant au niveau de la Caraïbe, surtout d'Haïti et de Dominique, ont à cœur, pour fuir les difficultés familiales psychiques, de trouver un autre système de liaison que celui des esprits traditionnels qui régule les relations entre les morts et les vivants et entre les vivants également. Ils éprouvent le besoin de rompre avec ces histoires en adhérant de manière massive à des sectes, en particulier protestantes. Des sectes " guérisseuses " ou qui ont des projets de guérison.

Les enfants migrants se retrouvent bouleversés et sont vus au plan de l'insertion sociale, de la scolarisation, de la vie routinière, mais pas au niveau de la souffrance. Je voudrais vous parler de deux enfants que j'ai rencontrés en tant que praticien hospitalier du secteur public (C.M.P. et pédiatrie). Dans ce cadre-là, les enfants viennent en général de familles très défavorisées qui n'ont pas les moyens de se payer des psychologues. Ces deux enfants illustrent à mon avis deux types de situations :

- Quand les enfants ont été arrachés très précocement à leur mère sans qu'il y ait eu toutes les interactions primaires pour les constituer en tant que sujets, ils développent des processus d'inhibition intellectuelle, d'inhibition de la pensée, on a l'impression qu'il y a une espèce de glaciation terrible de la pensée, parce que c'est leur seul moyen de défense.

- Quand ils ont connu des relations avec la mère, ils sont beaucoup mieux constitués psychiquement et développent des états dépressifs. Le problème, c'est que très souvent ces états dépressifs s'expriment par des états d'agitation, d'hypomanie. Encore plus tard, des passages à l'acte délictueux expriment toutes les forces de déliaison qui ont été en jeu et l'on passe à côté de la dépression.

Ces deux histoires ne sont pas exceptionnelles, elles sont banales et ordinaires.

- Willy est un petit garçon que j'ai rencontré à l'âge de huit ans. C'est un gamin très intelligent, il a un vocabulaire extrêmement riche. Comment peut-on être haïtien et parler si bien le français ? Il est venu en pédiatrie se faire hospitaliser en disant : *“ je suis venu parce que je suis victime de la maltraitance de la marâtre ”* (c'est la femme de son père). Au cours de cette hospitalisation pour coups et blessures, il devient très agité, il est épouvantable, il agace tout le monde. On découvre qu'il est VIH positif. Puis on apprend toute son histoire : il a vécu les premières années de sa vie en Guadeloupe avec une mère qui ne se savait pas malade et qui, sentant ses forces faiblir, avait fait un voyage en Haïti, probablement pour aller voir un Gand ; l'explication sorcellaire concernant le VIH est répandue au plan des étiologies traditionnelles. Elle avait fait ce voyage avec son fils Willy et son mari, qui n'était pas le père de Willy. Ils étaient restés un certain temps en Haïti et Willy était revenu en Guadeloupe avec celui-ci. Il avait appris au bout d'un certain temps que sa mère était morte en Haïti, sans avoir pu le revoir. Le petit garçon était d'abord allé chez son beau-père et, à la mort de la mère, ce monsieur avait dit qu'il ne pouvait pas s'occuper de cet enfant qui n'était pas le sien. Il l'avait remis à un autre monsieur dont Willy portait le nom. Les conflits s'étaient multipliés avec ce dernier et plus encore avec sa femme. Willy faisait des fugues, n'allait plus à l'école. Au cours de son errance, il avait rencontré son père géniteur. Sa mère l'avait désigné comme père avant qu'il ne parte, et lui avait révélé ce secret que celui dont il portait le nom n'était pas son père. Donc cet enfant s'était retrouvé dans une course éperdue, à provoquer sans arrêt les femmes de ses pères successifs, dans une dépression terrible ; mais les troubles du comportement étaient tellement importants qu'au niveau de la vie sociale, des services sociaux, de la manière dont il était considéré, cet aspect était complètement oublié. Je n'ai pas le temps de m'étendre plus mais on pourra discuter de cette histoire qui éclaire un peu la prévalence maternelle et la position des pères.
- L'autre histoire est celle d'une petite fille que je rencontre alors qu'elle est beaucoup plus âgée, elle a douze ans. Elle est amenée par sa tante au CMP, pour difficultés scolaires. Elle dit : *“ Moi quand je réfléchis, quand j'ai besoin de faire un effort intellectuel, il y a comme une lumière, une lueur qui passe devant mes yeux, et puis toute ma pensée s'en va, je ne peux plus rien faire, je suis sans pensée ”*. La tante amène cette fille de douze ans parce que les difficultés scolaires se sont brusquement accompagnées de troubles du comportement ;

elle vient d'être pubère et entre dans une dynamique d'opposition avec elle. Elle l'amène donc à ce moment-là, mais quand on reprend l'histoire d'Alexa, on s'aperçoit que ses difficultés scolaires datent de son entrée à l'école. Elle arrive à dire : *“ J'ai un éclair devant les yeux et ma pensée fout le camp ”*. La pensée était partie depuis bien longtemps. Quand on reprend son histoire, on s'aperçoit que cette petite fille vivait avec sa mère en réserve Caraïbe en Dominique. Il y a encore quelques indigènes, des « sauvages » issus de la population originaire (qui a été massacrée à l'exception d'un très petit nombre d'entre eux, vivant dans cette réserve). Ils sont donc caraïbes et complètement différents des populations au plan de la tête, des apparences physiques, des noirs et des blancs. Les gens ont un certain mépris par rapport à ces caraïbes. Aujourd'hui, un mouvement identitaire se développe, les minorités méprisées ont à cœur de faire valoir leur identité, mais d'une manière générale, les caraïbes ne sont pas bien vus. Cette enfant a vécu en réserve caraïbe avec sa mère jusqu'à l'âge de dix mois. Elle était allaitée par sa mère, qui vivait dans des conditions matérielles difficiles. À cette époque, une sœur de la mère habitant la Guadeloupe, apprend que cette petite fille est molle comme un chiffon (elle me dira d'ailleurs que c'était une enfant flexible). Comme elle est en Guadeloupe depuis longtemps, que ses enfants sont devenus grands, sont partis faire des études, elle a besoin d'avoir un enfant avec elle. Elle paye alors un billet pour que sa sœur lui envoie ce bébé. C'est ainsi qu'on a mis Alexa dans un avion pour la Guadeloupe. Quand la tante me raconte ça, lors du premier entretien, Alexa dit : *“ l'avion a failli s'écraser pendant le voyage ”*. Pendant son enfance, avant d'avoir des troubles du comportement, elle était passive. En créole il y a une expression qui dit : *“ chien maré c'est pour l'achever ”*. C'est-à-dire : *“ une fois qu'un chien est attaché, c'est pour qu'il reçoive des pierres ”*. Cette petite fille m'a raconté son conflit par rapport à sa tante en renouant avec toute une explication sorcellaire. Sans parler directement de sa tante, elle l'accusait par le biais des histoires d'esprits, d'avoir suffisamment de pouvoirs pour l'avoir prise, pour nuire à sa mère. *“ Cette femme avait tellement de pouvoirs qu'un jour, alors qu'elle avait un problème avec un enfant à l'école, elle avait menacé l'enfant et il avait eu une crise cardiaque le lendemain ”*.

En conclusion, les enfants qui migrent très jeunes développent des pensées sur la force du pôle maternel, sur la force des esprits, ce qui nous éclaire de manière intéressante sur les enjeux des relations psychiques dans cette aire Caraïbe. ■

LA SITUATION TRANSCULTURELLE : QUELQUES RÉFLEXIONS À PARTIR D'INTERVENTIONS AUPRÈS D'ENFANTS AUTISTES AU SÉNÉGAL.

G. Bronsard *

Pathologie psychiatrique championne de la controverse et des guerres d'écoles, des pathogénies multiples et contradictoires, des refontes nosographiques, vigoureux cheval de bataille du comportementalisme éducatif et grande réserve pour le lyrisme psychanalytique, l'autisme infantile est bien capable de supporter un ballotement de plus, une mise en question supplémentaire... il y a peu de risque à l'exposer aux secousses du voyage, même en Afrique Noire, à lui proposer un bain dans le magique et le mystérieux.

L'autisme est bien armé pour mobiliser. Il s'agit d'une pathologie du petit enfant, attaquant sèchement son humanité en son noyau, la communication orale, et qui présente un pronostic grave, figé par une réponse thérapeutique souvent incomplète. Le pouvoir mobilisateur de cette pathologie est renforcé par un espoir sans cesse renouvelé, adapté aux réalités de découvertes et de progrès consistants, tant du côté des sciences fondamentales que des questionnements d'ordre psychologique ou social.

En partant pour le Sénégal nous ne pouvions pas être certain de rencontrer des autistes ressemblant à ceux que nous avons suivis en France. Très peu d'études de prévalence concernent les pays d'Afrique sub-saharienne, et les descriptions syndromiques y sont rares. Par contre, le langage étant l'un des rares invariants humains indiscutables (il " fait " l'humanité), nous étions certains que si des

* Service du professeur Ruffo, Marseille.

enfants “ refusant ou ne pouvant s’humaniser ” existaient, nous trouverions une somme importante de discours et de représentations culturelles les concernant ; peut-être même rencontrerait-on un système spécifique de diagnostic et de soins traditionnels ?

La rencontre clinique d’autistes au Sénégal nous a amené à tenter de définir la “ situation transculturelle ” mais surtout à prendre position dans notre pratique par rapport à ce concept.

Chaque culture produit des savoirs et des croyances qui construisent les représentations mentales donnant sens au monde, organisant la pensée et déterminant les conduites sociales. Au sein d’une même culture, les individus partagent un volume important de représentations considérées alors comme collectives. Les systèmes de représentations mentales sont ici implicites et congruents, ils peuvent organiser, malgré les différences inter-individuelles, une relation apparemment “ naturelle ”, où communiquer “ va de soi ” : même si c’est conflictuel, c’est compréhensible. Plus simplement, chacun connaît (et en partie *croit* connaître, mais les effets inter-relationnels sont identiques) suffisamment l’autre pour imaginer sa pensée et en reconnaître une partie importante comme sienne. On peut dire encore que les implicites culturels avec lesquels chacun pense sont partagés par chacun ; ils ne sont pas gênants.

Par opposition, la différence culturelle entre deux individus qui se rencontrent peut faire qu’il y ait peu de représentations et de savoirs communs implicitement admis. Les évidences croisées et partagées par l’un et l’autre disparaissent. Il existe alors une méconnaissance relative de la façon de penser de l’autre et des thèmes auxquels sa pensée à recours. Les systèmes de représentation du monde de chacun ne sont plus congruents ; ils n’ont pas d’espace de rencontre prédéterminé et spontané.

En pratique et en particulier dans le cadre clinique, la situation transculturelle se définit par la rencontre d’au moins deux personnes (ici un soignant et un soigné) issus chacun de cultures *suffisamment* différentes pour que les liens entre les mondes de chacun ne soient pas immédiatement en place et opérationnels spontanément.

De façon pratique, quand faut-il utiliser la perspective transculturelle et ses outils spécifiques ?

Il faut que la différence existe et soit reconnue comme telle par les deux protagonistes. Chacun doit plus ou moins considérer consciemment que l’autre “ ne sait pas comme soi ”, ou “ sait différemment de lui ”.

Les fréquents et regrettables quiproquos culturels entre deux individus surgissent quand l'un des deux au moins (en particulier le soignant) ne voit pas (ou refuse de voir) la situation telle qu'elle est, ce qui empêche la démarche de reconnaissance mutuelle des différences de se réaliser.

Le caractère transculturel d'une relation garde l'empreinte de la subjectivité et de l'approximation, en raison même de ce qu'est la culture et du flou des limites qui permettrait de repérer et de différencier clairement une culture d'une autre (1). Les cultures étant en mouvement perpétuel, toujours soumises au processus d'acculturation, entre autre par contact plus ou moins direct et non organisé de ses membres, il est peu pertinent de chercher des critères différenciateurs objectifs, fixes et simples, c'est-à-dire toujours vrais et utilisables. Les différences culturelles ne font aucun doute, mais l'on ne peut escompter en établir une échelle objective. Un tel outil aurait été fort utile et rassurant puisqu'il nous aurait permis de connaître avec précision l'existence ou non " d'une situation transculturelle type ", de déterminer le " score de transculturalité des personnes selon leurs origines ", de savoir de façon générale et théorique si telle ou telle origine culturelle nécessite ou non de recourir à une démarche transculturelle.

Certains sont tentés de résoudre cet irréductible manque de clarté.. Plus ou moins consciemment paniqués par le risque de stigmatisation que représenterait une " liste " empirique et subjective des origines au regard desquelles une pratique transculturelle serait souhaitable, ils veulent étendre le concept à toutes les rencontres.

Le raisonnement est le suivant : en considérant que le concept théorique de culture ne concerne pas uniquement les ethnies lointaines, mais que l'on peut décrire des cultures locales au sein d'un même pays, qu'il existe des cultures régionales, de villes, de quartier (culture des banlieues par exemple), et même professionnelles (elles sont parfois nommées micro-cultures), alors il n'est pas juste de réserver " l'approche transculturelle " à certains et pas à d'autres. Le rouleau compresseur de l'Altérité officie : tout autre est autre de la même façon. La différence culturelle est partout et tout le temps, elle constitue un accessoire de l'altérité ; elle ne veut plus rien dire. Le problème disparaît par dilution.

Cette théorisation profondément relativiste a paradoxalement des conséquences totalement universalistes et homogénéisantes : tout le monde est " différent pareil " ! D'un point de vue strictement théorique et abstrait ce raisonnement est recevable, ce qui ne le rend pas pour autant excitant. D'un point de vue pratique et concret, il est inepte qu'un psychiatre ait recours à l'approche transculturelle et à ses outils pour mieux traiter un patient sous prétexte qu'il vient d'un autre quartier que le sien.

Pour autant, c'est bien dans le cadre pratique et concret que la réflexion transculturelle trouve tout son intérêt : elle permet d'améliorer les prises en charge en cas d'échec dû à " l'incongruence culturelle " entre le système de soins, les soignants et les soignés.

Il ne suffit donc pas d'appartenir à un groupe culturel particulier pour que sa pathologie soit " culturalisée ". De même qu'il ne suffit pas d'avoir un inconscient et des fantasmes névrotiques pour avoir recours à un psychiatre.

La dimension transculturelle ne doit être prise en considération que pour certaines origines culturelles (non définitivement fixées) et lorsque les deux parties le souhaitent.

Nous signalons les différentes nationalités ou origines ethniques qui ont donné lieu à des suivis dans les centres français d'ethnopsychiatrie et de psychiatrie transculturelle du migrant au cours des dernières années, en prenant comme exemple la consultation du Dr Cao, avec lequel nous avons travaillé. Elle a été organisée à Marseille et a reçu pendant quatre ans près d'un millier de familles. Celles-ci étaient adressées parfois par des psychiatres privés ou publics, souvent par des travailleurs sociaux ou par des écoles qui, après avoir repéré une difficulté chez un enfant, avaient plus ou moins échoué par le moyen des " techniques traditionnelles ". Ces familles étaient d'origine comoréennes, maghrébines, africaines de l'Ouest et asiatiques du Sud-Est (2). L'origine culturelle des patients concernés était, d'une certaine manière, circonstancielle en lieu et en temps.

Quelques caractéristiques générales de ces consultants semblent constituer, selon notre expérience, un bon signe pour solliciter une consultation spécialisée :

- Les cultures d'origine sont volontiers non-occidentales ou peu " occidentalisées " et souvent la langue maternelle des patients appartient à celles-ci.
- Les enfants de migrants sont une population particulièrement indiquée puisqu'ils sont soumis à l'acculturation française et exposés à des incongruences culturelles entre le " dedans " (la famille) et le " dehors ".

À Dakar la situation est différente puisque le migrant y est le clinicien et non le patient. La rencontre clinique s'est effectuée dans le service de pédopsychiatrie du Pr. Birama Seck du CHU de Fann, le seul du pays et l'un des rares en Afrique de l'Ouest. Ce service possède un hôpital de jour qui fonctionne globalement selon le modèle que nous connaissons. Cette relative similarité est très précieuse car elle permet au clinicien étranger un dépaysement progressif et non-violent. L'exotisme et ses remises en question irrésistibles, presque angoissantes, arrivent ainsi de façon tamisée, par doux saupoudrage. Ceci les rend acceptables,

presque “ naturellement ” assimilables. L'idée de l'altérité culturelle se construit progressivement, par vécu et non par spéculation intellectuelle. Les lancinants et circulaires questionnements à propos de l'universalité de la pensée humaine, de la part de l'inné et de l'acquis dans le développement psychique, auxquels renvoient d'emblée les fondements théoriques de l'approche transculturelle, s'évanouissent passivement, nous libèrent. Cette remarque fait écho à la démarche ethnologique, qui a construit sa méthode de façon empirique au début du siècle. Pour essayer de comprendre un fonctionnement social a priori éloigné du sien, il faut le voir ou plutôt le vivre un peu, comme l'indique la locution méthodologique “ observation participante ”.

Dans un deuxième temps, il est possible de prendre un certain recul et d'analyser le matériel.

Pour nous, la première expérience est la rencontre avec les enfants autistes et leurs familles dans le service. Par réflexe de “ survie ”, la position prise dans ce premier temps est celle d'agir et de penser “ comme si on était chez soi ”, à la différence de paysage près, qui est en fait la seule que l'on connaît. Les enfants et leurs troubles sont évalués et suivis selon nos paradigmes appris et pratiqués en occident (trop facilement réputés universaux). Cette première étape est une étape d'attente de la rencontre de “ l'autre culturel ”. Une fois rassuré par la relative capacité d'action de ces principes et par leur relative solidité, on peut libérer les sentiments d'incomplétude et d'insuffisance de la démarche.

Nous touchons le premier risque de la clinique en milieu “ exotique ”. Les nosographies et les modèles explicatifs avec lesquels nous sommes arrivés étant partiellement utilisables, pourquoi ne pas s'en tenir là ? Dans certains cas le suivi et le traitement médical “ classiques ” ont une efficacité rapide et totale sur la pathologie. On peut alors considérer que la dimension culturelle de la maladie peut être négligée sans que cela gêne l'efficacité du soin. Le processus culturel qu'elle entraînera sera par contre nécessairement résolu sans nous (3). Par contre plus la maladie est chronique, grave, peu curable et plus cette négligence empêchera de soigner. L'autisme infantile réunit non seulement tous ces caractères, mais, nous y avons déjà insisté, frappe la parole de l'enfant et organise des comportements bizarres. Cette somme de troubles est un puissant inducteur d'interrogations, d'angoisses, de fantasmes et de culpabilité en particulier chez les parents. Ceux-ci trouveront leur armature, le sens qui leur est nécessaire, dans les représentations culturelles. Et l'on aura les plus grandes difficultés à réaliser un suivi familial de qualité, facteur important du pronostic mais aussi éventuelles psychothérapies individuelles ou non, si l'on ne cherche pas à comprendre comment ces personnes pensent et vivent cette pathologie.

Il faut alors partir à la rencontre de ces savoirs que nous n'avons pas. En partie de façon passive, par imbibition au quotidien en ouvrant simplement les yeux autour de soi. Les collaborateurs locaux peuvent être une excellente voie de pénétration. Cela a été en tout cas notre expérience. La plupart connaissent avec finesse notre culture en général et médicale en particulier et comprennent parfaitement nos attentes. Les “ pistes ” culturelles sont offertes et l'introduction dans les vies familiales des patients est considérablement facilitée. Le chemin doit cependant devenir actif et personnel dans un second temps pour sortir de la subjectivité des collaborateurs et parvenir à la nôtre, plus aisée à “ maîtriser ”. Enfin la littérature anthropologique et ethnopsychiatrique prend une dimension concrète et tangible ; on va pouvoir les utiliser “ in vivo ”.

Cette deuxième phase se déroule progressivement, en travaillant seul ; et du moins les points de vue se personnalisent. Les objets de recherche deviennent de plus en plus précis et l'on peut en approcher certains. On ne lit plus l'enfant *Nit Ku Bon*, ce tableau psychopathologique traditionnel wolof que certains ont rapproché de l'autisme, on le rencontre avec le marabout prescripteur de “ versets à boire dans l'eau ”. On n'imagine plus confusément les cérémonies de *N'Deup* visant à résoudre un désordre mental grave chez une personne, mais on “ vit ” chaque sacrifice et chaque transe à côté du patient. Les *rab*, ces esprits préislamiques bien ou malfaisants pénétrant les personnes dès le stade fœtal à cause d'une transgression de leurs mères enceintes, ne sont plus une “ vague croyance ancestrale ”, mais un objet culturel concret ; ils sortent des enfants qu'ils possèdent pour aller manger les œufs que les mères ont placés sous le lit de ces derniers afin d'éprouver leur existence.

Un risque supplémentaire s'installe, peut être encore plus grand et pernicieux que le premier. Celui de la fascination pour cet exotique suivi généralement par l'appropriation de son efficacité magique. Il faut prendre garde à ne pas se tromper d'objet de recherche ni d'objectif de démarche. C'est bien le discours sur le réel et ses représentations sociales qui nous intéressent et non le réel lui-même. Il est nécessaire de connaître ces représentations pour comprendre et analyser les conduites des patients et de leur entourage, mais absolument pas de se les approprier. Les interrogations – les *rab* existent-ils vraiment ? la magie est-elle réellement efficace ? – sont peu pertinentes ici puisque, par nature, le magique et le religieux ne s'évaluent pas de façon scientifique. Il n'existe pas beaucoup de place pour ces questions au sein d'une telle démarche clinique ; on pourrait dire que “ cela ne nous regarde pas ”. Comme le propose Lévi-Strauss, il faut poser un “ regard éloigné ”.

Non seulement il n'est pas utile de " croire " à ces éléments culturels pour s'y intéresser et les utiliser dans les analyses de discours, mais il semble même que cela pourrait constituer un obstacle au discours du patient pendant l'entretien clinique. S'il (lui ou un membre de sa famille) sait que vous ne faites pas partie directement de ce monde, vous ne représentez pas une source de conflit voire de danger, issu de ce monde magique. Votre action reste en dehors de ces enjeux et de ce champ (4). Enfin la situation transculturelle nécessite un minimum de " stabilité " du clinicien qu'il risque d'ébranler en quittant ses propres repères.

Les positions idéologiques radicales (et opposées) comme le relativisme culturel ou l'universalisme conduisent à la négligence de la différence culturelle au sein de la démarche clinique. Cette négligence de la différence peut aussi se retrouver dans les démarches de rapprochement personnel mal délimité vers la culture de l'autre.

Il faut faire des liens entre les deux mondes qui ont été reconnus sans empêcher à tout prix qu'ils demeurent distincts. Il faut à la fois savoir se décentrer et se recentrer.■

Résumé

L'auteur réfléchit ici sur les conditions nécessaires à la validité de l'utilisation des outils fournis par l'ethnopsychiatrie à partir d'une expérience de prise en charge d'enfants autistes à Dakar.

Mots-clés

Autisme, Sénégal, situation transculturelle, limites, indication thérapeutique, méthodologie.

Notes

- 1 Une " zone ", une " aire ", un " environnement ", un " contexte ", sont les noms de la littérature anthropologique qui précèdent l'adjectif " culturel " pour désigner la culture dont une personne est issue. Les limites sont approximatives.
- 2 Les autres centres de consultations ont à peu près les mêmes statistiques.
- 3 Il est très fréquent qu'après un traitement hospitalier ou dans un cabinet médical, les patients retournent voir le tradipraticien afin de " finir " le soin.
- 4 (A plusieurs reprises les patients ont pu demander la sortie de notre interprète devenu progressivement " médiateur transculturel " pour dire un tabou transgressé).

LA PSYCHIATRIE AUX SEYCHELLES LA PLACE DE LA SANTÉ MENTALE DANS UNE CULTURE EN COURS D'ÉLABORATION.

Monique Sherrill *

I - Histoire

Inconnues des premiers explorateurs, les Seychelles ont été découvertes au XVII^e siècle ; le premier témoignage écrit date de 1609 et est dû à un commandant anglais de la Compagnie des Indes Orientales. Elles sont décrites, dès cette époque, comme un paradis terrestre.

Visitées vers 1720 par la Buse (*Histoires et mythes de trésors cachés*).

En 1742, le français Lazzar Picault y fait escale. Sa description suscite l'intérêt du gouverneur de l'Île de France (Île Maurice) Mahé de Labourdonnais. C'est de lui que vient le nom de l'île principale des Seychelles (Mahé).

En 1756, la France prend possession des îles ; les premiers colons français débarquent en 1770 sur l'île Sainte Anne (petite île située dans la baie de Victoria, capitale des Seychelles). Pierre Poivre tente de faire de l'île un jardin d'épices.

En 1789, la colonie comporte :

- 69 Français dont 3 soldats.
- 32 mulâtres libres.
- 487 esclaves.

En 1790, Queau de Quincy devient gouverneur des îles et le restera 18 ans. À maintes reprises, il négocie des conditions avantageuses de capitulation devant les Anglais (la colonie compte alors 40 Français aptes au combat et

*Psychiatre, Praticien Hospitalier, CH Sud-Réunion, Ile de la Réunion, France

quelques esclaves libres). Il réussit ainsi à maintenir la neutralité de la colonie ; ultérieurement, les îles deviennent un port d'escale pour les corsaires français dont Surcouf.

En 1810, les Anglais reprennent l'Île de France (Maurice).

En 1814, les Seychelles deviennent colonie britannique mais le trafic d'esclaves, officiellement interdit par les Britanniques, continue : leur nombre passe de 3 015 à 6 950 entre 1810 et 1815.

Ils viennent de 4 origines :

- créoles (Africains + Européens).
- Malgaches.
- Indiens et malais (utilisés surtout pour les taches domestiques).
- Africains (le plus grand nombre).

En 1835 : abolition de l'esclavage : les esclaves sont dix fois plus nombreux que les colons 685/6638. Les grands blancs (grands propriétaires terriens) gardent le pouvoir politique pendant toute la période coloniale britannique : la culture, la langue et les mœurs restent françaises.

En 1976, les Seychelles acquièrent leur indépendance.

En 1977, un coup d'état met au pouvoir une dictature socialiste ; son auteur, France Albert RENÉ, est toujours au pouvoir.

En 1993, le multipartisme fait son apparition ; Mancham, l'ancien président renversé, devient le leader de l'opposition.

II - Géographie

Les Seychelles sont constituées de 150 à 200 îles, situées sur l'équateur, dans l'Océan Indien, à l'Est de l'Afrique, au niveau du Kenya et au Nord-Est de Madagascar.

Ces îles sont réparties sur un rayon d'environ 1 000 km et constituent plusieurs groupes. Les îles du groupe central sont granitiques, les îles éloignées sont coralliennes et peu ou pas habitées.

La majeure partie de la population se trouve sur trois des îles centrales :

- Mahé, l'île principale, où se trouve la capitale, Victoria, fait environ 45 km de long, 10 à 15 de large.
- Praslin, où se trouve le célèbre coco de mer.
- La Digue.

La population totale est de 77 000 habitants, elle se groupe sur la bande côtière alors que le centre montagneux des îles est peu exploité.

Le climat est chaud (de 28° à 32° toute l'année) et humide. Les plages sont parmi les plus belles du monde.

III - Économie

Les Seychelles ne produisent à peu près que des noix de coco et du poisson. Les Seychellois sont conscients que leur environnement est leur plus grande richesse ; celui-ci est donc préservé par des lois très strictes et le gouvernement a opté pour un tourisme d'élite et non de masse, même si les prestations ne sont pas toujours en rapport avec les prix élevés pratiqués. Jusqu'au début des années 90, le pays a beaucoup vécu sur l'argent international (fond développement du Commonwealth ou des Nations Unies, etc.) qui apportait donc des devises étrangères. Plusieurs pays d'Europe (France, Belgique...) ont envoyé des coopérants.

Depuis quelques années, les Seychelles doivent essayer de s'assumer économiquement ; le plus gros problème est la rareté des devises étrangères, indispensables pour se procurer les denrées de première nécessité aussi bien que les autres.

IV - Culture

1°) Langue : les trois langues officielles sont le créole, l'anglais et le français.

Le créole est une langue dérivée du français, où coexistent des termes de vieux français, des termes de marine (surtout pour les déplacements dans l'espace), des termes anglais, créolisés ou non. Il est parlé par toute la population même s'il est méprisé par certains qui ont fait leurs études en Grande Bretagne ou aux USA, et qui lui préfèrent l'anglais exclusif.

C'est une langue parfois peu précise, surtout dans les domaines abstraits :

(ex : *maziné* : penser, imaginer, se souvenir ; *sou* : ivre, endormi, sujet au vertige).

Ces dernières années, il existe une volonté générale de s'individualiser culturellement ; il commence donc à exister un dictionnaire de créole, précisant l'orthographe de chaque mot, qui n'est plus laissé au libre arbitre de l'utilisateur.

L'anglais est la langue utilisée par l'administration, au tribunal, par les médecins, etc...

Le français est surtout utilisé par les descendants de grands blancs, ou les anciens grands blancs. La France finance beaucoup de projets visant à maintenir, voire élargir, cette relative francophonie.

2°) Aspects ethniques

Le peuple seychellois provient du mélange, en proportions différentes, de quatre ethnies :

- Africains surtout.
- Européens, surtout français mais pas exclusivement.
- Indiens (appelés " malbars ").
- Chinois.

La majorité de la population est à dominante africaine. Si en apparence, il n'existe pas de conflits ethniques, il existe un racisme à bas bruit, mais bien réel et parfois féroce ; l'aspect africain est mal considéré et, plus on est blanc, mieux c'est ; on peut se faire exclure de sa famille pour avoir épousé quelqu'un de plus noir, ou de moins blanc, que soi.

Dans la fratrie coexistent souvent des gens de couleur et de type différents, d'autant plus que les fratries sont souvent issues de différents pères ; les plus noirs sont méprisés et la fille la plus noire sert parfois de domestique au reste de la fratrie. Le qualificatif " mazambic " est une insulte.

3°) Religions

Plusieurs religions coexistent aux Seychelles :

- le Catholicisme : il est très répandu. L'église catholique se caractérise par son étroitesse d'esprit et son goût pour la soumission des autres ; elle évoque le catholicisme de la province française à la fin du XIX^e siècle. Par exemple, les enfants nés hors mariage, qui constituent la grande majorité, peuvent se voir refuser le baptême ou devoir entrer à l'église par la petite porte. Certains prêtres s'arrogent un pouvoir extraordinaire, comme celui d'excommunier certains fidèles (femmes non mariées avec leur compagnon, qui constituent l'immense majorité). Cependant, la messe constitue encore souvent une distraction importante, où l'on exhibe ses plus beaux atours et où se fait une grande partie de la vie sociale.

- le Protestantisme : surtout représenté par l'église anglicane.
- entre le protestantisme et les sectes, plusieurs " religions " telles que : témoins de Jéhovah, Adventistes, Église de la Pentecôte.

- l'Islam, l'hindouisme et le bouddhisme, en minorité, sont également représentés ; il y a, à Victoria, une mosquée, un temple hindouiste et un temple " chinois " (bouddhiste).

- les croyances locales (sorcellerie).

Elles proviennent d'un mélange entre catholicisme, religions africaines, religion malgache et herboristerie. Celle-ci existe en effet, mais sa frontière avec la sorcellerie est mal définie ; d'ailleurs, le même terme, " rafraîchissant " désigne indifféremment une concoction de plantes à visée curative et un breuvage magique, c'est-à-dire, dont les effets font intervenir le surnaturel, alors que " latisane " désigne un médicament, y compris pharmaceutique.

Si le gouvernement encourage l'emploi du créole et toutes les mesures visant à en faire une langue à part entière (orthographe, dictionnaire, littérature en créole), les croyances dans la sorcellerie ne sont pas censées exister officiellement ; on n'en parle donc pas dans le milieu médical, si ce n'est pour déplorer cet " obscurantisme " ; il est toutefois possible d'aborder le sujet avec les patients, mais en tête-à-tête et lorsqu'une relation de confiance a été instaurée, ce qui prend en général plusieurs mois.

Ce système de croyances, fait de pièces et de morceaux provenant d'autres croyances et religions, qui, comme le reste de la culture créole, n'est pas profondément enraciné dans une civilisation, est donc mal défini et subit des variations d'une famille à l'autre selon sa place dans l'échelle sociale, et d'un individu à l'autre selon sa structure de personnalité ; les circonstances peuvent aussi venir renforcer ces croyances.

Il faut cependant remarquer qu'elles sont partagées par toute la population, même si les classes sociales les plus favorisées et les plus éduquées s'en défendent.

Le mauvais sort est envoyé par quelqu'un motivé, presque toujours, par la jalousie. Pour ce faire, on utilise un *Bonom Dibwa*, personnage qui fait donc le lien entre l'être humain et les forces surnaturelles.

On considère généralement qu'un mauvais sort a été envoyé lorsque survient un événement qui paraît ne pas trouver d'autre explication dans l'univers, tel qu'il est défini par l'imaginaire créole seychellois. C'est ainsi qu'on explique la

survenue, brutale ou progressive, d'une maladie encore peu connue ou peu diagnostiquée aux Seychelles ; ou bien un décès par accident, s'il n'y a pas de lésion externe et pas d'effusion de sang.

A côté du Bonom Dibwa, coexistent d'autres entités telles que :

Nam : c'est une sorte de fantôme, c'est-à-dire l'esprit d'un défunt qui, souvent, a été maltraité et revient animé d'intentions malveillantes ; il est souvent décrit comme habillé d'une longue robe blanche, parfois noire, et n'ayant pas de visage.

Dodossia : c'est un peu l'équivalent du zombie, c'est un être humain, adulte ou enfant, dont l'esprit a été en quelque sorte capturé par un *Bonom Dibwa*, afin d'en faire son esclave : le *dodossia* travaille donc le jour pour le *Bonom Dibwa*, et se promène la nuit pour apporter le mauvais sort aux humains. Il peut prendre la forme d'un animal (chien, chat surtout etc.) mais pas n'importe quel animal.

Tit'Albert : c'est un animal dont un *Bonom Dibwa* a pris la forme : oiseau ou chat, le plus souvent, mais aussi chien, vache, etc.

Pour atteindre la personne visée, le jeteur de sort se sert souvent d'objets touchant de près la personne : cheveux, sous-vêtements, etc.

Pour se défaire d'un sort jeté, on fait appel soit à un " professionnel " qui n'est pas nécessairement lui-même Bonom Dibwa, soit à un prêtre, soit à la prière ; en effet, le pouvoir maléfique est souvent considéré comme venant d'un pacte avec le diable, tel qu'il est décrit dans les religions chrétiennes, un breuvage ou un bain à base de plantes peut donc servir à " exorciser " le mauvais sort.

Les services d'un Bonom Dibwa ou d'un exorciseur sont payants ; les prix sont très variables.

La notion de jalousie, qui peut paraître surprenante ou déroutante à un occidental, est en fait très étendue ; il ne s'agit pas nécessairement de jalousie amoureuse ou sexuelle ; en fait, toute personne peut être jalouse de ce que vous avez de plus que lui (bien matériel, réussite professionnelle, position sociale, etc.) ; la personne présumée avoir jeté le mauvais sort n'est donc pas toujours identifiée, même au niveau imaginaire ; mais elle peut l'être si on a la notion d'avoir fait du tort à quelqu'un, la notion de culpabilité joue donc un rôle important.

Les sorciers malgaches sont réputés avoir un pouvoir bien supérieur aux Bonom Dibwa seychellois ; toute personne s'étant rendue à Madagascar est considérée avec méfiance à son retour aux Seychelles.

La croyance dans ces pouvoirs magiques représente aussi la “ consolation du pauvre ” puisque accessible à tous y compris les opprimés et les classes sociales les plus défavorisées. Un créole à qui vous avez fait du tort peut, au lieu de se mettre en colère, insulter ou menacer, vous dire : “ *t'en fais pas, va...* ”.

La crainte de la jalousie et du mauvais sort, dénommé, entre autre, “ malice ”, laisse une empreinte dans la vie quotidienne seychelloise :

- les chats, particulièrement lorsqu'ils sont noirs, sont considérés avec méfiance quand on n'en connaît pas l'origine.

- si le chat familial du foyer disparaît pendant plus d'une semaine puis y revient, il s'agit en fait d'un “ *dodossia* ” porteur de mauvais sort.

Les relations sociales sont empreintes de méfiance, et ceci coexiste avec le fait que, vu le nombre d'habitants, tout le monde connaît tout le monde. La crainte des ragots (dénommés “ *rumeur* ”, qui s'écrit et se prononce “ *rimer* ”) contribue également, comme on le verra plus loin, à cette méfiance ; ainsi, les rideaux opaques clôturent les fenêtres dès la tombée de la nuit, on n'expose pas à la vue d'autrui, même après la lessive, des objets personnels comme les sous-vêtements, on ne “ donne pas de nouvelles ” (on ne raconte pas ce qui se passe à la maison).

4°) Les arts et l'artisanat

Il n'existe pratiquement pas d'arts plastiques ou d'artisanat typiquement seychellois, c'est-à-dire qui seraient une expression de la culture créole et contribuerait à cette culture.

Pour ce qui est de la danse, certaines danses “ anciennes ” (pratiquées surtout par les seychellois âgés d'aujourd'hui, mais qui se transmettent encore aux jeunes générations) sont directement issues du folklore français, comme la contredanse ou le *kamtole*.

Le *Moutia*, qui se pratique la nuit autour des feux de bois et au son des “ tambours moutia ” est issu des danses africaines pratiquées par les anciens esclaves. Les tambours moutia sont de taille imposante et leur peau doit être préalablement chauffée au feu de bois.

La pratique du moutia, que ce soit sous son aspect musical ou danse, est devenue très rare, pour ne pas dire exceptionnelle.

Le sega est la danse seychelloise typique ; elle semble issue d'un mélange entre les danses folkloriques françaises et les danses africaines. Le déhanchement y tient une place importante ; le séga seychellois a un rythme plus lent que le séga mauricien.

V – Quelques éléments de sociologie

Au cours de ce dernier quart de siècle, les Seychelles ont connu des changements importants, tant au point de vue politique, qu'économique ; il s'en est suivi de profondes perturbations du mode de vie et des relations sociales, avec ce que cela comporte de contradictions.

Sur le plan politique, les Seychelles sont passées du colonialisme au socialisme : l'accès aux soins médicaux et aux médicaments est libre et gratuit pour tous. Les cotisations de " sécurité sociale " sont de 5 % du salaire.

La scolarité primaire et secondaire est obligatoire et gratuite ; l'obligation scolaire se situe jusqu'à 16 ans. Pour ce qui est des métiers manuels, la formation professionnelle se fait le plus souvent " sur le tas ", mais il devient possible, pour les adolescents d'aujourd'hui, d'obtenir localement un équivalent de CAP.

Pour ce qui est des études supérieures, quelques unes peuvent se faire localement dans ce qu'on appelle " polytechnique " (infirmière, instituteur, professeur de secondaire, etc.). Les autres, en particulier les études médicales, nécessitent le séjour de l'étudiant à l'étranger ; vu le coût élevé de ces études pour le gouvernement, qui prend aussi à sa charge l'entretien de l'étudiant, ceci ne peut se faire que dans certains pays avec lesquels le gouvernement seychellois a établi des accords ou des conventions : France, Angleterre, Cuba, Chine Populaire, certains pays d'Europe de l'Est ou d'Afrique orientale ; ceci implique parfois que l'étudiant passe les deux ou trois premières années de son séjour à apprendre la langue du pays ; si l'étudiant veut faire une spécialité, il se peut qu'il ne puisse la faire que dans un autre pays et ait à apprendre une autre langue. La plus grande partie des médecins exerçant aux Seychelles sont donc des étrangers (nommés " expatriés "), et il existe très peu de médecins seychellois spécialistes.

Les expatriés occupent donc une place importante aux Seychelles puisqu'ils occupent, parfois exclusivement, les emplois tels que médecins, ingénieurs, magistrats, professeurs de " polytechnique ", etc. Ainsi, de 1993 à 1998 (durée de mon séjour aux Seychelles) tous les juges étaient des expatriés, et un seul, d'origine mauricienne, pouvait communiquer directement en créole avec le prévenu ; les autres avaient besoin de l'aide d'un interprète (créole/anglais) ; de plus, les

interprètes au tribunal ne sont pas des professionnels ; c'est ainsi que se sont retrouvés en prison, avec des peines de parfois plusieurs années, des psychotiques schizophrènes ou maniaco-dépressifs.

Les expatriés entretiennent des relations difficiles et ambivalentes avec la population seychelloise ; qu'ils soient coopérants ou employés par le gouvernement seychellois, ils sont soupçonnés d'être grassement payés à ne pas faire grand-chose, aux dépens du peuple.

Il faut dire que ces expatriés ont tendance à rester entre eux, ou bien n'ont de relations qu'avec les éléments de la classe supérieure seychelloise ; ils montrent une tendance généralisée à idéaliser leur mère patrie, si bien que la comparaison entre celle-ci et les Seychelles ne se fait pas en faveur de ce pays ; ils ne se donnent pas non plus la peine d'apprendre le créole, même s'ils sont francophones.

La population seychelloise est de 77 000 habitants ; c'est la taille d'une petite ville, ou d'un gros village ; cette dernière comparaison est valable pour les relations sociales ; comme nous l'avons dit, aux Seychelles, tout le monde connaît tout le monde ; un médecin devient donc un notable sur le plan national ; il côtoie les membres influents du pays, rencontre plusieurs fois par an tel ou tel ministre et peut même échanger quelques mots avec le chef de l'état.

La misère n'existe pas aux Seychelles ; si les revenus de la population sont généralement bas (en 98, le SMIG était inférieur à 2 000 F mensuels), les différentes aides gouvernementales font que personne ne souffre de la faim ou se trouve sans abri. Il n'y a pas de mendiants aux Seychelles. Les quelques SDF qu'on y rencontre le sont du fait d'une pathologie psychiatrique telle qu'alcoolisme ou schizophrénie.

La famille seychelloise typique est monoparentale ; elle se compose d'une mère, d'un nombre d'enfants généralement plus élevé qu'en occident, et des pères ou beaux-pères successifs. La femme est en effet l'élément solide et stable de la société seychelloise ; c'est le plus souvent elle qui gagne l'argent du ménage, elle à qui appartient la maison, elle qui assure l'autorité, l'éducation et le bien-être des enfants. Les Seychellois sont souvent des "*hommes papillons*" charmants, instables voire versatiles, irresponsables, égocentriques ; il n'est pas raisonnable de compter sur eux. On pourrait dire sans exagérer que l'économie seychelloise repose sur les femmes ; elles se rendent régulièrement à leur poste de travail, ce qui n'est pas le cas des hommes : leur assiduité professionnelle est sujette à l'argent qu'il leur reste en poche, leur ingestion d'alcool de la veille, leur conquête amoureuse du moment.

Il est notable que dans l'administration seychelloise, si les femmes ministres sont moins nombreuses que les hommes, tous les postes de responsabilité sont occupés par des femmes.

Les relations de couple sont peu durables aux Seychelles ; les Seychelloises imaginent rarement vivre sans partenaire masculin, leur vie amoureuse voit donc se succéder les pères et beaux-pères successifs de leurs enfants ; lorsque la relation de couple est rompue, il est rare que l'homme continue de voir ou de s'intéresser aux enfants issus de cette relation.

Les femmes seychelloises considèrent les hommes avec un mélange de sur-estimation et de scepticisme désabusé.

La précarité des relations de couple fait que les femmes ont peu à y investir émotionnellement ; les enfants, souvent plus nombreux qu'en occident sont davantage investis par leur mère, spécialement les fils et plus particulièrement les fils aînés, ce qui n'empêche pas les mères, en cas de conflit, de reprocher à leurs fils d'être "*mauvais, comme leur père*". Il arrive aussi que les enfants subissent le contrecoup des frustrations imposées par le père à la mère.

Les maternités précoces sont fréquentes aux Seychelles ; il n'est pas rare que le premier né soit élevé par la grand-mère, souvent la grand-mère maternelle ; il arrive aussi qu'il soit "*donné*" à une tante, marraine ou une femme de la famille de la mère et de la génération précédente, avec l'explication que celle-ci "*le voulait*" ou "*n'en avait pas*".

Les principes qui régissent l'éducation des enfants sont rigides et souvent stéréotypés ; les parents, souvent la mère donc, doivent fournir à l'enfant le gîte, la nourriture, les vêtements et les interdits, ces derniers assortis des punitions indispensables ; les châtiments corporels ne sont pas rares et peuvent parfois être barbares : il arrive encore que l'on brûle les mains d'un enfant voleur.

L'expression "*parler avec*" son enfant signifie souvent l'abreuver de conseils.

La notion de "*respect*" est très importante aux Seychelles et régit les relations parent-enfant aussi bien que les relations sociales et professionnelles. Ce respect n'est pas réciproque, il est à sens unique et représente la crainte que le supérieur inspire à l'inférieur ; il s'agit donc plutôt de soumission.

Une autre particularité de la vie sociale seychelloise est l'importance donnée aux apparences ; celles-ci doivent à tout prix être respectées, peut-être pour assurer la respectabilité : cette nécessité de sauvegarder les apparences limite la liberté d'expression, codifie les comportements, la façon de s'habiller etc. Une situation sociale élevée, avec ce que cela comporte de pouvoir, dispense parfois l'individu qui la détient d'avoir une réelle valeur professionnelle ou humaine.

VI – Quelques particularités de la psychiatrie aux Seychelles

La psychiatrie est d'introduction récente aux Seychelles puisque le premier psychiatre a commencé d'y exercer en 1983 ; pendant les quelques années qui ont précédé, les problèmes psychiatriques étaient pris en charge par une infirmière psychiatrique.

Comme nous l'avons vu, la plupart des médecins aux Seychelles sont étrangers ; leurs pays d'origine ou de formation sont extrêmement divers : leur niveau de connaissance, leur type de connaissance, leurs pratiques et leur éthique sont donc très disparates. La grande majorité d'entre eux communique avec les patients en anglais ; or, beaucoup de Seychellois ne peuvent s'exprimer couramment en anglais, particulièrement dans le registre abstrait, pour exprimer leurs pensées et leurs émotions. La communication médecin-malade se fait donc à l'aide d'un interprète de fortune : ce sont les aides-soignants qui jouent le plus souvent ce rôle, les infirmières étant en nombre restreint et donc trop occupées par ailleurs.

Bon nombre de symptômes échappent donc au psychiatre car, même avec la meilleure volonté, certaines formulations sont intraduisibles, même par un interprète chevronné, à plus forte raison par un amateur ; à titre d'exemple, comment traduire l'incohérence idéo-verbale d'un schizophrène, surtout quand on craint de se faire reprocher son incapacité à traduire par le médecin ?

Par ailleurs, la confidentialité est à peu près inexistante, du fait, non seulement de l'absence de relation duelle, mais du fait que les dossiers sont accessibles à beaucoup de personnel paramédical, que le secret médical n'existe pas à l'égard du Ministère de la Santé, que des ragots vont bon train et que les Seychellois, qui y sont très sensibles, les craignent autant que la sorcellerie.

Par ailleurs, à peine un tiers des infirmières travaillant en psychiatrie ont une formation spécialisée ; les autres peuvent attendre de nombreuses années une telle formation, qui nécessite la venue aux Seychelles d'un formateur.

Un autre problème est le vide juridique concernant tout l'aspect médico-légal de la psychiatrie. À mon arrivée aux Seychelles, il existait également un vide juridique concernant la déontologie médicale, mais entre 93 et 98 s'est créé un " *Medical Board of Doctors* ", un peu l'équivalent de notre Conseil de l'Ordre, qui s'est donné pour tâche de définir puis de garantir l'éthique médicale dans le pays.

Jusqu'en 98, la seule disposition légale régissant les rapports de la psychiatrie et de la loi était le " *Court Order* ", datant de 1903 et rendant possible l'internement :

à la demande d'un tiers, la famille en général ; le “ *chief justice* ” (membre le plus haut placé de la magistrature) ordonne au psychiatre, dénommé dans le texte de 1903, “ *commissionner of lunacy* ”, d'examiner l'intéressé et de dire si l'internement est nécessaire ; si c'est le cas, la mesure d'internement est valide pendant quinze jours ; au-delà, le psychiatre fait un rapport circonstancié pour demander, selon le cas, la levée ou la prolongation de la mesure, pour une autre période de quinze jours.

L'alcoolisme est un problème sanitaire national aux Seychelles ; touchant surtout les hommes, il n'est pas exceptionnel chez les femmes.

La consommation de bière (fabriquée dans le pays) est très importante ; les alcools locaux sont le *kalou* (sorte de vin de palme), le *baka* (obtenu par fermentation de canne à sucre, dont il y a peu aux Seychelles) et surtout “ *Lapiré* ” (obtenue par la fermentation de végétaux divers : ananas, lentilles, etc.).

Si la cirrhose du foie est exceptionnelle, les cardiomyopathies obstructives sont fréquentes et rapidement mortelles. Le système nerveux central est très souvent touché ; les DT et préDT occupent environ la moitié des lits d'homme dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Victoria, réservé aux cas aigus. Les polynévrites des membres inférieurs sont également fréquentes, touchant parfois des sujets âgés d'une trentaine d'années. Toutes les autres atteintes du SNC, y compris la démence alcoolique, se voient fréquemment.

La toxicomanie, par contre, se limite à l'usage du cannabis, les autres drogues n'étaient pas accessibles aux Seychelles ces dernières années ; cependant, en 98, elles commençaient de faire leur apparition, sous forme de cocaïne.

La psychiatrie a, malheureusement, introduit l'Artane et provoqué des toxicomanies, d'autant plus que les Seychellois semblent très sensibles à son effet psychodysléptique, même avec des petites doses, alors que les mêmes seychellois résistent à des doses importantes de neuroleptiques.

L'usage du cannabis pose un réel problème dans la mesure où il est utilisé par de jeunes adolescents, voire par des enfants.

Il semble parfois être responsable d'épisodes psychotiques aigus avec idées délirantes mystiques et parfois hallucinatoires, dans un contexte thymique d'aspect maniaque.

On peut cependant déplorer que les pouvoirs publics aient cru bon de “ sataniser ” le cannabis dans le but d'en détourner les éventuels usagers.

Le risque étant, bien sûr, que les informations erronées ou exagérées dévalorisent les informations réelles sur le cannabis, et sur les autres drogues autrement plus dangereuses.

Les abus sexuels sur les mineurs, voire les enfants, sont, avec l'alcoolisme, un autre problème national. Leur fréquence est probablement due au fait que, jusqu'à très récemment, ils n'étaient pas dénoncés, donc pas punis.

Ils sont, dans la plupart des cas, perpétrés par le " beau-père ", ou plutôt l'un des beaux-pères ; comme nous l'avons vu, les enfants seychellois sont rarement élevés par le couple parental, mais le plus souvent par leur mère, dont la vie de couple se fera avec des partenaires successifs. Il arrive aussi que le beau-père soit beaucoup plus jeune que la mère, ce qui facilite les passages à l'acte.

Depuis plusieurs années, les services sociaux et l'ex-épouse du Président ont entrepris de lutter contre les abus sexuels à enfants, en organisant l'information et la prévention, et en se portant partie civile pour obtenir que les auteurs soient jugés et punis.

Le père seychellois : Comme nous l'avons vu, les enfants seychellois sont rarement élevés par le couple parental, ou par le père et une belle-mère ; beaucoup d'enfants ne connaissent pas leur père ou n'en ont qu'une image négative. L'image du père est floue et vaguement inquiétante.

On peut se demander dans quelle mesure la popularité de chef de l'état, au pouvoir depuis le coup d'état de 1977, est liée au fait qu'il fournit au peuple seychellois une image paternelle de substitution précise et positive.

Les garçons et particulièrement les fils aînés sont souvent " *l'homme de la vie de leur mère* ", mais en compétition avec des beaux-pères successifs.

Ils peuvent aussi être une sorte de bouc émissaire, celui sur lequel la mère se venge des déceptions et frustrations infligées par le père.

Ce système matriarcal est un peu auto-entretenu : la fragilité de l'image du père ne permet guère au garçon de devenir un homme et un père responsable ; devenu un adulte irresponsable, il aura recours à l'alcool et aux conquêtes féminines pour se sentir un homme.

Par ailleurs, dans le cadre de mon travail dans la seule institution pour adolescents des Seychelles, il m'est arrivé de partir à la recherche de pères longtemps disparus de la vie de leur enfant ; j'ai eu la surprise de trouver, plus souvent que je ne m'y attendais, des hommes désemparés car incapables d'avoir une relation

directe avec leur enfant, comme si la relation père-enfant passait nécessairement par une femme. Certains ont pu renouer avec leur enfant dans la mesure où je constituais ce lien féminin indispensable.

La femme seychelloise n'est donc peut-être pas disposée à laisser son " monsieur " devenir le père de ses enfants. On peut peut-être en rapprocher le fait que, lorsque le père est condamné à verser une pension alimentaire, phénomène très récent aux Seychelles, les mères considèrent qu'il paie ainsi son droit de visite et se trouvent autorisées à supprimer ce droit s'il ne paie pas la pension, ou pas suffisamment.

D'un point de vue purement psychiatrique, les cadres nosographiques sont les mêmes aux Seychelles qu'en Occident ; la schizophrénie semble y avoir la même fréquence, la même symptomatologie et la même évolution ; la psychose maniaco-dépressive également, de même que la dépression, même si certains psychiatres ont pu se montrer réticents à la diagnostiquer chez des patients aux origines africaines marquées.

Par contre, le milieu culturel différent va influencer l'expression de la souffrance, et peut aussi faire privilégier au patient tel symptôme, dont il se plaindra, qui sera mis en avant, au détriment de tel autre, qu'on ne retrouvera qu'avec un interrogatoire rigoureux ; par exemple, dans la dépression, la culpabilité et l'auto-dépréciation sont souvent " extériorisées " : elles ne sont pas perçues par le patient comme ses idées personnelles, mais comme celles de l'entourage, principalement les voisins, dont il entend les voix ou les commentaires.

Le transfert aux Seychelles : La relation médecin-malade est influencée par les contradictions que l'un et l'autre vont devoir surmonter pour que la confiance s'établisse.

Le psychiatre est tout d'abord un expatrié, dépositaire de savoir d'une autre culture, mais aussi représentant des ex-coloniaux. On éprouve à son sujet admiration mais aussi mépris : s'il est seychellois, il ne peut, par définition, être un bon médecin, les Seychellois se considérant comme inférieurs aux occidentaux, d'où des réactions de prestance parfois trompeuses ; s'il est africain, il est donc plus noir qu'un Seychellois, son QI ne peut pas voler bien haut ; s'il est " malbar " (indien ou d'Asie du Sud-Est), ce n'est guère mieux (il faut reconnaître que beaucoup de médecins indiens semblent ignorer la médecine). S'il est occidental, c'est un médecin médiocre, sinon il serait resté dans son pays.

Par ailleurs, les Seychellois ont un complexe d'infériorité à l'égard des étrangers, complexe souvent entretenu par les expatriés (" tout ce qui ne va pas aux Seychelles est typiquement seychellois ").

Au début, donc, les symptômes sont médicalisés et stéréotypés : mal à la tête et vertige, derrière quoi on retrouve à peu près toute la pathologie psychiatrique. Mais au bout de quelques mois, même les nouveaux patients ont un autre discours car le bouche à oreille fonctionne, surtout quand on attend sa consultation pendant 1, 2 ou 3 heures.

La pathologie psychiatrique des touristes : Il est intéressant de constater qu'en quatre ans, 6 touristes sur 8 hospitalisés en psychiatrie présentaient un état maniaque, soit dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive préexistante, soit en premier accès ; peut-on rapprocher cette " fuite devant l'angoisse de mort " selon Freud de la publicité touristique : " Les Seychelles, c'est le paradis " (il faut mourir pour y entrer).

VII – Quelques histoires de sorcellerie

L'homme qui avait obtenu d'un sorcier malgache le pouvoir de passer à travers murs et portes pour cambrioler, mais devait reverser un pourcentage au sorcier, ce qu'il cessa de faire au bout de quelques années. Un jour, au cours d'un cambriolage, il lui fut impossible d'ouvrir la porte pour sortir et il fut pris.

L'homme qui volait le magasin où il travaillait ; sa sœur était allée voir un sorcier à Mada, qui lui avait demandé qui il aimait le plus : c'était son jeune fils ; celui-ci mourut.

L'homme qui avait refusé de payer son dû au sorcier, tomba dans le port entre le quai et un bateau ; on ne retrouva jamais son corps mais certains l'ont vu, errant et misérable à Madagascar.

Bomboutchou, le sorcier de Silhouette, qui avait un verger magnifique : quand les enfants lui volaient des fruits, il allait se plaindre aux parents ; si l'enfant ne rendait pas le fruit ou ne s'excusait pas, il le transformait en dodossia, l'enfant travaillait donc pour lui dans son jardin pendant la journée. Un jour qu'il avait été faire ses besoins dans la nature, les enfants prirent ses excréments et en barbouillèrent sa porte ; ignorant qu'il s'agissait de ses propres excréments, il nettoya sa porte et tomba malade ; il mourut à l'hôpital de Victoria, mais cela prit beaucoup de temps car plusieurs fois, on l'a cru mort mais il vivait encore. Encore maintenant, il arrive que des pêcheurs voient, la nuit, une lumière filer sur l'eau entre Silhouette et Mahé ; c'est Bomboutchou qui fait la traversée dans un panier et leur dit " bonjour les gars " au passage. ■

Résumé

Les Seychelles constituent une microsociété aux origines multiethniques, dans laquelle l'esclavage a laissé son empreinte.

A partir d'éléments parfois disparates d'origines culturelles diverses, la société créole tente d'élaborer sa culture propre. Dans cette société en mutation rapide, encore très marquée par la monoparentalité et le matriarcat, la notion de santé mentale est une idée relativement récente (une vingtaine d'années).

Si les cadres nosographiques restent les mêmes qu'en occident, et leur incidence sur la population à peu près identique (en particulier, schizophrénie, P.M.D et dépression), le milieu culturel va influencer l'expression de la souffrance psychique, qualitativement et quantitativement.

Mots-clés

Origine multiethnique, empreinte de l'esclavage, société en mutation rapide, élaboration d'une culture à partir d'éléments disparates, matriarcat, monoparentalité, sorcellerie, jalousie, culpabilité, méfiance, relation médecin-malade, contradictions.

MIGRATIONS ET PSYCHIATRIE

Moussa Maman*

Dans la culture traditionnelle africaine, on ne se présente pas, c'est l'autre qui va découvrir celui qui est en face. Je vais vous parler de tradithérapie. Plus particulièrement dans un groupe ethnique qui s'appelle les Dendis, descendants des Songhails au nord Bénin. Après la dislocation de l'empire du Mali, les royaumes se sont morcelés, l'empire est tombé et ceux de nos ancêtres qui n'aimaient pas faire la guerre ont suivi le fleuve. Ils ont quitté la Massina et sont venus se réfugier dans le Moyen Niger. Nous sommes les descendants Soninké du Mali. Mon village se situe sur le fleuve Niger, dans une petite île entre la République du Niger et le Bénin. Jusqu'en 1960, nous ne savions pas qui nous étions. Des Nigériens ? des Béninois ? Quelque part en Europe, des gens s'étaient regroupés, ils avaient dessiné, comme ça, des territoires en Afrique. C'est seulement en 1961 que nous nous sommes rendu compte que nous étions Béninois tout en étant Nigériens. Je suis né dans cette île, dans une mare sacrée, sous un arbre. Cet arbre, chez nous, on l'appelle l'arbre de vie.

Je me suis retrouvé à l'école des blancs après un conflit entre mon père et mon grand-père. Mon grand-père voulait absolument que je sois un guérisseur, mon père voulait que j'aille à l'école des Musulmans. Alors il y a eu conflit. Mon grand-père m'a pris, m'a emmené à l'école chez un commandant, un Français. J'y suis resté trois mois, ça n'allait pas, je suis revenu au village. À dix ans, j'ai fait l'école des blancs, tout en ayant aussi la possibilité d'aller à l'école des noirs. Mon grand-père m'apprenait en cachette toutes les techniques thérapeutiques traditionnelles. Puis je me suis retrouvé à la faculté de médecine de Dakar. J'ai

* Médecin Psychothérapeute et Tradithérapeute du Bénin Association URACA, Paris, France.

observé l'expérience du Professeur Colomb et je me suis dit : *“ Qu'est-ce qu'il est en train de faire ? Il ne peut pas les laisser tranquilles ? Il prend les marabouts, il les emmène à l'hôpital. Il vaudrait mieux les laisser tranquilles ”*. Après mes études, je suis rentré à Niamey, on m'a amené chez les fous, de force, je n'avais pas de formation médicale à l'époque. Je suis devenu assistant d'un psychiatre français, le Dr Charles Pidoux. Il cherchait lui aussi à entrer dans le secret des thérapies traditionnelles, il me demandait de venir l'accompagner dans des lieux sacrés. Mais je refusais car c'était interdit pour moi d'aller dans ces lieux-là. Pour des raisons personnelles, je me suis retrouvé en France à nouveau et encore avec le Dr Charles Pidoux qui m'a poussé à devenir ce que je suis aujourd'hui, à entrer à la faculté de médecine. Le Professeur Aimé Charles-Nicolas était mon professeur. J'ai lu, dans les cahiers de Bobigny, une phrase de Toby Nathan : *“ à eux la magie, à nous la psychanalyse ”*. Ca m'a marqué. Il a fallu que je vienne à Paris, encore entouré de blancs, pour comprendre que cette réalité africaine était toujours réelle, que les thérapeutes traditionnels avaient encore leur place. Alors, j'ai embrassé la formation d'ethnopsychiatre. C'est ainsi que, né d'un grand-père Sorko (c'est le nom que l'on donne aux maîtres du génie de l'eau), d'un père marabout ayant fait ses études au Nigéria, je suis devenu ethnothérapeute à Paris, dans le quartier de la Goutte d'Or. Pour les gens, j'étais un peu douteux, un peu bizarre. Au village, j'étais “ le blanc ” et à Paris, le marabout-guérisseur. Alors, en 94, j'ai fait venir vingt guérisseurs traditionnels de la brousse. Le Pr Coulaud de Bichat m'a demandé de l'aider à comprendre ses patients africains. De cette façon, les tradithérapeutes se sont retrouvés à l'hôpital. C'était vraiment insolite de voir face-à-face le médecin français, avec ses connaissances scientifiques et les guérisseurs, qui sont magiciens. Après cette expérience, les demandes (à St Louis, à Lariboisière) se sont accumulées au point que l'on a pensé à les faire venir régulièrement.

Ces tradipraticiens ne soignent pas à l'hôpital, ils expliquent au patient comment ils pourraient l'aider chez eux. Peu à peu, les patients ont demandé à aller plus loin et l'on a créé un centre de santé dans mon village au Bénin. Si le travail des guérisseurs à l'hôpital ne suffit pas, ils peuvent aller dans le centre.

- Qu'est-ce que le patient cherche là-bas, dans le centre ? Je pense que dans l'ensemble, ces patients ont un problème de déracinement et un problème d'identité ; le retour à la brousse leur permet de se ressourcer, de se réorganiser mentalement.

- Qu'est-ce qui se passe au centre ? Quand un homme est malade, nous faisons ce que nous appelons la couvade. Elle consiste d'abord à aller sous l'arbre sacré où les guérisseurs se mettent en groupe, identifient la problé-



Moussa Maman

matique du patient. À ce moment-là, on le conduit dans la case sacrée, le symbole de l'utérus maternel, et toutes les vieilles femmes entourent cette personne mise en couvade, qui ne sortira plus durant sept jours. Pendant cette période, on fait une cérémonie dans la case ou en dehors de la case. La personne est possédée par son esprit mais on l'encadre et on lui dit : *“ cet esprit qui te protège va devenir ton ami, ne va plus te faire du mal . Il ne va plus te perturber ”*. Alors la personne va vivre avec son esprit, va vivre avec cette force qui la bouscule. On ne fait pas de l'exorcisme, on ne fait pas partir l'esprit du corps, qu'il soit mauvais ou bon. On dit simplement : *“ c'est ta demeure, tu vas rester là, dans le corps de cette personne. Mais tu ne vas pas te manifester, tant qu'on n'a pas besoin de toi ”*. Ce n'est pas parce qu'on est contrarié par notre directeur de travail qu'on va se mettre en transe. Vous dites hystérie, nous disons possession. On dira à l'esprit avec force : *“ tu as pris possession de ce corps en le perturbant, tu vas le posséder pour vivre en harmonie avec ce corps. Tu viendras quand on te demandera de venir, à des moments précis, pas n'importe comment ”*. On fait sortir la personne au bout de sept jours. Elle va visiter les lieux sacrés, les endroits sacrés. On lui apprend toutes les caractéristiques de cette force. Comment la personne va-t-elle identifier, même de loin, si cette force est en train de venir posséder le corps ? Il y a des signes avant-coureurs ; chaque fois qu'ils vont être possédés, on donne aux malades un objet pour qu'ils puissent maîtriser cette force à l'intérieur d'eux-mêmes. Voilà comment nous travaillons entre Paris et l'Afrique, comment nos patients sont dans l'entre deux ; ils traversent la mer pour aller nous trouver de l'autre côté, ces patients qui sont issus de l'esclavagisme. On a des Antillais de Haïti, des Martiniquais, qui viennent également se faire soigner dans le centre. Mais le parcours est le même, ils passent par les hôpitaux et après, ça se termine en Afrique. ■

Résumé

Formé aux techniques thérapeutiques traditionnelles au nord Bénin et à la médecine psychiatrique à Dakar et à Paris, l'auteur, d'abord déchiré entre ces différents héritages, tente de jeter des ponts entre ces deux univers de soins. Dans ce texte, il nous fait découvrir la tradithérapie.

Mots-clés

Culture traditionnelle africaine, déchirures liées à la colonisation, médecine occidentale, psychiatrie et tradithérapie.

DISCUSSIONS

Jean-François Allilaire

Nous venons d'entendre le magicien de la conférence qui part avec un projet, qui en revient avec quelque chose de complètement différent. Moussa Maman nous a donné une véritable leçon. Il y a un paradoxe terrible. Notre psychiatrie occidentale, bien standardisée, se donne pour moyen thérapeutique d'extraire, d'effectuer l'exérèse des symptômes de nos patients puisqu'on est formé sur ce modèle classique, médical et psychiatrique. Je suis, en tant que psychiatre occidental, dans une position de magicien : je peux, avec mes produits ou avec mes techniques, faire l'exérèse de ses symptômes et magiquement le patient s'en va, apparemment soulagé. En réalité nous savons qu'il n'en est rien. C'est là que nous voyons la force du travail de la tradithérapie, effectuée, en l'occurrence, par Moussa Maman, qui donne au sujet l'occasion de manager, on peut le dire avec nos termes à nous, la force et le dynamisme de ce qui précisément l'affecte. C'est évidemment tout à fait empirique, mais c'est un empirisme particulièrement séduisant et efficace, du moins dans cette culture. Il ne faut pas oublier que nous sommes dans un monde culturel différent.

Claude Reinat

L'idée de cessation de la pensée dans l'intervention de Madame Ducosson m'a beaucoup plu, mais je trouve néanmoins qu'on ne peut pas en inférer uniquement à la séparation, parce qu'à l'inverse, on peut trouver un certain nombre d'enfants qui ont été séparés précocement d'avec les parents et qui développent un surinvestissement de la pensée dans une tentative de lutte contre l'affect dépressif qui peut surgir. La lecture un peu linéaire que vous en faites me semble réductrice.

Linda Sarfati

Je ne vois pas où la pensée de madame est réductionniste dans la mesure où elle raconte deux cas qui sont comme ça. Elle ne réduit rien du tout.

François Lecher

J'ai trouvé les interventions de ce matin passionnantes. J'aurais voulu parler de la position des sorciers, des guérisseurs. Il m'a semblé que vous essayiez de dire que les guérisseurs avaient les mêmes positions que les scientifiques : ils ne tiennent pas tellement compte de la position du sujet malade, mais plutôt de la leur.

J'ai le sentiment qu'en fait, vous avez mis les guérisseurs uniquement dans une position de maître, et pas du tout dans une position d'écoute du discours du malade, de la personne souffrante ; ils connaissent, imposent, tout comme dans la position scientifique où l'éthique du soin est mise un peu de côté.

Madame X

Je voulais savoir s'il y a, au sujet de la magie, une différence de formulation entre les pays et si en France il y a quelque chose que nous occultons, car les patients n'en parlent pas au psychiatre, ayant peur que ce soit taxé d'irrationnel. Dans la région de Montpellier je ressens pas mal de choses et je crois que chez les Bretons c'est tout à fait connu. Tout ce qui tourne autour de la magie n'est pas évoqué dans un cabinet de psychiatre. Est-ce une question de pays ou simplement est-ce que notre " position rationnelle " ferme la possibilité que certaines paroles s'expriment ?

Dany Ducosson

Concernant le problème de l'inhibition intellectuelle, il est sûr que la séparation n'est pas la seule chose qui en rende compte. Mais Alexa passe de cette mère à laquelle elle était attachée à cette autre femme qui avait des conflits particuliers et les arrachements, comme ça, favorisent ce type de fonctionnement de pensée. On remarque de manière assez importante ce type de fonctionnement. D'autant qu'il est difficile d'introduire une possibilité symbolique du fait de la position difficile des pères dans certaines situations. Et les mécanismes de défense s'en ressentent. L'économie de pensée est un mode de défense assez répandu.

Monsieur X

Lors des arrachements et des déplacements, du fait des modifications de l'environnement et de l'entourage, les possibilités identificatoires sont évidemment très perturbées et cela suscite, chez la mère, des oblitérations du père de l'enfant, de ce qu'elle a fait après la dépose de l'enfant. Donc à chaque fois que l'enfant change de lieu, il se retrouve avec une nouvelle histoire qui commence. On s'aperçoit, effectivement, qu'il n'y a pas que l'arrachement physique. Il y a aussi beaucoup d'autres choses, et notamment ce qui s'est passé avec les pères successifs. C'est probablement là, le fond du problème : *tu es le fils de ton père, mais le père que tu as ne sait pas que tu n'es pas son fils et toi le père que tu crois que tu as, n'est pas celui qui y est pour de vrai*. C'est épouvantable, il a changé de père trois fois. Alors, on ne s'étonne pas que l'enfant soit déprimé. Et l'on ne

s'étonne pas non plus que le rebondissement de l'arrachement puisse entraîner des troubles du comportement, c'est quand même assez fréquent. Et, fait particulier aux Antilles, on passe vraiment très souvent à côté de la souffrance de l'enfant.

On passe déjà à côté de la souffrance psychique d'une manière générale. Ce n'est pas spécifique aux Antilles, mais enfin, c'est assez marqué. C'est plus marqué ici qu'à Paris. C'est un vrai drame, ces enfants qui sont considérés a priori comme innocents mais en même temps imperméables. Imperméables aux paroles destructrices qui sont prononcées devant eux, aux mots assassins prononcés à leur encontre. Ils sont considérés comme imperméabilisés par leur innocence. C'est pour ça que je trouve que l'exposé de Dany Ducosson est très important et fort.

En ce qui concerne la position du sorcier guérisseur, on aurait aimé que le sorcier guérisseur écoute et qu'il soit à l'écoute de ses patients. Ce n'est pas la réalité, vous êtes bien d'accord. Il sait avant. On n'a pas besoin de parler puisqu'il a déjà lu dans le crâne du consultant.

Monsieur X

Vous avez fait un parallèle entre l'interprétation des guérisseurs et l'interprétation freudienne. Il semble que ce n'est pas exactement la même chose. Il semble, à travers ce que vous avez dit, que l'interprétation des guérisseurs soit une interprétation qui part d'une position de maître avant tout. C'est-à-dire : *il sait*. Il ne tient pas compte de la validation que le patient pourrait donner de ses interprétations. Alors que dans l'interprétation freudienne, ce qui compte avant tout, c'est que le patient valide l'interprétation puisque c'est son interprétation. Le psychanalyste ne reprend que la propre interprétation du patient. Il y a tout de même une différence, pour moi, entre les deux.

Ce que je voulais savoir, c'est si j'ai bien compris ou si la position des guérisseurs est autre ?

Moussa Maman

Je voudrais dire tout d'abord que la démarche du guérisseur est rationnelle. Dans sa logique, il est rationnel. Peut-être utilise-t-on des éléments irrationnels, l'esprit ? La psychanalyse utilise aussi des éléments irrationnels : l'inconscient. Qui peut déterminer l'inconscient ? L'inconscient peut jouer de bons comme de mauvais tours, tout comme les esprits. On ne matérialise pas les esprits. Quand on fait un acte manqué, on dit c'est l'inconscient, pour nous c'est l'esprit : *c'est votre esprit qui a fait ça, c'est votre esprit qui vous a poussé à le faire*.

Les termes sont peut-être différents mais on dit la même chose. Un guérisseur n'interprète pas. Un guérisseur traditionnel de l'Afrique, en tout cas dans le milieu que je connais, n'interprète pas les dires du patient, non plus que ses rêves, même s'il donne ses rêves.

La logique du travail des guérisseurs est l'irrationnel. Il utilise cet outil sans lequel son travail ne marche pas. Il ne peut utiliser autre chose que ça. Tout comme le psychiatre décrit de quoi souffre le malade et donne un traitement.

Cathy Dumesne

À ce que j'ai compris, que ce soit la position du psychothérapeute ou celle du guérisseur, le but est d'arriver à se réconcilier avec soi-même, à ce que cette force des inconscients émerge et devienne une énergie positive. Le but est le même finalement. Les moyens, la technique sont différents mais finalement le patient redevient un sujet qui est en accord avec lui-même. Il suffit d'utiliser cette énergie négative en énergie positive.

Sofiane Zribi

Je suis confronté au même problème que vous dans mon pays, par rapport aux tradithérapeutes et à tout cet ensemble des thérapies traditionnelles ; Mais nous avons une position pratiquement opposée, nous n'essayons pas d'avoir une relation avec eux, nous sommes plutôt en conflit et en contradiction. Je vous propose une réflexion qui va un peu au-delà de la psychiatrie. Face à une pathologie, une souffrance donnée, le psychiatre a-t-il uniquement un rôle thérapeutique, doit-il laisser la personne enfermée dans un système traditionnel classique ou bien a-t-il aussi un rôle de pédagogue traditionnel qui peut amener la personne à s'ouvrir à une certaine modernité, à une réflexion différente ? Dans une thérapie traditionnelle, on arrive, comme dit Toby Nathan, à reconstruire l'équilibre de la personne au sein de son groupe. Mais le groupe aujourd'hui n'est plus fermé, les sociétés évoluent, des influences extraordinaires viennent d'un peu partout et la société est en évolution continue, elle ne s'arrête pas.

Les gens sont souvent confrontés à des informations de toutes sortes ; il y a les informations traditionnelles, la télévision, les possibilités médicales. Je me demande si les relations, presque confraternelles entre le psychiatre, qui est quand même le " détenteur de la science rationnelle " et le tradithérapeute, ne sont pas une sorte de complicité. Est-ce qu'on ouvre une porte vers la modernité et vers l'évolution d'une société ou est-ce que l'on continue à perpétuer un système fermé qui ne permet pas à une société d'évoluer ?

De Bernardi

J'ai deux questions, :

Une à monsieur Moussa : j'aimerais savoir si les patients que vous adressez dans votre petite unité au Bénin sont des patients psychotiques ou des patients névrosés ?

Ça me paraît tout changer dans la mesure où on ne voit pas trop pourquoi un névrosé irait se réfugier dans le ventre maternel, serait materné ensuite, s'épanouirait ou pas ? et est-ce que ces patients retournent en Métropole ou est-ce qu'ils restent chez vous ?

Ensuite une petite remarque sur l'interprétation et le savoir. Freud dans *le petit Hans* se présente comme " le sachant ". Quand le patient vient nous voir, il nous met dans la position du sujet supposé savoir. Il nous met dans la position du sorcier de la même manière.

Jacques Othoniel

Ça ne va pas du tout Dr Lacaze, je ne vais pas bien et dans ces conditions, j'irai consulter un cagouasseur, on appelle ça chez nous un gardien de la paix. Et j'en profiterai, puisque mon fils doit présenter le Brevet d'Études cette année, pour lui demander conseil afin de m'éclairer sur la démarche que je dois suivre. Je me rappelle cependant avoir entendu dire que dans vos pays, en Italie en particulier, vous avez attribué une maladie qui trouble l'esprit à la piqûre d'une araignée nommée tarentule. Pour guérir de cette maladie vous organisez autour de vos patients une danse que vous avez appelé la Tarentelle. Ici, nous faisons comme vous, nous dansons autour de nos enfants malades. En premier lieu nous les lavons, nous les purifions. On appelle ça : prendre un bain de démarrage. En créole, on dit : un bain démarré. De façon très concrète, voici la question que je voulais poser à Aimé Charles-Nicolas : lorsque l'on parle du tradipraticien, pour employer la dénomination de Moussa Maman, on fait référence à quelque chose du domaine de ce qu'on appelle la force. La force est toujours ambivalente, elle peut créer le bien mais aussi le mal. Cette dimension du malin n'a pas été mentionnée, me semble-t-il, dans le propos de nos collègues et amis. Cet aspect maléficiel est la contre-partie de l'aspect bénéfique de la thérapeutique.

Moi je ne sais rien de la stratégie, ni de la capacité de celui qui détient la force. Je ne suis que celui qui va voir, qui consulte, qui ignore tout en réalité de la nature de son pouvoir. Mais je sais malgré tout qu'il fait référence à quelque chose qui est Dieu. Moi aussi, je suis tenu de prier Dieu. C'est ce que je fais le matin en me

levant. Je prie Dieu pour que ça marche, pour que ça fonctionne. N'y a-t-il pas toujours cette référence au Dieu, à quelque chose qui nous transcende, quelque chose qui nous dépasse ? De ce point de vue, la démarche opérée par le cagouasseur, que nous connaissons bien mieux que le tradipraticien, ne rappelle-elle pas la démarche antique ?

Dans les temps anciens, il était permis de consulter tous les médecins, surtout les grands médecins. On faisait de longs voyages pour les consulter.

Dans l'aire où l'on procure le soin, tout le monde peut entrer, sauf les femmes, surtout si elles sont en état de grossesse ou si elles ont des menstruations. La femme en période menstruelle est impure, elle n'a pas le droit d'entrer dans la balone. L'homme pénètre dans la balone à la seule condition qu'il ait été purifié, d'où la mission du bain préalable. Ensuite on se couche sur une peau de chèvre, on entre en relation avec le prêtre et la mission du prêtre est de conquérir le message divin.

Cette conquête du message divin se fait à travers le rêve, *fantasma*. En définitive, ce que l'on évoque là encore c'est le prêtre, c'est Dieu, plus exactement.

Madame X

Même si le cadre y est dans la façon de s'y prendre des ethnopsychiatres, après l'intervention des sorciers, on peut toujours faire une psychothérapie, si ça n'a pas marché, si le symptôme insiste. Vous allez quelque part dans le sens d'une normativité, ce qui me gêne. Je suis d'accord avec votre analyse qui dit que les esprits, l'inconscient, ça n'est jamais qu'une hypothèse. Pour nous analystes, l'inconscient n'est jamais qu'une hypothèse. Mais la façon qu'on a de s'y prendre est complètement différente. Au bout du compte, on est dans l'après-coup du côté de la normativité ; l'analyste se dit que si ça existe, il va peut-être pouvoir entendre ce qu'il a à dire, celui-là.

Cécile Lestoquoy

Nous les psychologues, on peut travailler avec les tradipraticiens, c'est le thème de mon mémoire d'ethnologie. Par méconnaissance d'abord, par idéologie aussi, on a cette idée que le système des guérisseurs est un système fermé. Pas du tout, les sociétés traditionnelles ne sont pas fermées du tout. Elles sont tout a fait capables d'adaptation, sinon elles n'auraient pas réussi depuis des millénaires et n'auraient pas permis à l'humanité de venir. Elles peuvent justement aider certains patients.

Moussa Maman

Quant aux rechutes, je vous ai dit qu'il pouvait y en avoir. S'il y a rechute, c'est que la personne malade qu'on a soignée n'a pas fait ce qu'il fallait. Vous demandez à vos patients de faire un travail sur eux-mêmes, mais personne n'est coupable, c'est vous qui imaginez ça. C'est votre réflexion occidentale. Quand il y a rechute, on dit à la personne : *voilà les techniques que vous allez utiliser dès que vous sentirez les prodromes de la crise*. C'est comme quand vous donnez des médicaments à quelqu'un. Il n'y a pas " d'observant ".

D'autre part, on a des névrosés, des psychotiques, qui viennent au village. Ils ne restent pas chez nous, ils viennent une semaine et ils rentrent. Et ça marche, il n'y a pas eu de rechute depuis bientôt dix ans.

Aimé Charles-Nicolas

Je donne aussi mon point de vue concernant le médecin et le tradipraticien. Vous avez dit que vous étiez en conflit avec eux parce que vous vous disiez des promoteurs de la science moderne. Il me semble que le conflit n'est pas nécessaire. Effectivement la science moderne peut apporter un certain nombre de critiques sur les croyances traditionnelles, mais ces croyances répondent à un fond qui est éternel, qui est un besoin d'irrationnel, un besoin de croire, un besoin de magie, et cela existera toujours. Vous n'ignorez sûrement pas qu'il y a des chevaliers de la haute technicité qui sont patrons de grosses boîtes transnationales et qui consultent des voyants. Je ne parle pas du Président de la République. Il n'y a pas forcément conflit et nous pouvons avoir des positions de respect vis-à-vis du travail de l'autre sans pour autant entériner ce qu'il fait. On peut à la rigueur ignorer, mais il faut toujours avoir un minimum de respect parce que l'équilibre psychologique de nos patients en dépend. Nous n'avons pas intérêt à introduire du conflit là où il n'y en a pas. Pour répondre à Monsieur Othoniel, je lui dirai qu'il y a deux faces dans la magie, représentées par les sorciers et les cagouaseurs. Les sorciers font de la magie positive, les cagouaseurs peuvent faire les deux. Plus le sorcier a des pouvoirs noirs, plus le patient prend des risques parce qu'il ne sait pas à quoi il s'expose. Mais plus il peut gagner aussi parce que le pouvoir du sorcier est d'autant plus fort qu'il a également adossé ce pouvoir à des forces noires.

Madame Y

Ce débat est intéressant parce qu'il pose le problème des rapports entre psyché et culture. Je pense que le mérite de l'ethnopsychiatrie est d'avoir produit, au sujet de populations que l'on disait carencées, incapables d'élaboration, inca-

pables de fantasmer, toute une littérature abordant la carence de ces gens là. Le mérite de l'ethnopsychiatrie est d'avoir posé ces questions de la liaison entre psyché et culture.

On peut contester l'agrippement aux objets culturels, le rabattement sur l'espace culturel. Mais par rapport à la souffrance psychique, je crois que la différence aussi des thérapeutes traditionnels, c'est que la question de l'individu, ce n'est pas une question pour eux. Or, nous sommes dans des sociétés (caraïbe en particulier), qui fonctionnent à la fusion, à l'envie d'égalité absolue, à tout prix. Le projet du thérapeute traditionnel est très normatif, dans le sens où l'individu doit rejoindre le groupe pour que rien ne dépasse. Mais en même temps rejoindre ce groupe-là, c'est le prix de sa santé psychique. C'est une contradiction difficile.

Jean-François Allilaire

Lorsque Pinel a fait son traité médico-philosophique, il a inventé le concept de l'aliénation, c'était un philosophe médecin, imprégné des idées des lumières. Connaissant mal les mœurs des malades, il s'est adressé au concierge. Il faut lire ce livre de l'historienne américaine, Madame Goldstein, sur le rôle des concierges, représentés par Pussin et Madame Pussin, comme étant ceux qui connaissent intimement et observent les malades d'une façon naturaliste et avec leur psychologie populaire. C'est dans la fusion de l'esprit général de Pinel et de la connaissance des concierges qu'est née une sémiologie psychiatrique sur laquelle notre connaissance moderne vit toujours. Par rapport à cette question, il faut respecter le pluralisme de l'offre de soins. Aucun thérapeute, quelles que soient ses références scientifiques ou culturelles, n'a le monopole du savoir sur les troubles de son patient. D'une certaine manière, quand on reconnaît la capacité des uns et des autres à intervenir à différents niveaux (en les articulant), ce pluralisme peut agir et avoir des effets thérapeutiques, Et ce respect mutuel des différents niveaux d'approche thérapeutique est, au fond, une règle éthique de notre profession.

ÊTRE PSYCHIATRE EN ALGÉRIE

LA VIOLENCE ET LE SACRÉ

Loutfi Benhabib *

Je voudrais vous parler de mon pays, l'Algérie, de ce qui s'y passe actuellement, et vous donner mon point de vue sur la barbarie qui s'y déroule.

La violence s'est exercée, dans un premier temps, au nom du sacré, pour la "restitution du propre" dans le sens de pureté et dans celui de l'exclusif. Il s'agissait de décontaminer le corps social des scories culturelles de la période coloniale et des valeurs autoritairement prescrites par des gouvernants post-indépendance successifs, soucieux de "modernité". Il devenait impératif de s'emparer et d'administrer les vecteurs, moteurs de la constitution des identités collectives et subjectives. Parmi eux, la référence linguistique, la pensée libre, la gestion de l'altérité, le sexuel, la transmission ont été prioritairement investis comme champs essentiels du contrôle absolu.

L'idéal des auteurs de ce projet est "une société transparente à elle-même, régie par des pratiques sociales exprimant l'adhésion à une identité collective, stable et consensuelle". Le respect des valeurs originelles, les seules qui seraient authentiques, mettrait fin au flou identitaire actuel, désigné responsable du désarroi, de la souffrance des individus en errance, piégés dans une chaîne de significations symboliques et culturelles antagonistes et prescrites arbitrairement par les envahisseurs successifs. Le fantasme, support de cet idéal, est une société qui serait une collection de "Un" identiques, une totalité indivise. Ce fantasme de l'Un a pour corollaire la haine de l'autre différent, que la terreur devrait anéantir. L'idéal serait un corps social nouveau, qui fait des auteurs du projet les fondateurs d'une origine autre, qui libère d'un présent douloureux pour l'arrimer à un mythe originaire.

* Psychiatre, Praticien Hospitalier, psychanalyste Charenton, France Exilé d'Algérie.

Dans un second temps, la violence religieuse s'est libérée du message messianique qui la légitimait pour basculer, avec les massacres collectifs et anonymes, dans une logique axée sur une réponse globale et radicale à sa question. La notion du mal et la dimension rédemptrice disparaissent du discours, seul compte l'ordre originel dont la mise en place est la seule finalité. Cette rupture avec le texte initial a eu pour effet de désincarner l'objectif premier, de faire l'impasse sur les hommes qu'on avait le souci de sauver et a précipité la violence dans une barbarie sidérante parce que fondée sur un absolu total et clos. L'érection du texte en pur objet fétichiste, dépouillé de sa fonction médiatrice, a projeté les différents protagonistes du corps social dans un rapport de fascination jouissive, d'où sont exclus la reconnaissance de l'altérité, le jeu de l'empathie et l'attribution du sens potentiel aux actes et pensées de l'autre. Les bourreaux sont ainsi vécus comme des mutants et leurs victimes, par une annulation symbolique, ne sont plus que des "choses dérisoires" dont on se débarrasse sans état d'âme. Quant aux autres, la grande majorité, du seul fait de la faiblesse inhérente à leur humanité, ils portent en eux la menace potentielle de pollution du texte et deviennent suspects : seule leur allégeance à l'ordre des bourreaux peut les soustraire à la condamnation par anticipation.

A - Qui sont ces jeunes pris dans cette tourmente meurtrière ?

Une enquête des services de médecine légale de l'Hôpital Universitaire de Mustapha (Alger) donne des informations instructives sur la biographie de 600 terroristes, abattus par les services de sécurité :

- 13 parmi eux ont un passé psychiatrique ou de psychopathie ou des antécédents judiciaires,
- 487 sont des individus ordinaires, donc au-dessus de tout soupçon.

La majorité, qui travaille et est instruite, est loin du cliché du terroriste type décrit par la presse officielle. Elle n'est ni dans la précarité économique, ni dans la marginalité sociale ou dans la désespérance. Ces jeunes ne sont pas négativement privilégiés ou stigmatisés. Hanna Arendt notait justement à propos des grands réformateurs politiques et religieux, que ce ne sont pas tant des gens qui ont subi des injustices que des gens qui ne peuvent supporter que d'autres en subissent. Et c'est au nom d'une idée, d'une vérité absolue, qu'ils se sont sacrifiés. L'ordre symbolique en cours, en faillite et incapable de tisser du lien social acceptable, n'est plus pertinent ; ils proposent une autre référence, un autre ancrage.

β - Pourquoi l'ordre du religieux s'est-il imposé dans la société comme un espace symbolique substitutif plus attractif que l'ancien ?

Pour ces jeunes, l'appel au sacré ne fait pas symptôme et n'a pas été une instrumentalisation de la religion pour dissimuler la perspective politique de leur action. Le mode de "subjectivation politique" a toujours été, en Algérie, religieux. C'est, par exemple, au nom du texte religieux que le mouvement de libération national a conquis la population à ses idéaux d'émancipation et de liberté. Il a greffé sur le discours religieux, jusqu'alors souverain, les principes des "Lumières" - au nom desquels s'était d'ailleurs justifiée l'œuvre coloniale française - pour enfermer la colonisation dans une contradiction fatale et faire aboutir sa propre cause. Le consensus entre les deux discours, moderniste et religieux, a été essentiellement politique ; il est né d'une cohabitation qui a obéi à une logique du rapport de force et non à une logique de la cohérence des arguments en confrontation. L'identité, autour de laquelle se sont regroupés les nationalistes durant toute la période de résistance, est une identité de combat, construite en reflet inversé de l'image de l'autre, celle du colon, et qui ne tiendra d'ailleurs pas au-delà de la défaite de l'ennemi. Ce consensus n'a donc pas engendré de pensées, de valeurs partagées par tous, qui auraient pu servir, une fois l'indépendance acquise, à édifier les assises identitaires de l'Etat-Nation.

Le corps social, inscrit au lendemain de la libération sur la scène de l'histoire par la résistance à l'occupant, est impatient de jouir des promesses d'émancipation et ne veut plus différer leur réalisation. La manne pétrolière a pu, dans un premier temps, satisfaire les aspirations au bien-être matériel et couvrir les divergences. Pour prolonger ce répit de paix civile nécessaire à la construction économique, le pouvoir en place s'est engagé dans la réactivation du pacte national. Il a cédé au système religieux l'initiative de la redéfinition des termes de l'équation identitaire pour conserver, seul, la direction du projet économique. La logique politique a de nouveau été privilégiée par rapport au traitement réel des questions centrales auxquelles sont confrontées toutes les sociétés qui aspirent à la modernité. La reconduction du pacte s'est négociée au prix d'une mystification des valeurs essentielles alors que le respect de leur authenticité participe à la fondation d'une nation. Ainsi :

- Au noyau anti-colonial, fondateur de l'identité antérieure, sont opposées les nouvelles "constantes nationales". L'identité prescrite est exclusivement, définitivement, uniformément arabe et islamique. Toute antériorité autre que la source originelle fantasmatique est proscrite, abolie.

- À l'histoire et à la mémoire authentiques est substituée une légende qui enserme la société dans un discours faux qui lui barre l'accès au sens partageable et aux valeurs unificatrices, et qui l'inscrit "dans une pensée qui l'amène, du fait de la non élaboration de ce qui a été occulté, refoulé, réprimé, forclos, à se mettre dans les impasses et à ne pas pouvoir sublimer les pulsions meurtrières dont elle est traversée". Un peuple sans mémoire est condamné au cycle infernal de la répétition des tragédies déjà vécues.
- Aux langues maternelles disqualifiées est opposée une arabisation massive et accélérée qui ne tient pas compte de l'état de cette langue, de ses textes, de toutes les références auxquelles elle renvoie. Cette langue, telle qu'elle a été enseignée, est enfermée dans un esprit médiéval sans ouverture ni à la pensée islamique classique, ni à la modernité scientifique et technique.
- À un état de droit, à une citoyenneté est opposé un ordre qui inscrit les sujets dans la catégorie des individus dérisoires. Ces derniers, porteurs de la violence inouïe des sujets exclus d'une histoire fondatrice, et orphelins d'une filiation, adhèrent naturellement à l'idéologie, fut-elle totalitaire, qui leur promet la restitution d'une dignité.

C - Pourquoi l'ordre religieux a-t-il été appelé en place et lieu de la fonction du Père ?

Les familles traditionnelles étendues éclatent sous la pression de l'urbanisation massive et de l'exode rural. Elles se restructurent sur le modèle nucléaire. La crise se poursuit sous l'effet de la destitution des prérogatives des familles au profit de l'état, dans certains registres de la vie courante. Ainsi, la scolarisation massive et obligatoire, notamment celle des filles, creuse la crise familiale dans le sens d'une plus grande fragilisation des valeurs au nom desquelles se magnifiait, jusqu'ici, l'organisation agnatique et patriarcale. La virilité, fondement de la paternité, n'est plus attribuée naturellement par le milieu masculin, elle est l'effet de reconnaissance de l'autre sexe :

"Être homme c'est être reconnu comme tel par une femme, être père c'est être désigné comme tel par une mère". L'inscription professionnelle de la femme dans le monde socio-économique abolit le système traditionnel d'espace séparé qui visait le contrôle des femmes dans des lieux clos ; et la compétition serrée entre la femme et l'homme sur un marché du travail rétréci affaiblit la place dominante de ce dernier. En période de grave crise économique, comme celle qui sévit dans le pays, les mâles au chômage ne peuvent plus s'imposer ni dans le monde

extérieur qui les exclut, ni dans le monde domestique, faute de statut social à faire valoir. La cohabitation avec les femmes, prolongée au domicile parental du fait de leur dépendance économique au père, trouble leur identité, leur image de mâle. Les pères sont à leurs yeux responsables de ce désastre, ils n'ont pas su préserver la structure naturelle des familles. Le père incriminé dans ce désastre familial n'a pas eu, pour eux, l'autorité nécessaire pour maintenir le respect des valeurs traditionnelles, ni la capacité de maintenir sous domination les mères et les sœurs. Le souhait des fils est de prendre eux-mêmes la charge d'une remise en ordre des normes de références. En somme, ils entendent se substituer au père devenu incapable d'assurer sa fonction. Mais cette destitution du père prive de fait les fils du meurtre symbolique nécessaire à leur développement. Et ce sont là des situations où les jeunes sujets, en difficulté pour articuler les trois registres du père-réel, imaginaire et symbolique, sont tentés par la solution d'un passage à l'acte meurtrier. Cette prise de pouvoir au père défaillant par les fils a pour effet d'inverser les positions dans l'économie symbolique de la famille. Ils se placent en pères de leurs pères dans l'espoir de rétablir l'attribut "tout-puissant" accolé naturellement au Nom du Père. Qui alors, sinon l'ordre religieux, peut rétablir l'ordre naturel des choses, restaurer une fonction paternelle et sanctifier la soumission au père ? ■

Résumé

Réflexion sur les origines de la violence intégriste en Algérie. Les espoirs déçus des lendemains de l'indépendance, la faillite de l'organisation familiale traditionnelle, la dégradation des conditions de vie ont donné corps à la constitution d'un discours accessible, structuré, véritable cataplasme des identités fragilisées.

Mots clefs

identité - intégrisme religieux – violence - loi du Père - faillite du symbolique

Bibliographie

- Arendt H. - *Le système totalitaire* - Seuil, coll. Essais, Paris, 1972.
- El-Kenz - *Au fil de la crise* - Bouchène-Enal, Alger, 1989.
- Lardjane O. - *Identité collective et identité individuelle* - Réflexion, Alger, 1977, pp 15-23.
- Lardjane O. - *Le statut du sujet dans les manuels de philosophie algériens* - N.A.Q.D. n° 5, Alger, 1977.
- Medhar S. - *La violence sociale en Algérie* - Thala édition, Alger, 1977.
- Remahoun H. - *Sur l'enseignement de l'histoire en Algérie ou de la crise identitaire à (et par) l'école* - N.A.Q.D. n°5, Alger, 1977, pp 57-63.

TÉMOIGNAGE D'UNE PRATIQUE DE PÉDOPSYCHIATRIE À ALGER

Loutfi Benhabib*

En 1983, j'ai initié avec des amies psychologues une aventure de soin pédo-psychiatrique dans un quartier populaire d'Alger.

Pour cette équipe, les objectifs du projet sont alors clairs : restaurer la subjectivité de l'enfant aliéné et le réinscrire dans une place de sujet, sujet perçu non comme un être solipsiste mais bien déterminé par l'Autre (d'où viennent le message et l'Autre de son adresse).

Le soin engage des partenaires actifs :

- Des enfants mal dans leur être, acteurs d'un travail de réappropriation d'une historicité subjectivante.
- Des adultes capables de traduire pour les enfants, en mots et en actes signifiants, tout l'insensé reçu d'eux.

Le thérapeutique s'étaie sur un cadre doté de deux qualités :

- Être un espace physique convivial, ouvert aux opportunités de vivre ou de redouter des expériences ensemble et aux occasions de partage d'un jeu ou d'un faire. Ce cadre est souple et perméable, il peut accueillir d'autres adultes pour des activités intra-muros et autoriser les enfants à rechercher ailleurs des lieux de jeux et de rencontres.
- Être un espace d'élaboration psychique actif, constitué par les appareils à penser des soignants qui y travaillent et dont la finalité est d'accueillir l'insensé pour y lire des espérances avortées et proposer des accompagnements aptes à reconstituer ou à rattraper des subjectivités effilochées.

* Psychiatre, Praticien Hospitalier, psychanalyste Charenton, France Exilé d'Algérie.

Au cours des trois expériences dont je vais parler, l'équipe a soutenu une fidélité aux principes thérapeutiques mais elle a dû adapter à chaque fois le dispositif de soin, d'une part parce qu'il évoluait en réaction à une situation sécuritaire incertaine, d'autre part pour faciliter les actions solidaires de la communauté. Cette dernière a été sollicitée comme rempart protecteur de l'autoritarisme des tutelles administratives. Les autorités sont plus sensibles aux projets de santé somatique et plus sceptiques à l'égard des expériences pédopsychiatriques. Ils veulent limiter les soins des enfants malades mentaux aux seules consultations psychologiques, en faire une activité annexe de la psychiatrie générale. Plusieurs pratiques pédopsychiatriques, dans le passé, ont été suspendues brutalement, dont la plus connue a été celle de l'hôpital de jour " Les Oliviers ", initiée par feu le Professeur Boucebc. La cité a été sollicitée en partie pour limiter le risque d'un soin clos et de sa dérive représentée par la gestion totalitaire de la folie. En fait, la communauté a été convoquée pour sa dimension de rempart et sa proximité a été intime au point de penser que le dispositif thérapeutique avait été défini de l'extérieur et que l'espace de la cité était le lieu sans murs d'où partaient ou se donnaient les soins.

Au cours de ces 13 années, notre initiative a tenu à la volonté d'une minorité active qui, à l'instar d'autres minorités du pays, également porteuses d'un message de modernité dans leur secteur et leur domaine, a voulu transformer la brèche que représente cette pratique en un projet collectif que seul un enracinement populaire peut inscrire dans la durée historique, à l'abri des chocs en retour auxquels nous a habitué l'expérience du pays. La question a été alors de chercher comment faire pour que cette pratique ne se limite ni à une action à la surface des faits sociaux ni à une greffe, avec toutes les possibilités de rejet qu'elle implique.

Au début, BAB EL OUED

En 1983, je suis affecté au centre de guidance infanto-juvénile de Bab El Oued. L'institution est exigüe, insalubre, et l'équipe réduite à une psychologue, une psychopédagogue et un psychiatre. Les soins proposés sont modestes, au regard des besoins exprimés par la population du secteur. L'équipe suit peu d'enfants en file active, la majorité des familles consultantes repart avec des orientations vers des institutions fictives, non encore mises en place ou avec l'assurance que les difficultés de leur enfant s'estomperont avec son développement. Cette pratique me paraît inconsistante, je l'abandonne pour une autre façon de faire, une autre manière de penser permettant de se libérer des contraintes sans porter préjudice à la qualité des soins.



Moussa Maman, Loutfi Benhabib, Aimé Charles-Nicolas

L'ancienne équipe en exercice ayant refusé la mutation de la pratique et préféré se retirer à l'hôpital psychiatrique de tutelle, de nouveaux soignants sont cooptés. Des résidents en psychiatrie, des psychologues, des orthophonistes proposent leurs services bénévolement en contrepartie d'un stage, d'un enseignement pédopsychiatrique et d'un engagement pour un recrutement à venir. Le jeune âge de ces soignants et leur volontarisme sont un atout pour supporter les conditions pénibles de travail.

Le centre est certes inconfortable, mais qu'importe, l'objectif de cette aventure n'est pas de garder les malades derrière les murs mais de proposer une médiation, une présence d'adultes capables d'accueillir des "ratés" de la vie et de l'école, de leur parler et de créer pour eux un espace d'espérance dans lequel ils seront sûrs de compter et d'être acceptés tels qu'ils sont. L'équipe cherche ailleurs des lieux susceptibles de concrétiser son vœu d'offrir des soins au plus grand nombre. Chaque unité de soin primaire du Secteur Sanitaire accueille un petit groupe de soignants pour y traiter la première demande, sur le lieu même de son expression. Cette pratique de proximité a une portée inattendue, celle de sensibiliser les collègues somaticiens de l'unité à l'écoute et à la prévention de la souffrance mentale. Ils deviennent des praticiens très efficaces dans la prise en charge des difficultés psychiques mineures.

Les institutions partenaires se mettent aussi en devoir de s'acquitter vis-à-vis de nos patients des prestations qu'elles proposent habituellement aux enfants ordinaires. Écoles, musées, cinémas, associations sociales interviennent auprès des malades dans le champ qui est le leur.

La multiplicité de lieux donne une dimension éclatée à la pratique thérapeutique et est d'un grand intérêt pour l'intégration par les enfants des repères d'espace et de temps (ici/là-bas, dedans/dehors, hier/demain). Le passage d'un espace à un autre, leur articulation mettent constamment à l'épreuve leurs capacités à négocier les expériences de séparation, à différencier les lieux et à évoquer auprès des autres ce qu'on y fait ou ce que l'on va y faire. L'éclatement du soin donne à l'accompagnement de l'enfant, entre les divers espaces, l'aspect d'une promenade où le plaisir d'une complicité partagée a une fonction de force externe liante des premières intégrations et régulatrice des premières émotions. La dispersion des lieux a un effet " dé-ségrégatif " dans la mesure où la population locale s'habitue à voir les malades fréquenter ces espaces.

Le centre de guidance se constitue principalement en lieu de repli pour réfléchir sur la dialectique du mouvement de la pensée au réel, et du réel à la pensée, de refuge pour une décontamination des effets toxiques de la psychose, en un espace de ressourcement narcissique lors des moments dépressifs consécutifs aux sentiments d'échecs ou aux manifestations d'intolérance sociale à la folie. Le centre, outre sa fonction analgésique des vécus douloureux, d'exutoire d'une hyperesthésie des relations au corps social, joue un rôle suspensif qui sauve d'une tendance de l'équipe à l'activisme thérapeutique et social, expressions défensives du sentiment d'insécurité lié à la précarité du cadre légal de travail et du fantasme de toute-puissance de réparation d'une société, malade de son intolérance à la folie.

Cette activité de soins proposée dans les lieux sociaux ordinaires n'est pas greffée artificiellement aux actions habituellement proposées à leurs prestataires, elle contribue au contraire, dans le contexte d'anoxie culturelle entretenue par les autorités, à les relancer : les soins aux enfants malades, qui ont pour étayage un support artistique, se déroulent au Musée des Arts Traditionnels de la Casbah. Le responsable de cette institution a pris l'initiative de l'ouvrir à l'enseignement des arts aux enfants du quartier. Le succès est tel que cette initiative est étendue à tous les musées d'Alger.

Les manifestations culturelles, les commémorations des fêtes civiles et religieuses, interdites dans les écoles pour des raisons sécuritaires sont relancées de façon dynamique au profit des jeunes patients et réouvertes au publique. L'organisation d'une journée de solidarité pour les enfants malades du centre de Bab El Oued se concrétise par l'exposition de milliers de dessins d'écoliers sur la plus grande place d'Alger ; depuis, cette journée est devenue " Journée Nationale sur le handicap mental ", commémoré annuellement par la société civile.

Les responsables de la mosquée acceptent de nous accueillir, dans l'enceinte des lieux, pour le soutien psychothérapeutique des enfants en souffrance scolaire. La relation de l'autorité religieuse à notre égard est ambivalente ; elle voit dans notre pratique une dimension certes caritative mais qui n'est pas, à ses yeux, au-dessus de tout soupçon. Le soutien des enfants en échec scolaire se poursuivra, mais sans nous, étendu à toutes les mosquées d'Alger.

En 1987 les pouvoirs publics saisissent le prétexte de l'insalubrité du centre de Bab El Oued pour le fermer. Ils dispersent les enfants en soin dans de nouvelles structures et mutent les psychologues dans ces unités ; quant à moi, je suis affecté seul dans un autre centre, celui du " Deux Moulins ", avec pour mission d'enseigner la pédo-psychiatrie.

La suspension de l'activité du centre de Bab El Oued ne suscite l'opposition ni des parents des jeunes patients ni celle des responsables des structures culturelles avec qui nous avons déployé un partenariat actif et mutuellement profitable. Nous pensions avoir réussi le pari de la traduction de notre savoir en une praxis admise par un grand nombre. L'inertie de la communauté face à cette décision de fermeture signifie à la fois une méfiance légitime à l'égard des organes sociaux de recours, régulièrement complices des décideurs dans notre pays, et une incapacité à traduire ses idéaux et son aspiration à vivre ensemble dans des contrats liant habituellement les partenaires d'une société.

L'épopée du centre du " Deux-Moulins "

En 1987 je rejoins le centre de santé dit " du Deux-Moulin ", institution vidée de son personnel médical d'origine. Je suis le seul praticien médical de cette unité, privé de tout moyen de soins. En fin d'année, l'administration, au vu de la faible activité pédopsychiatrique, envisage déjà sa suspension, mais les émeutes populaires d'octobre 88 contrarient ses desseins. Les familles de malades soignés précédemment au centre de Bab El Oued, saisissent l'opportunité de ce mouvement de révolte pour revendiquer la reprise des soins de leur enfant. Ils occupent l'institution et me demandent de reprendre les prises en charge. Pour donner un cadre légal à leur action, ils s'organisent en association de parents d'enfants malades mentaux et s'appuient sur un comité de soutien, constitué de personnalités de la société civile (universitaires, journalistes, avocats, responsables d'associations...). Ils confient à ce comité la charge de porter le débat du droit au soin de l'enfant malade mental sur la scène publique.

Ils cooptent deux psychologues bénévoles et prennent l'engagement de financer nourriture et matériels de soin. Le contexte clinique a changé. Huit enfants

autistes ou psychotiques résident de jour dans un espace rassemblant toutes les activités de soin, précédemment éclatées entre plusieurs lieux. Les enfants ne sont plus conviés à investir les institutions ordinaires environnantes, suite à des menaces et pressions diverses. L'abandon d'une pratique séquentielle, éclatée et ouverte sur le social est vécu comme une amputation de notre capacité novatrice et nous donne le sentiment d'être dépossédés d'une dimension thérapeutique. Nous devons codifier différemment la pratique. Elle s'élabore progressivement à partir des réponses aux questions dévoilées par les contraintes du quotidien, auxquelles l'équipe doit répondre impérativement. Par exemple la proximité, non médiatisée pour les enfants, nous interpelle sur la distance et le mode d'accompagnement à proposer, choses qu'on a su faire naturellement jusqu'ici. Le confinement dans un espace clos et la présence de personnes étrangères au soin mais solidaires du projet nous font travailler sur l'urgence d'un cadre thérapeutique. La présence constante des familles au centre, vécue comme intrusive, réactive le fantasme de parents coupables de la difficulté de leur enfant, exposant les soignants à la dérive du soin réparateur. Le comité de soutien, constitué de personnalités scientifiques et placé en position de tiers sait protéger l'équipe de la paralysie induite par le risque de la confrontation aux parents.

Le support théorique des " postkleiniens " nous aide à penser les activités en termes d'échanges significatifs, à nous vivre capables d'accueillir l'insensé de l'enfant, à élaborer avec lui dans le jeu. Les occasions de plus en plus nombreuses au cours desquelles les enfants se détachent de leurs stéréotypies et de leur isolement pour se risquer dans " un jouer et faire ensemble ", nous rassurent sur nos possibilités de nous conduire naturellement sans devoir penser à la pertinence de nos propositions d'activités. Nous avons sauvegardé la perméabilité du centre aux palpitations de la cité. S'il est vrai que nous ne pouvons plus investir les espaces extérieurs, l'institution s'est par contre ouverte à l'environnement. Des initiatives multiples sont imaginées, telles l'usage de la bibliothèque du centre par les élèves du quartier, les célébrations dans l'établissement des fêtes officielles et de fin d'année scolaire, l'accueil et l'exposition au public des productions de solidarité des artistes, des journalistes. Le succès de cette ouverture du " Deux-Moulins " aux manifestations de sympathie donne aux malades et à l'équipe le sentiment d'être importants pour la cité et l'occasion de se vivre acteurs d'une mission ignorée d'eux et dont l'objectif déborde la défense de l'institution du " Deux-Moulins ". Cette attente connotée positivement, pour des enfants en mal identitaire, a constitué un contenant pertinent pour une réélaboration d'une subjectivité en souffrance. Cette dialectique de l'échange sujet/corps social, institution/cité a été au fondement du soin. Elle nous a éloignés du risque d'enfermer dans un espace clos les " ratés " de la vie et de circonscrire, pour eux,

un lieu de rejet, fatalement pauvre pour l'estime de soi, pour les sentiments valorisants. Dans des espaces de relégation, les patients sont en effet dans l'impossibilité de trouver les ressources pour contenir en eux sans en mourir les sentiments de haine et de destruction, toujours présents chez les sujets en souffrance. Au centre du " Deux-Moulins ", les manifestations de vie des enfants et des adultes ont conforté l'impression d'une gestion supportable des forces de mort. Un réalisateur de la télévision algérienne a réussi à fixer sur un document audiovisuel les regards et sourires vivants et bien adressés de ces enfants du " Deux-Moulins ", pourtant stigmatisés par l'autisme et la psychose.

La dérive la plus redoutée, en cette seconde phase, a été le risque d'un affadissement du soin par une contamination massive par le social, un recouvrement du champ thérapeutique par les questions de la cité. La revendication de la juxtaposition de ces deux champs dans le projet du " Deux-Moulins " participe de notre refus de nous dissimuler derrière "l'or pur du soin" pour échapper aux choix qui interpellent en tant que citoyen. Le comité de soutien, mis en place de balise, a contenu la crainte constante de la confusion de ces deux scènes, nécessairement irréductibles et de sa dérive, le sacrifice d'un enjeu par un autre. En s'engageant aux côtés des parents dans le registre politique du projet, il a libéré les soignants du dilemme d'avoir à choisir entre thérapeutique et praxis sociale.

La portée de l'action de ce comité, dans le contexte de bouillonnement démocratique de la société civile, a vite débordé la simple défense de l'institution. Le "Deux-moulins" est devenu emblématique, pour la société civile, de la question de la levée du silence sur la folie de l'enfant, de la solidarité à l'égard des êtres considérés comme " de mauvaise qualité ", de la résistance à l'inhumanité des conduites à leur endroit. L'ampleur du mouvement social s'est étendue, au point de faire céder les réticences des Pouvoirs Publics à ratifier " La Convention Internationale Des Droits de l'Enfant " et à modifier le Code de la Famille dans le sens du droit des enfants dits abandonnés à la concordance du nom avec celui de la famille adoptive.

Le centre de Garidi, l'avenir passé d'une pratique.

Cette dernière aventure se déroule dans un contexte politique difficile et mouvementé, marqué par une mobilisation de la société autour de la question du retour aux sources identitaires. Les structures sociales ont été déstructurées par la colonisation et par les frustrations nées d'une gestion autoritaire du pays au

lendemain de l'indépendance, ce qui a gravement fissuré la cohésion et le narcissisme du groupe social. Renouer avec des valeurs spirituelles et sociales du passé arabo-islamique conquérant est devenu le credo politique d'une société en mal d'estime de soi. Cette quête d'une origine salvatrice et d'un autre destin ne peut aboutir qu'au rejet de l'impur, du différent et au déferlement de haine envers des boucs émissaires.

La philosophie des soins a soulevé une double résistance. En favorisant le débat public sur la question des minorités en détresse, l'équipe s'est heurtée aux autorités, plus enclines à administrer le destin des fous. En s'engageant dans une pratique restauratrice de la subjectivité de l'enfant aliéné et de son émancipation en sujet citoyen, elle s'est mise en porte-à-faux avec la revendication sociale du retour aux valeurs communautaristes.

Les soignants du centre de Garidi se sont repliés sur une activité intramuros, soucieux d'aménager l'institution pour en faire un outil permettant de proposer toute la diversité des actes thérapeutiques et pédago-éducatifs. La pratique n'est plus interpellée par ce qu'elle peut percevoir comme besoins et potentialités thérapeutiques de l'environnement. La question du soin ne se pose plus qu'en termes de sophistication de l'outil thérapeutique, maintenant disponible dans les murs. L'évaluation par des tiers, régulièrement organisée lors de confrontations scientifiques entre équipes de soin, participe plus à penser l'outil thérapeutique en modèle de soin transposable qu'en instrument de proximité, sensible à la demande locale et aux questions du moment de la cité. La dérive redoutée est celle d'une inscription dans une logique d'uniformisation des pratiques ; la tentation de cette dérive est d'autant plus réelle que l'équipe s'est engagée dans la transmission d'un savoir-faire et dans la formation de soignants. Cette nouvelle démarche est apparue comme l'unique expression de résistance aux effets du repli intra-muros.

Le soin, réduit à la dimension technique de son outil, a prévalu lors de cette phase de la pratique. Ce n'est pas de techniques ni d'institutions, toujours trop onéreuses pour nos contrées, qu'ont besoin les malades mais d'hommes capables de les soutenir dans l'assomption de leur place de sujet-citoyen parmi les autres.

Cette expérience pédopsychiatrique s'est achevée, en 1994, par l'exil contraint des responsables de cette épopée de soin. ■

Note

Le Pr.M. Boucebci a été assassiné en juin 1993

Résumé

Témoignage d'une mise en place d'une pratique de soins d'enfants autistes et psychotiques dans un climat d'instabilité politique et de violence. Intérêt du rempart communautaire dans la sauvegarde du soin

Mots clefs

autisme- psychose – cadre et fonctionnement thérapeutique- communauté- violence politique

Bibliographie

- Benhabib L. - Bab El Oued : *Témoignage d'un pédopsychiatre* - O.P.U. Alger, 1994.
- Benhabib L. - *Contraste-enfance et handicap* - revue de l'ANECAMSP, 1995, pp 26-36.
- Benhabib L. - *Algérie, Année 90 : pratique du meurtre* - Paris, Lysimaque, 1999.
- Boucebci M. - *Psychiatrie dans un pays en voie de développement* (de la réalité de la psychose et de l'utopie du secteur) - In : *Psychiatrie : de révolution... en révolution* - 1986, Lyon, Césur édition, coll. PGI, pp131-149.
- Freud S. - *Moïse et le monothéisme* - Paris, Gallimard, idées, 1977.
- Freud S. - *L'avenir d'une illusion* - Paris, PUF, coll. biblio de psychanalyse, 1975.
- Hochmann J. - *Pour une pratique communautaire* - Paris, Seuil, coll. Esprit, 1971.
- Hochmann J. - *La consolation* - Paris, ed. Odile Jacob, 1974.
- Laing R.D. - *Soi et les autres* - Paris, Gallimard, 1971.
- Mannoni M. - *L'enfant arriéré et sa mère* - Paris, Seuil, coll. Le champ freudien ,1964.
- Mannoni M. - *Éducation impossible* - Paris, Seuil, coll. Le champ freudien, 1973.
- Mannoni M. - *Un lieu pour vivre* - Paris, Seuil, coll. Le champ freudien, 1976.
- Winnicott D.W. - *De la pédiatrie à la psychanalyse* - Paris, Payot, PBP Science de l'homme, 1969.
- Winnicott D.W. - *La consultation pédiatrique de l'enfant* - Paris, Gallimard, 1971.
- Winnicott D.W. - *Jeu et réalité, l'espace potentiel/connaissance de l'inconscient*. – Paris, Gallimard, 1977.

ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

UNE CONSTELLATION D'OFFRES DE SOIN ET DES ITINÉRAIRES MULTIPLES : ASPECTS DU PLURALISME MÉDICAL

Jean Benoist*

Je suis un des rares non-psychiatres dans cette salle. Être anthropologue parmi les psychiatres, c'est risquer certaines illusions, en particulier celle de la proximité. Freud a donné un illustre exemple de l'emploi erroné de la référence à l'anthropologie, mais il est excusable car il s'agissait d'une anthropologie à la fois trop ambitieuse et trop simplificatrice. Mais les choses sont toutes autres. L'anthropologie porte en elle une vocation bien à elle : celle de faire de chaque chercheur ce que Lévi-Strauss appelait si joliment “ un astronome des constellations humaines ”. Situait chaque société comme une étoile dans ces constellations, elle trace une cosmogonie où il n'existe ni centre ni périphérie, mais des cas particuliers d'une matrice générale qui s'actualise historiquement sous diverses formes.

C'est de ce point de vue que je vais essayer d'aborder ce qu'on nomme souvent “ pluralisme médical ”, terme qui mériterait des nuances, mais qui en première approximation, répond assez bien à notre objectif ici. Dans un ensemble de recherches sur ce thème à travers le monde, nous avons pu illustrer et analyser le fonctionnement de ce pluralisme (1). Cette conférence, bien plus modestement, vise simplement à attirer l'attention sur cette question. Il ne s'agit pas de situer autour de la médecine un halo d'activités “ alternatives ” ou “ complémentaires ”, mais de tenter d'accéder à des systèmes de prises en charges de divers maux, systèmes dont notre médecine, sous toutes ses variantes elles-mêmes nombreuses est un des éléments.

* Médecin, Anthropologue, Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie (LEHA), Université d'Aix-Marseille, Aix en Provence, France.

Puisque nous sommes aux Antilles, je vais commencer par le récit d'un souvenir antillais. Lorsque j'étais avant tout médecin et pas encore labellisé anthropologue, je travaillais à l'Institut Pasteur à la Martinique. On m'apporte un matin une bouteille enveloppée dans une liasse de journaux, en me disant que quelqu'un l'avait déposée là pour une analyse, mais qu'on ne sait pas bien ce que c'était ; il aurait trouvé la bouteille dans son jardin, à son réveil. D'emblée, je sens que ce n'est pas une analyse purement chimique qui est attendue. J'appelle un laborantin, ancien et qualifié. Dans le paquet nous trouvons la bouteille, à moitié pleine, encore souillée de la terre du jardin où l'homme l'avait découverte, à demi enterrée. Le laborantin pose la bouteille, l'ouvre, la hume, me la fait respirer et me dit : " Il y a de l'acide chlorhydrique là-dedans, il y a un certain nombre de choses... ". Puis, brusquement, il ajoute : " C'est quelque chose de dangereux. On ne doit pas toucher... " Il ne s'agissait pas du danger d'avaler l'acide chlorhydrique, mais du pouvoir de la bouteille ainsi chargée. Et il poursuit : " Mais de toute façon, ça ne l'est pas pour nous, ça n'était pas dirigé contre nous. " Il termine alors – n'oublions pas qu'il travaille en microbiologie – en me tendant le flacon d'alcool : " Il vaut mieux quand même se désinfecter ".

Voilà un beau télescopage de logiques, télescopage dans notre regard mais système vécu comme tout à fait cohérent et signifiant par le laborantin en question. C'était la première fois que, dans mon rôle de médecin, je rencontrais de face ce qu'on peut appeler la culture. Rencontre que j'avais dû faire auparavant sans m'en apercevoir : on sait à quel point, malgré sa bonne volonté, le médecin peut scotomiser le fondement culturel des conduites de ses patients. Sans doute est-ce l'un des effets de l'anthropologie que d'aider à lever cet obstacle. Je mentionne en passant à ce propos que bien des fois des médecins praticiens qui avaient suivi des cours d'anthropologie m'ont dit qu'ils avaient désormais perçu, comme spontanément, le sens de certains éléments du discours de leurs patients, éléments qui jusque-là ne leur semblaient pas significatifs. Il ne s'agit pas d'une question de relation interpersonnelle, mais bien d'une nouvelle écoute où ce qui s'enracine dans un social différent de celui du médecin se met à prendre un sens. Du coup, les patients s'étaient mis à en parler, sentant qu'ils seraient entendus, car ils ne parlent guère de ce dont ils savent qu'on ne va pas l'entendre ; s'ils veulent en parler, ils s'adressent ailleurs.

Mais laissons le médecin et rejoignons l'anthropologue. L'anthropologue rencontre la maladie comme un des événements de la vie humaine, parmi d'autres, mêlé à d'autres. C'est ainsi que lorsque vous travaillez dans le champ du religieux, vous accédez sans le vouloir mais nécessairement à la source

profonde, commune à la médecine et à la religion, où plongent les explications et les recours, où l'on tente de recueillir des éléments de signification et des moyens d'action, sur la vie, le mal, le destin, les infortunes. C'est là un religieux pragmatique, situé bien en amont de l'explicitation des dogmes, des cultes, des églises. Car l'élaboration des dieux est très liée aux demandes de secours. Par exemple, demain dimanche, près d'ici, entre Saint-Anne et Saint-François, dans un certain nombre de temples indiens, il y aura des fêtes religieuses, avec des sacrifices d'animaux et cérémonies d'offrandes. Presque aucune de ces fêtes ne sera indépendante de problèmes " médicaux ". Le pragmatisme du religieux se retrouve en force dès que l'on s'interroge sur l'essor impressionnant des adhésions à l'Adventisme, aux Témoins de Jéhovah, à une série de cultes. Puisqu'on évoquait tout à l'heure le Bénin, je pense à ces lieux magnifiques, par exemple l'église du Christianisme Céleste à laquelle adhère toute une élite béninoise et où se pratiquent des cultes pendant lesquels des femmes inspirées par le Saint-Esprit prophétisent. À la porte de l'église du Christianisme Céleste, dans une salle, la salle de visions, l'on peut rencontrer ceux qui ont reçu de l'esprit saint le pouvoir de " voir ". En fait, ils font le plus souvent des diagnostics d'origine d'un mal ou d'un malheur : on demande une vision, du secours, parce qu'on a des problèmes avec son mari ou son épouse, parce qu'on veut remercier d'avoir réussi un examen et l'on y va aussi en cas de maladie. En fait, on vient gérer la séquence du malheur dans cette source profonde où religieux et médical sont encore indistincts.

Avec " la grande transformation " qui, dans notre société, a fait émerger une série de pôles spécialisés allant de l'économie au politique, au médical, etc., cet ensemble apparemment indistinct a éclaté en se précisant. Le médical (le biomédical même) tente, en s'en dissociant, de s'épurer, de se nettoyer de tout cet environnement. Il le laisse à d'autres. C'est alors une partie de la réponse attendue à la demande de secours qui a été extraite de la médecine. Mais cette réponse, d'autres désormais hors du champ spécialisé des soins, continuent à l'assurer. La nécessité d'un pluralisme de recours s'enracine dans celle d'ajouter des sources partielles de réponse. Il est plus aisé de percevoir ce mouvement dans des sociétés qui nous sont étrangères. Même aux Antilles, les contrastes sont suffisants avec la société métropolitaine pour qu'on puisse en prendre la mesure. Mais ce qui se passe en France en est bien plus proche qu'on ne l'imagine : ceux qui ne parlent pas d'esprits, parlent de pollution, de stress, d'ondes, de radiations et luttent contre ces " forces ". À nous de dépister dans notre propre société les équivalents de ce qui ailleurs nous paraît clair. C'est peut-être là que le détour anthropologique nous rend lucides quant aux invocations

étiologiques, quant aux moyens de protection utilisés : se laver les mains à l'alcool, se protéger contre les pouvoirs magiques... ou contre les microbes, auxquels tous croient alors que bien peu les ont vus... Nous savons qu'il y a des microbes dans notre société parce que nos maîtres nous l'ont dit. A d'autres, leur société et leurs maîtres disent : " Il y a *Dambala* ". Pourquoi ne pas croire le père, le grand-père qui disent que c'est Dambala qui est monté chevaucher l'esprit d'un individu ?

Notre collègue tunisien faisait allusion au rapport entre la psychiatrie et les thérapies diverses dans certains pays du Maghreb. Il avait tout à fait raison. Au Maghreb, le Maroc est particulièrement riche en confréries qui assument des explications et des prises en charge. Je pense aussi à l'Inde du Sud, où vous trouvez de curieuses institutions, les dargah. Liées à des tombeaux de saints musulmans elles forment un espace d'accueil où des délinquants peuvent se réfugier ; les malades mentaux peuvent y attendre la guérison. Depuis des années se sont créés à proximité, dans leur dépendance, des "*mentals hospitals*" dans lesquels la famille va conduire des individus pour les libérer de leur pathologie,... ou pour libérer la famille d'un héritier gênant, d'une fille qui veut se marier avec quelqu'un d'autre que celui qu'on lui destine. Dans ces mentals hospitals les malades subissent un enfermement infiniment plus dur que dans les hôpitaux les plus archaïques : ils sont enchaînés, n'ont pas de droits sociaux, n'ont pas droit de contacts et sont totalement sous la dépendance du soignant-gardien (2). Il en va de même au Maroc quand, dans le cadre de la confrérie de Bouya Omar, des individus sont enfermés parfois pendant des années en raison de la condamnation du djinn qui les possède (3).

En suivant pas à pas les itinéraires diagnostiques et thérapeutiques suivis par les malades, on fait une sorte de pèlerinage à travers toute une série de ressources. Pas des ressources opposées, ni non plus faisant l'objet de stratégies coordonnées. Mais plutôt des possibilités réelles d'alternatives temporaires ou durables, jamais incompatibles entre elles, plurales par essence. Ce serait une grande erreur de penser le pluralisme comme l'usage d'une série régulière de recours, dans une succession codifiée : d'abord voir le psychiatre puis ensuite le guérisseur, etc. Il s'agit d'un tâtonnement pragmatique en fonction de ce qui se présente, au hasard. Le cheminement vers le soin passe ainsi par les voies les plus diverses, allant de ce qui nous paraît le plus terrible jusqu'à ce que nous accueillions avec un certain romantisme nostalgique. Ces itinéraires tracent une topologie extrêmement riche, une sorte de carte du Tendre où les malades cheminent, butinant soins et explications, acceptant des paroles, des plantes, des prières,

des discours sur le corps et sur le monde, sur l'âme ou les énergies. Ils tracent leur itinéraire entre ce que leur société leur offre, ce que leur indiquent des guides-thérapeutes qui sont au carrefour de ces chemins, et aussi leurs tendances individuelles.

Les anthropologues ont essayé d'y voir clair et ils se sont demandés comment ils pourraient comprendre à la fois la diversité de la réalité et sa structure qui, quelque part, crée une unité suffisante pour qu'elle soit intelligible aux gens qui circulent à l'intérieur de cette "carte". Il n'y a pas d'unité de lieu, on circule, on voyage beaucoup. Récemment encore une femme immigrée du Maghreb à Aix me disait être suivie par un rebouteux en Normandie...

Comment procéder ? Faire d'abord l'inventaire de l'ensemble des ressources de soin, tel que les perçoit la population dans ses diverses composantes. Puis, commencer en y mettant un peu d'ordre. Voilà assez longtemps, Arthur Kleinman, psychiatre et anthropologue avait proposé de commencer par un premier tri, dont l'usage s'est imposé car il était fort opératoire. Il s'agit de distinguer trois catégories, trois secteurs de soin :

Le secteur médical professionnel, celui auquel vous appartenez, qui répond en principe aux critères de la biomédecine tels qu'ils ont été élaborés après les grandes ruptures introduites par la médecine expérimentale. Ce secteur est lui-même beaucoup plus pluraliste qu'on ne l'imagine. L'inventaire des doctrines, des références, des formes de thérapies qui peuvent y exister est fort parlant à cet égard.

Le secteur de l'ensemble des médecines dites populaires. Il recouvre l'automédication courante – par exemple en cas d'insomnie : prendre du tilleul, l'usage de certains médicaments tels que l'Aspirine –. En son sein il y a des habitudes, des idiosyncrasies familiales (un médicament est prôné par la famille parce qu'un tel a été soigné par ce médicament qui est devenu quelque chose de très fort), il y a les conseils de voisinage, les diagnostics et les attributions étiologiques : telle maladie, ou plutôt tel signe est attribué dans certaines sociétés au froid, dans d'autres aux esprits, à des empoisonnements, à des agressions par la parenté.

Par là s'élabore le discours qui remplit le vide des interrogations, qui construit du plausible autour du malade, qui va l'aider à faire un choix thérapeutique. Ce niveau populaire est en chacun de nous. Nous sommes tous quelque part dans un rapport populaire à la maladie, même en tant que médecins. C'est là aussi que se décide le choix d'aller se faire d'abord soigner ici ou là.

Le secteur de la médecine traditionnelle. C'est la médecine d'une société donnée. Mais le thérapeute "traditionnel" n'est pas avant tout un technicien empirique et, n'en déplaise à l'OMS, un détenteur de plantes médicinales n'est pas un pharmacologue vernaculaire. Il donne des plantes accompagnées de prières, de rituels, de chants. Sans cela, la plante serait considérée comme non efficace. Il intègre le technique, le relationnel et le religieux, sans qu'on puisse les dissocier : le religieux n'est pas l'excipient culturel d'une pharmacologie, il est au contraire une évidence vécue comme fondamentale incarnée dans un support végétal, qui identifie le soin à la nature et qui l'incorpore dans la nature, c'est-à-dire en continuité avec le divin. En quelque sorte, le médicament est alors une hostie. Et c'est en tant qu'hostie qu'il est prégnant. Le médecin oublie que son médicament aussi est souvent reçu comme une hostie et pas seulement comme un comprimé d'Aspirine. De ce fait, même s'ils sont des "thérapeutes" traditionnels, presque tous ont des fonctions thérapeutiques débordant le territoire de la maladie pour être des "recours" plus globaux : la maladie n'est pas une entité close, le cercle de la maladie n'est pas entouré d'une muraille imperméable.

Quand les anthropologues ont un peu explicité tout cela, et se retournent vers les thérapeutes dits traditionnels, ceux qu'on appelle parfois les empiriques, ils se rendent compte, et c'est une leçon importante, qu'ils ne sont pas des empiriques du matériel, mais des empiriques du relationnel. Ils le sont par leur capacité de construire des références auxquelles adhèrent leurs malades, qui enclenchent leurs conduites de soin et qui sont généralement des références religieuses. Dans nos sociétés, le religieux est là, mais il avance souvent masqué, dissimulé par un langage qui adopte les apparences de la science, sans en adopter ni les formes de preuve, ni les concepts, ni les conséquences. Il y a là un vaste champ à explorer sur cette incorporation dans les pratiques de soin d'apparences de science, très sincèrement perçues comme telles par des malades et des soignants. Pour ne froisser personne je ne serai pas plus précis ici, mais c'est un nouveau pluralisme qui s'édifie dans nos sociétés, là où "l'esprit" est remplacé par les énergies, où le surnaturel cède la place à l'inconnaissable, tandis que la clameur publique sert plus de preuve d'efficacité que les essais en double aveugle...

Nous pouvons clore cette brève excursion dans un vaste domaine en nous interrogeant sur ce que signifie la distance souvent très grande entre la réalité des conduites des malades et ce qu'en imagine le médecin. Le bon malade du médecin est un malade fidèle, observant, qui partage le discours et les conceptions étiologiques du médecin. Mais le bon médecin, pour le malade, est-il le symétrique de ce qu'est le bon malade pour le médecin ?

Des psychiatres comprennent très bien qu'il n'en est rien. Cela ne veut pas dire toutefois qu'il faille cesser de garder raison. Le travail long, difficile, d'élucidation des symptômes, de classifications, de critiques, d'analyses, de petits pas qui, globalement, a permis d'arriver à des résultats, à des nosologies, à des médicaments, à des thérapies mérite respect. Il ne s'agit pas, comme cela menace parfois, de perdre raison en découvrant, sur le chemin de Damas, l'étoile du Bénin. Mais attention ! Et là, je cite un passage d'un texte du Dr Saraceno qui identifie bien, à mon sens, les limites de l'anthropologie et des sciences sociales. Il écrit dans un manuel : *“ En l'absence d'innovations substantielles en ce qui concerne tant les théories de la psychopathologie que les connaissances étiologiques des maladies mentales, il est naturel que la communauté psychiatrique se passionne périodiquement pour quelques nouveaux fragments de théories ou de pratiques et le capture dans son propre ordre conceptuel. (...) ”*

Avec ces fréquents recours omniexplicatifs à la bien connue notion de biopsychosocial, ce qui ne s'explique pas avec le bio, s'explique avec le psycho et/ou avec le social. Il y a une sorte d'illusion, selon laquelle l'appel à la complexité atteint le découragement du non savoir et de l'impuissance thérapeutique. ”

C'est peut-être un peu cruel, mais je me demande parfois si cela ne s'applique pas aussi à l'ethnopsychiatrie et à un certain nombre de ces sous-ensembles qui pensent réincorporer la complexité mais, n'ayant pas la capacité de l'embrasser toute entière, s'appuient sur certains aspects de l'anthropologie pour ébranler la raison fondatrice de la science. Or, on doit se demander si c'est d'excès de sciences ou de manque de sciences que souffre en ce moment la médecine. Manque non pas de la science biologique, mais de cette autre science que l'on a essayé d'évoquer avec l'anthropologie : la science du social, du relationnel, l'explication et l'analyse des conduites réelles des gens. La croyance d'un individu peut être aussi résistante qu'une roche volcanique. Et doit-on le nier parce que la croyance est transparente alors que la roche fait mal quand on la heurte ? Mais élargir la science dans cette direction, n'est pas adhérer à des para-rationnalités sous des dehors philosophiques. Le pluralisme médical est d'abord une leçon que la conduite des malades donne aux médecins afin qu'ils élargissent leur pensée et leur connaissance de la société qui l'a modelée. ■

Résumé

Le cheminement du malade vers le soin se fait au sein d'un ensemble de recours parmi lesquels la médecine, sous ses diverses formes, n'est que l'une des étapes possibles, même si elle est souvent une étape privilégiée. Le médecin doit prendre conscience de cette réalité et apprendre à la percevoir. Cela contribue grandement à sa relation avec le patient et à sa compréhension de ce qui se déroule autour de lui dans le domaine très évolutif des thérapies et des diverses formes de recours offertes aux malades

Notes

- 1 Jean Benoist (éd.) - *Soigner au Pluriel, essais sur le pluralisme médical* - Paris, Karthala 1996, 520 p.
- 2 Laure Singaravelou - *Du dargah au " mental hostel " d'Ervadi (Tamil Nadu) : entre hospitalité et hospitalisation* - in : R. Massé et J. Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré* - Paris, Karthala, 2002, 493 p.
- 3 Naamouni Khadija - *Le culte de Bouya Omar* - Casablanca, EDDIF, 1993, 223 p.

DISCUSSION

Madame X

Je voudrais remercier le confrère algérien pour son passionnant exposé à partir d'une situation tragique. Ce que vous avez avancé témoigne d'une éthique et l'éthique est toujours subversive. C'est à peu près antinomique avec le pluralisme ou le particularisme ou bien l'universel posés comme topologie. Ce qui conduit, comme vous l'avez montré, au meurtre. Vous nous avez raconté cela avec beaucoup de courage et de gravité.

Monsieur X

Je suis très content que ce soit un anthropologue qui vienne nous réveiller, nous psychiatres qui discutons depuis ce matin de nos différentes pratiques, en oubliant presque que la catégorie de l'universel n'est pas si facilement rabattable aux différences culturelles. Évidemment, ça paraît un peu difficile de le dire comme ça, d'autant plus qu'on est en train de parler d'ethnopsychiatrie. Mais il me semble quand même qu'au-delà de tout ce qui distingue nos pratiques, au-delà de tout ce qui distingue nos outils, voire nos objets de soins (que nous prescrivons), il y a ceci, que l'anthropologue nous rappelle avec une équation toute simple : *hostie égale médicament*. Et en même temps, j'aimerais me rappeler cette phrase de Balint et peut-être même le paraphraser : *le médicament le plus prescrit, c'est finalement le médecin lui-même*. On peut le paraphraser en disant qu'au fond, non seulement le médicament le plus prescrit, mais aussi, pour les analystes, l'interprétation la plus prescrite, voire l'intervention la plus prescrite sinon l'objet de soin le plus prescrit, c'est le thérapeute lui-même. Cela veut dire qu'il y a des sujets supposés savoir qui produisent du transfert, c'est-à-dire du relationnel. Même Mesmer a fini par renoncer aux facultés de l'aimantation pour parler de la relation. Et Freud, dans *Contribution à l'histoire du mouvement analytique*, voulant introduire le transfert, n'a pas pu ne pas évoquer Mesmer, en disant qu'à la fin de sa vie il avait fini par comprendre que c'était le rapport qui était fugace et non pas la force de l'aimant. Donc, nous, en tant que thérapeutes, en tant qu'analystes, nous avons affaire au sujet supposé-savoir qui produit du transfert et si c'est le transfert qui guérit, c'est aussi à la seule condition qu'il soit résolu. Le patient nous crédite d'un savoir et il faut quand même lui restituer certains de ses signifiants à partir d'une écoute orientée par nos référentiels théoriques et cliniques. Ainsi, de sujet supposé savoir nous ne devenons pas sujet supposé pouvoir.

Marie-Lise Lacas

Je voudrais remercier profondément les deux orateurs qui, partant de points de vue et de considérations extrêmement différents, fonctionnent avec quelque chose de commun. Il s'agit, dans nos pratiques, dans nos intérêts, dans nos positions personnelles, de quelque chose de tout à fait essentiel, composante même d'un processus de notre propre humanisation et de ce qui fait qu'on se différencie de l'animal : ce qu'on appelle souvent le symbolique, dans la constitution duquel on a fait entrer, je trouve cela extraordinaire, du religieux, de la part manquante. Il y a quelque chose qui intervient dans toutes nos positions, dans la considération de nos engagements et qui est une référence tierce que dans d'autres vocabulaires on pourrait appeler une dimension de transcendance. On le voit dans l'analyse qu'a fait Loufi BEN HABIB de la situation algérienne et du drame de cette jeunesse à la recherche, devant des gravats et des destructions, de systèmes symboliques de référence ; cette violence sauvage ne fait que démontrer encore plus l'échec d'un retour à un religieux, qui, en fait, confirmerait qu'il est incapable de restaurer la dimension transcendante d'un symbolique garantissant une humanisation de ces jeunes et leur permettant de construire au lieu de détruire.

Dans le point de vue anthropologique, tout à fait passionnant, il y a quelque chose du même ordre qui circule. La nécessité de maintenir une vigilance par rapport à " autre chose ", de ne pas tomber dans l'illusion d'une science qui se satisferait d'elle-même dans une sorte de fausse mystique ou de fausse croyance à une toute-puissance, d'une science qui serait débarrassée de toutes les scories de la religion. Il y a quelque chose d'amusant à propos des ondes : on se met beaucoup à parler maintenant des ondes qui circulent, des ondes de la science qui étendent leurs influences jusqu'aux téléphones portables. C'est assez folklorique quand on y pense.

Moussa Maman

Vous avez évoqué un problème. Une personne a essayé de prendre des plantes et de faire des recherches sur les principes actifs de cette plante. C'est pratiquement impossible de prendre une plante et de croire que, sous prétexte qu'elle a guéri quelqu'un, elle va guérir quelqu'un d'autre de la même maladie.

Ce ne se passe pas comme ça. Mon grand-père m'a appris depuis longtemps qu'il y a toute une technique pour cueillir une plante. Par exemple, la plante cueillie le matin n'a pas le même principe actif que la plante cueillie le soir. Les grands maîtres qui ont atteint un certain niveau se mettent dans des états de conscience modifiée, chez nous, on dit : *tu vas dans le grand froid*. À partir de ce moment-là, il y a un espace dans lequel une pensée émerge et pour le patient qu'on a en face,

toute pensée qui émerge à partir de ce niveau-là, par rapport à une plante, fait que fondamentalement cette plante va soigner le patient.

Guillaume Bronsard

Je voulais poser une question à Monsieur BENOIST. Vous parlez de la partie manquante de la médecine. Est-ce que cette partie manquante elle l'a déjà eu, elle l'a perdue secondairement et est-ce qu'il faut qu'elle la récupère ? Ou bien pensez-vous que c'est une partie manquante et que le médecin doit assumer ce manque et laisser à d'autres le soin de le combler ?

Jean Benoist

On sent que la médecine suit une certaine évolution, suit un certain chemin. Que chemin faisant, elle se dépouille d'un certain nombre de choses. Que l'ethnopharmacologue devient un pharmacologue qui s'intéresse à la plante puis aux alcaloïdes, puis à la synthèse, et qu'au fond la prière, il la laisse tomber. Cette partie manquante ne manque peut-être pas à la médecine, elle manque à l'image de la médecine chez les gens qui se soignent. Et elle lui manque aussi dans l'éventail des réponses qu'elle est capable de donner ; ce que cette partie ne peut pas donner, les gens le cherchent ailleurs. Certains ne parlent plus de médecine parallèle, mais de médecine complémentaire, l'expression est venue de temps en temps. Il ne s'agit pas nécessairement de la légitimer selon les critères de l'efficacité en double-aveugle mais selon les critères de l'efficacité vécue. La maladie n'est pas un état que nous partageons avec les lézards, les crapauds, elle a une représentation que nous vivons en tant qu'humains. Notre médecine soigne l'état. Il faut soigner aussi la représentation par des choses qui sont de l'ordre de cette représentation elle-même, profondément caractérisée ici et maintenant, en un temps, en un lieu. Cette partie manquante, est-ce au médecin de l'assumer, de l'exercer, de la connaître ? En tous les cas, il ne doit pas y être aveugle. Les psychiatres ont peut-être un autre choix à faire. Je crois que la médecine ne doit pas déroger non plus. La science oblige, comme le patient oblige. C'est à nous de choisir quelque part entre les deux, le chemin qui est le meilleur pour le malade, sans le réduire à l'objet de science, sans non plus le réduire à un malade qui discourt.

Paul Lacaze

Grand merci à tous les intervenants qui ont fait en quelques heures un tour d'horizon de l'anthropologie et en ce qui nous concerne, précisément nous psychiatres, pour faire résistance à toutes formes de totalitarisme, nous sommes prêts à écouter beaucoup de gens de cette qualité, de cet esprit.

DÉSIR DE MODERNITÉ EN TUNISIE

*Les Nations et les cultures se battissent sur des principes,
S'ils perdent leurs principes, ils se perdent...*
IBN KHALDOUN
PHILOSOPHE MAGHREBIN (1332-1406)

THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC) ET INFLUENCES CULTURELLES

Zribi S*, Kamoun M.** , Ridha R.

Introduction

Comme le soulignait Linton (1968), toute culture se résume en fin de compte à “*un ensemble de comportements acquis et transmis caractéristiques d'une société donnée*”.

Ces comportements, par leurs caractères et leurs organisations, sont spécifiques des individus d'un même groupe et sont en inter-relation étroite avec des schèmes cognitifs collectifs et un mode de réactivité émotionnelle univoque.

Pour Haffani et coll (1998), l'appartenance culturelle a peu ou pas d'influence sur l'organisation clinique de la maladie mentale. Elle influence et nuance par contre certains de ses aspects sémiologiques.

“ la structure et l'économie d'une psychose ou d'une névrose varient peu finalement d'une société à l'autre... mais ce qui est différent en revanche, c'est le contenu, c'est-à-dire les matériaux avec lesquels se construisent les grands processus psychopathologiques ” écrivait F. Laplantine (1982).

D'ailleurs les travaux conduits sous l'égide de l'OMS, avec le projet DOSMED (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders) dans 12 centres dans 10 pays du globe (Jablensky et coll 1992) confirment la présence de traits sémiologiques communs dans les psychoses schizophréniques quelle que soit l'appartenance culturelle, l'ethnie ou la race.

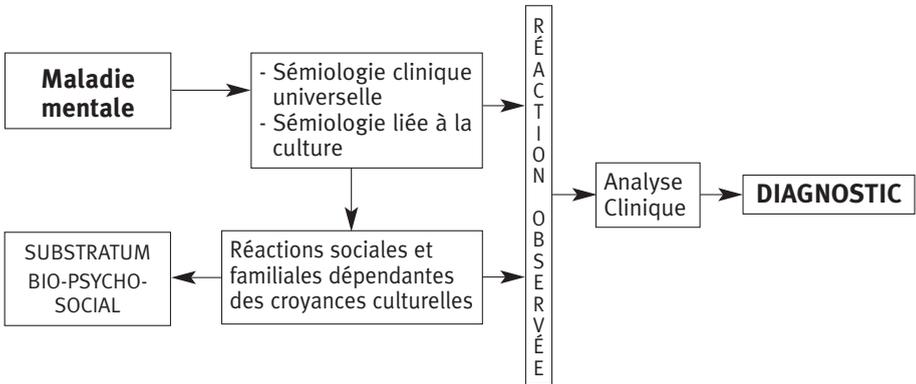
* Psychiatre, libre praticien, Tunis Tunisie.

** Endocrinologue, Hôpital Charles Nicolle, Tunis Tunisie.

Nous avons pour notre part démontré (1988) que des nosographies occidentales type DSM, pouvaient aisément être utilisées par le psychiatre Tunisien. Il existe à l'heure actuelle en Tunisie des services universitaires et des psychiatres de libre pratique qui ne s'appuient que sur cette classification pour étayer leurs diagnostics.

Par contre, la réaction de la société et de la famille à l'apparition de la maladie, l'interprétation de ce qu'elle peut signifier pour l'individu et pour le groupe, et les conduites thérapeutiques qui peuvent en découler, sont largement influencées par l'appartenance culturelle.

Nous pouvons résumer cela par le schéma suivant, fig. 1 :



Depuis l'aube des temps, chaque culture a développé des techniques thérapeutiques qui lui sont propres et qui sont issues des expériences et des croyances collectives. Elles ont représenté tant bien que mal un moyen pour maintenir ou retrouver un équilibre menacé ou perdu.

Si nous nous plaçons dans une perspective philosophique que nous emprunterons à Auguste Comte (1798-1857), les cultures humaines se classeraient à notre sens en trois grands ensembles aux limites floues et souvent entrelacées :

- Celles qui se situent encore dans la phase magique, où la pensée magique, le mauvais œil, la malfaisance des esprits et la multiplicité des Divinités ainsi que celles de leurs actions constituent souvent des explications suffisantes à l'apparition de la maladie.

- Celles qui se situent dans la phase mystique, généralement monothéiques, où le bien et le mal se livrent une lutte incessante. La maladie est expliquée en termes de possession, de faute, de péché etc...
- Enfin, celles qui se situent dans la phase scientifique où l'approche scientifique, logique et rationnelle, est mise en avant pour expliquer la maladie.

À l'heure actuelle, dans un monde bouleversé par la rapidité de la communication et la fluidité des échanges, il n'est plus possible d'observer des sociétés culturellement homogènes.

Les individus forgent maintenant leur personnalité en empruntant ici et là dans le répertoire des traditions de la culture comme dans la modernité les éléments nécessaires pour construire une explication acceptable de la maladie et en déduire les attitudes thérapeutiques à adopter.

Ainsi, en Tunisie, il n'est pas rare de voir les malades emprunter la voie de la psychiatrie scientifique et médicale tout en continuant en parallèle à consulter un tradi-thérapeute, voire parfois des charlatans.

Dans ce contexte, aucune approche psychothérapeutique ne peut faire l'impasse de l'analyse du fait culturel et du comment il interagit avec la personne et la maladie.

De toutes les approches psychothérapeutiques, celles qui se prévalent d'être les plus scientifiques, obéissant parfaitement à une démarche expérimentale et collant le plus à la psychophysiologie humaine, sont les techniques thérapeutiques cognitivo-comportementales.

Dans le présent travail, nous allons essayer d'analyser le rapport de la culture avec les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) en comparant les résultats de notre expérience du traitement cognitivo-comportemental des phobies en Tunisie à ceux publiés par une équipe utilisant exactement les mêmes techniques à Lyon (France).

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Une population de phobiques Tunisiens (N=21) (avec ou sans trouble panique), traitée dans un cabinet psychiatrique privé par un psychiatre ayant suivi une formation théorique et pratique complète dans le domaine des TCC est comparée à une population de 70 patients souffrant du même trouble et ayant subi un traitement analogue au service de psychologie médicale de l'hôpital neurologique de Lyon (Dr Cottraux, Mollard et Coll., 1984).

Le thérapeute tunisien a suivi une formation poussée aux TCC à Lyon au sein de la même équipe et va donc transposer l'expérience acquise en France à la Tunisie.

Cette comparaison portera sur :

1. le type de phobie présenté
2. Les méthodes d'analyse comportementale utilisées
3. Les techniques thérapeutiques mises en œuvre
4. Les échelles d'évaluation utilisées
5. Les résultats thérapeutiques

RÉSULTATS

1. Répartition des patients selon le type de phobie

En fonction de la classification DSM IV, les deux populations de patients se répartissaient selon le type de phobie présenté comme suit (fig. 2) :

TYPE DE PHOBIE SELON LA CLASSIFICATION DSM	POPULATION TUNISIENNE N = 21	POPULATION FRANÇAISE N = 70
Agoraphobie avec attaque de panique	11 (52,4 %)	27 (38,6 %)
Phobie simple	5 (23,4 %)	25 (35,7 %)
Phobie sociale	5 (23,8 %)	18 (27,5 %)

$\chi^2 = 1,58$ la différence de répartition des deux populations selon le type de phobie n'est pas significative ($\alpha < 5\%$).

2. Les méthodes d'analyse comportementale

L'analyse comportementale est un temps pré-thérapeutique important dans toute thérapie comportementale, elle doit permettre :

- Le recueil objectif des faits d'observation
- De les organiser en systèmes logiques et en hypothèses de travail cohérentes conformément aux théories existantes.
- De déterminer l'objectif prioritaire à atteindre et la technique pour y arriver.
- D'évaluer l'état du patient avant, pendant et après la thérapie et de déterminer la spécificité du changement observé.

Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont à leur disposition plusieurs systèmes d'aide à l'analyse comportementale, de plus en plus pertinents et développés à l'heure actuelle.

Pour les deux populations de malades les méthodes d'analyse comportementale étaient aussi similaires :

- La **BASIC – IDEA** de Lazarus (1973) {B = Behaviour, A = Affect, S = Sensation, I = Imagery, C = Cognition, I = Interpersonal relations, D = Drugs, E = Expectation, A = Attitude (du thérapeute)}
- La méthode **SECCA** de Cottraux (1979) (S = Situation, E = Emotion, C = Cognitions, C = Comportement, A = Anticipation)

C'est certainement lors de l'analyse comportementale que les spécificités culturelles du comportement problème peuvent apparaître, en voici un exemple :

M. Mourad. 36 ans, a commencé à éprouver ses premières attaques de panique alors qu'il revenait en voiture de son travail, il ne pouvait supporter les embouteillages, les feux rouges, rouler les vitres fermées. Rapidement la claustrophobie envahissait sa vie, il ne pouvait plus prendre l'ascenseur, aller au bain maure, utiliser les transports publics, attendre dans une file, se rendre à une fête. Petit à petit rester seul ou se déplacer seul le terrorisait et il était régulièrement victime de plusieurs attaques de panique par mois. Il consulte en cardiologie, pneumologie, médecine interne et est enfin de course dirigé vers le psychiatre. L'inorganicité de sa maladie le trouble, ainsi que sa famille. Plutôt que d'aller consulter en psychiatrie, la famille le dirige vers un voyant, qui diagnostique un ensorcellement " On t'a fait manger quelque chose mon fils, il faut qu'on te le sorte du ventre. Il faut aller chez telle Ouaggaa ", femme spécialisée dans l'extirpation du mal directement du ventre en faisant avaler au malade un fil de laine dont elle garde le bout entre les doigts et qu'elle ressort par la suite avec tout ce qui a pu s'y coller comme mucosités et résidu gastrique. Mourad se fait ainsi nettoyer de tous les ensorcellements qu'on lui a mis. Malheureusement pour lui, après une brève période de répit, les attaques de panique redémarrent et il ne peut plus vaincre ses phobies malgré la sédation relative de l'anxiété avec les pratiques magiques. Il se décide alors à consulter en psychiatrie.

L'analyse comportementale selon la méthode SECCA révèle les éléments suivants :

Situations : Solitude, endroits bondés ou clos, file d'attente etc. situations parfaitement similaires à ce que l'on pourrait observer chez un patient européen.

Émotions : boule dans la gorge, vertige, tachycardie, transpiration...

Comportement : Évitement, objet contra-phobique, consultations médicales...

Cognitions : Je vais m'évanouir, mourir, j'ai quelque chose dans le corps, ce n'est pas normal, on m'a fait quelque chose, je suis sous une influence maléfique, je vais devenir fou etc.

Anticipation : On va me voir malade, on va me déconsidérer, on va penser que je ne suis pas un " Homme ! "

C'est surtout au niveau des cognitions et des pensées automatiques que les différences culturelles apparaissent. Le recours à l'interprétation de la maladie comme résultante d'une action maléfique n'a rien de délirant au sens psychotique du terme et nous restons dans le cadre d'un trouble anxieux.

3. Les techniques thérapeutiques mises en œuvre

Là aussi, il y a peu ou pas de différences entre les techniques thérapeutiques mises en œuvre. La thérapie est généralement multi-modale et fait intervenir des techniques telles que la relaxation, la désensibilisation systématique, l'exposition en imagination et/ou in vivo, la correction cognitive, les jeux de rôle et l'affirmation de soi. Aucune difficulté inhérente à l'appartenance culturelle n'est notée chez nos patients.

Au niveau des croyances culturelles, telles que le mauvais œil, l'ensorcellement, le maléfice etc.. qui peuvent parfois représenter un facteur de maintien du comportement problème, l'attitude que nous avons adoptée est la suivante :

- Écoute patiente commentée seulement dans un premier temps par des signes non verbaux de compréhension.
- On résume dans un deuxième temps le discours du patient et on lui montre qu'on a bien compris ce qu'il a dit.
- On teste la solidité de sa croyance par des questions du genre : êtes-vous bien sûr qu'il s'agit de cela et non d'une affection médicale ? Pouvez-vous évaluer le degré de votre croyance sur une échelle, de 0 à 100 ?

Généralement le patient donne un chiffre moyen, alors on le renforce dans son doute : " effectivement vous avez raison de douter, car ce que vous venez de décrire est caractéristique d'une affection médicale. D'ailleurs, regardez, voici la description de votre affection (on lui montre des textes décrivant la sémiologie des phobies et des attaques de panique) vous voyez c'est exactement cela, ce que vous venez de me décrire ".

La correction cognitive continue par la suite, sur le même modèle. À aucun moment le thérapeute n'entre en conflit avec les croyances du patient, il ne les affirme pas, ni ne les infirme. Si les cognitions irrationnelles emportent par contre l'adhésion du patient, nous ne lui proposons pas une thérapie comportementale. Dans notre

expérience, c'est surtout lors des premiers entretiens que ce problème se pose, une fois la thérapie entamée, nous n'avons jamais eu à revenir sur ce genre de discussions, sauf quelquefois quand des membres de la famille les repositent à nouveau. Nous utilisons souvent pour aider les patients à identifier leurs pensées automatiques irrationnelles les tableaux en 3 colonnes de Beck.

4. Les méthodes d'évaluation

Une difficulté majeure s'est dressée devant nous quand nous avons voulu appliquer ces thérapies comportementales dans notre pays. Elle est représentée par l'absence quasi-totale d'échelles d'évaluations en langue arabe adaptables aux thérapies comportementales ; cependant, la forte diffusion de la langue française en Tunisie, nous a permis d'utiliser sans problème des échelles francophones déjà validées (questionnaire des peurs de Marks, échelle d'auto évaluation des phobies, échelle de Rathus).

5. Les résultats thérapeutiques

Par rapport à l'échelle d'auto évaluation des phobies, nous avons remarqué les résultats suivants : (Fig. 3)

DEGRÉ D'AMÉLIORATION ESTIMÉ PAR LE PATIENT	POPULATION TUNISIENNE N = 21	POPULATION FRANÇAISE N = 70
80 - 100 % 75 - 50 %	9 (42,9 %)	31 (44,5 %)
Phobie simple	7 (33,3 %)	20 (28,5 %)
Moins de 50 %	5 (23,8 %)	19 (27 %)

$\chi^2 = 0,2$ il n'y a pas de différence significative ($\alpha < 5\%$) entre les deux groupes.

De même que dans l'étude de Mollard et coll (1984) près d'un tiers de nos patients qui étaient en arrêt de travail ont repris leurs occupations antérieures. Le nombre de séances thérapeutiques nécessaires était en moyenne de 26,5 séances.

COMMENTAIRES

Notre étude ne montre pas de différences significatives entre les résultats et les techniques des TCC des phobies mises en œuvre dans deux milieux culturellement différents.

Sans que cela doive nous amener à généraliser, il nous semble intéressant de constater que les TCC des phobies peuvent être appliquées telles que formulées en Occident.

Il y a à cela plusieurs raisons :

1. D'abord les TCC s'appuient d'un point de vue théorique sur les théories de l'apprentissage (Pavlovien, Skinnerien, observation de modèle, apprentissage social...) et sur les théories du traitement de l'information. Il s'agit donc d'un ensemble cohérent de théories, qui considère l'homme en interaction permanente avec son milieu, sans se soucier en apparence du contenu de ces interactions ni de la manière et du pourquoi ces interactions s'opèrent. L'espace culturel où se développe la personnalité n'a d'intérêt en tant qu'objet d'étude que dans la mesure où il permet de comprendre pourquoi tel comportement a été généré ou tel schème cognitif a été établi.
2. Ensuite les TCC sont des techniques thérapeutiques ouvertes flexibles et adaptables, pourvu que le thérapeute ne se démarque pas de la démarche expérimentale et que la thérapie qu'il entend mener reste toujours une vérification d'une hypothèse formulée. Il n'y a pas de limitation à sa créativité ni à son ingéniosité, et il peut à tout moment s'adapter à la situation clinique et culturelle du patient.
3. Autre spécificité, les TCC s'adressent à des comportements (ouverts et couverts) constitutifs d'une personnalité, et non à une personnalité source de comportements comme le fait par exemple la psychanalyse. Sow (1982) rappelle à cet égard que la personnalité n'est pas une entité abstraite dont il s'agira par la suite d'étudier les variations culturelles, il n'y a pas de réalité constituante, mais plutôt des réalités constituées.

Enfin le raisonnement expérimental dans l'application des TCC se concrétise par 4 démarches spécifiques où les considérations culturelles tiennent peu de place :

- a) Établissement d'un diagnostic fonctionnel permettant de poser des hypothèses explicatives,
- b) Choix d'une stratégie thérapeutique en fonction des hypothèses retenues,
- c) Évaluation systématique des résultats obtenus,
- d) Réévaluation constante des méthodes d'intervention afin de questionner sans cesse la rigueur apparente des théories qui les sous-tendent.

Nos résultats doivent être de toute façon considérés avec une extrême attention, puisque la population tunisienne vit dans une dynamique intense de modernisation voir d'occidentalisation. L'intensité des échanges et des communications

avec l'Europe, l'irruption des télévisions occidentales dans les foyers, l'adoption du mode de vie européen par une grande partie des Tunisiens, rapprochent de toute évidence les deux populations d'un point de vue strictement culturel.

Nous avons, dans un précédent travail, insisté sur le fait que les TCC, pas forcément conduites par un médecin et a fortiori un psychiatre, faciles à apprendre et à enseigner, limitées dans le temps pour leur déroulement, pouvant se réaliser en groupe, pouvaient représenter une alternative intéressante pour les pays en voie de développement où les patients peinent à trouver un psychiatre et à acheter les médicaments nécessaires.

Par ailleurs, l'aspect a-culturel des techniques mises en œuvre ne saurait cacher le fait que les bases théoriques des TCC ont vu le jour et se sont développées dans un contexte culturel donné à savoir les USA au début du XX^e siècle et en réponse à un mouvement philosophique et idéologique déclenché en grande partie par l'irruption de la psychanalyse et des théories analytiques, ressenties alors à ce moment par beaucoup comme déstabilisatrices.

Le fait qu'elles se basent sur un ensemble de faits expérimentaux vérifiables et reproductibles ne doit pas non plus cacher les extensions théoriques et les généralisations qui en sont issues qui les empêchent encore aujourd'hui de s'imposer et d'être épargnées de toute critique.

Conclusion

Citons pour conclure le merveilleux texte de Claude Lévi-Strauss, extrait de *Tristes Tropiques* (Plon, 1955, p. 203), qui montre combien la variabilité culturelle des humains est limitée.

“ En faisant l'inventaire de toutes les coutumes observées, de toutes celles imaginées dans les mythes, celles aussi évoquées dans les jeux des enfants et des adultes, les rêves des individus sains ou malades et les conduites psycho-pathologiques, on parviendrait à dresser une sorte de tableau périodique comme celui des éléments chimiques, où toutes les coutumes réelles ou simplement possibles apparaîtraient groupées en familles, et où nous n'aurions plus qu'à reconnaître celles que les sociétés ont adoptées. ” ■



Sofiane Zribi

PSYCHIATRIE, CULTURE ET INTERNET

Sofiane Zribi*, Kamoun Myrva**

INTRODUCTION

L'irruption de la culture Internet dans le domaine médical, depuis quelques années, semble de plus en plus un fait irréversible. En effet, l'Internet, en tant qu'outil de communication, d'enseignement, de publication, d'espace de discussion et, bientôt, il faut l'espérer ou le craindre, de consultation, de diagnostic et de traitement, semble soulever l'enthousiasme général dans le monde médical, pour preuve les milliers de sites médicaux dans toutes les langues sur le web dont une bonne part uniquement réservée au corps médical.

Les psychiatres ne sont pas en marge de cette évolution, loin de là.

Dans les pays en voie de développement, la multiplication des possibilités de connexion à Internet est une véritable aubaine pour les médecins autochtones qui peuvent enfin accéder à une information médicale de qualité, facilement disponible, et surtout souvent gratuite. Cela est particulièrement perceptible au niveau des médecins libre-praticiens qui exercent loin des centres hospitalo-universitaires, dans des conditions souvent particulièrement difficiles.

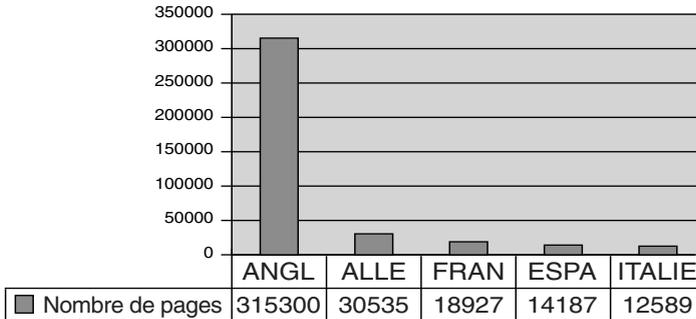
Or l'information disponible sur Internet est souvent anglophone et s'adresse à des médecins occidentaux exerçant dans d'autres conditions, nettement plus confortables.

* Psychiatre, libre praticien, Tunis (Tunisie).

** Endocrinologue, Hôpital Charles Nicolle Tunis.

En ce qui concerne la psychiatrie, comme d'ailleurs le reste des autres disciplines médicales sur Internet, les textes le plus souvent rencontrés sont en anglais. La recherche du terme Psychiatrie en plusieurs langues sur un moteur de recherche multilingue tel que Altavista ramène le nombre de page web suivantes (au 15/09/2000) (Fig. 1) :

Fig. 1 : Nombre de pages recensant le terme psychiatrie sur le web



Nous nous sommes alors demandés, si cette nouvelle technologie et l'information qu'elle véhicule, ont un impact sur les habitudes de travail du psychiatre connecté, particulièrement sa relation avec ses malades, ses habitudes de prescription et sa manière de " penser " la maladie mentale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Un questionnaire regroupant 35 items a été envoyé par mail aux 25 psychiatres tunisiens connectés au net sur les 108 que compte notre pays au 15/09/2000 soit 23 % de l'ensemble. 20 ont bien rempli le formulaire et répondu dans les délais.

Plusieurs items concernaient une enquête générale menée par la société tunisienne d'informatique médicale concernant l'utilisation d'Internet par les médecins.

Pour le présent travail, on voulait obtenir les informations suivantes :

1. La tranche d'âge du psychiatre utilisateur d'Internet
2. Les conditions de son exercice : libéral ou hospitalier

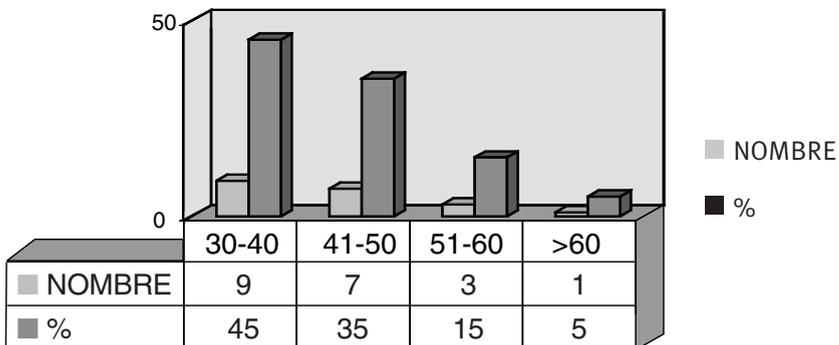
3. Le lieu où il se connecte à Internet, au travail ou à la maison
4. L'utilisation d'Internet en tant que moyen de formation médicale continue (FMC)
5. Les sites les plus souvent consultés
6. L'impact de ce nouveau mode de formation et de suivi de l'information médicale sur sa pratique quotidienne. Ont été étudiés les prescriptions, les moyens de diagnostic et la relation médecin malade.
7. L'utilisation d'Internet en tant que moyen de communication entre psychiatres
8. L'utilisation d'Internet en tant que moyen de communication avec les malades
9. Le vécu subjectif du psychiatre par rapport à Internet et ce qu'il représente.

RÉSULTATS

PSYCHIATRES CONNECTÉS PAR TRANCHE D'ÂGE

Le graphique suivant montre que la grande majorité des psychiatres connectés sont jeunes. Mais vu que l'écrasante majorité des psychiatres tunisiens a moins de 45 ans, une telle répartition respecte en fait la répartition par âge des psychiatres en Tunisie (Fig. 2).

Fig. 2 : Psychiatres connectés par âge

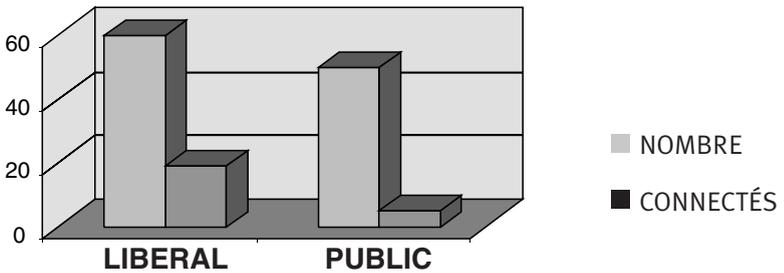


CONDITIONS D'EXERCICE

Sur les 108 Psychiatres tunisiens recensés, 58 (53 %) exercent dans le cadre de la libre pratique et 50 (47 %) dans le cadre hospitalier ou hospitalo-universitaire.

Ceux qui se connectent préférentiellement à Internet sont les libéraux 17/20 (85 %). Pourtant les principaux centres hospitaliers sont connectés au réseau, mais l'accès à l'Internet reste encore difficile pour la majorité (Fig 3) :

Fig. 3 : Psychiatres connectés selon le mode d'exercice



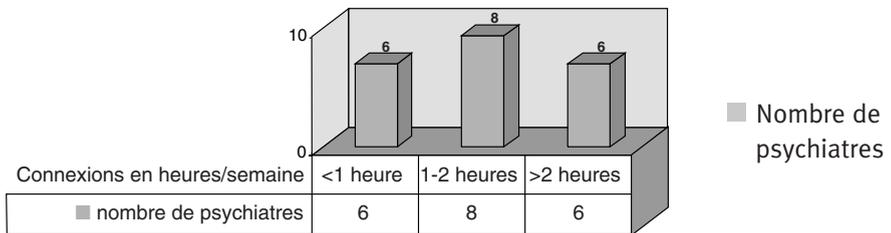
LIEU ET HEURE DE CONNEXION

Bizarrement, la majorité des psychiatres interrogés se connectent préférentiellement de nuit (80 %) et à la maison (75 %).

INTERNET ET FORMATION MÉDICALE CONTINUE

100 % des psychiatres consultés utilisent régulièrement Internet en tant que moyen de formation médicale continue. Le nombre d'heures par semaine passées sur Internet pour consulter des sites médicaux se répartit comme suit :

Fig. 4 : Connexions internet en heures/semaine



Pour 12/20 (60 %) des consultés, l'information médicale recueillie sur Internet représente la source première d'information médicale à côté bien sûr des congrès et autres après-midi de formation organisés tout au long de l'année par les sociétés savantes. Seuls 6/20 (30 %) sont abonnés à des revues médicales.

Cet engouement s'explique essentiellement par la disponibilité, la richesse et la gratuité d'une information médicale souvent de qualité.

LES SITES LES PLUS SOUVENT CONSULTÉS

Nous avons demandé aux psychiatres de classer chacun ses cinq sites préférés de formation médicale continue (Libres d'accès). Voici la liste des 10 premiers sites cités par ordre de récurrences

ADRESSE DU SITE	% de Citations
http://www.medscape.com/Home/Topics/psychiatry/psychiatry.html	18/20 (90 %)
http://docguide.com/	18/20 (90 %)
http://www.priory.com/psych.htm (Psychiatry On Line)	16/20 (80 %)
http://archpsyc.ama-assn.org/ (Archive of General Psychiatry)	15/20 (75 %)
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/	15/20 (75 %)
http://www.medmatrix.org/_SPages/Psychiatry.asp	14/20 (70 %)
http://www.mentalhealth.com/	12/20 (60 %)
http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/ (Fédération Française de Psychiatrie)	10/20 (50 %)
http://www.caducee.net/	10/20 (50 %)
http://www.atmedica.com/	8/20 (40 %)

Les huit premiers sites sont Anglophones et Américains, situation d'autant plus étonnante que la quasi totalité des psychiatres consultés avancent à côté de l'Arabe, le Français comme la seconde langue la mieux maîtrisée et l'Anglais arrive en 3^{ème} langue. La pauvreté des sites francophones en la matière expliquerait en partie peut-être cette américanophilie.

DIAGNOSTIC, PRESCRIPTION ET INTERNET

À la question : “ *Modifiez-vous souvent vos habitudes de prescriptions à la lecture sur un site Internet d'un article que vous jugez sérieux qui vous conseille de le faire ?* ”, 17/20 (85 %) répondent Oui quand cela est possible dans notre pays.

À la question : “ Essayez-vous d’adopter de nouveaux moyens de diagnostic à la lecture sur un site Internet d’un article que vous jugez sérieux qui vous conseille de le faire ? ”, 17/20 (85 %) répondent Oui quand cela est possible dans notre pays.

INTERNET ET RELATION MÉDECIN-MALADE

À la question : “ En Naviguant sur l’Internet médical étranger, vous découvrez des modes relationnels médecins-malades qui peuvent différer de ce qui est d’usage dans notre pays, pensez-vous que vous pouvez être influencé par ces usages dans votre pratique quotidienne ? ”, 12/20 (60 %) des psychiatres consultés répondent Oui, 4/20 (20 %) peut être et 4/20 (20 %) Non.

À la question : “ quelles dimensions de la relation médecin-malade vous semblent surtout mise en avant sur vos sites favoris ? ”, les réponses se classent comme suit :

1. Responsabilité médico-légale 17/20 (85 %)
2. L’Argent et les problèmes du tiers payant 3/20
3. Je ne sais pas 1/20

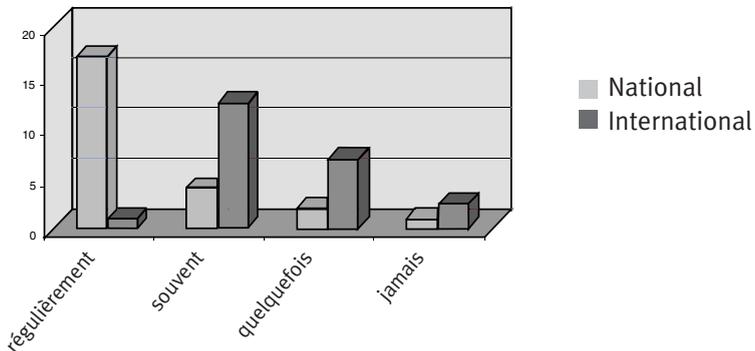
INTERNET ET COMMUNICATION ENTRE PSYCHIATRES

À la question : “ communiquez-vous avec vos confrères psychiatres nationaux, par voie de courrier électronique ? ”, 16/20 (80 %) répondent qu’ils le font régulièrement, 3/20 souvent et 1/20 quelque fois.

Avec les collègues étrangers, 12/20 (60 %) le font souvent, 6/20 (30 %) le font quelque fois et 2/20 (10 %) ne l’ont jamais fait (Fig. 5).

100 % des psychiatres interrogés sont abonnés à une ou plusieurs listes de discussion sur le Web. (Ils sont abonnés d’office à la liste psy-tunisia. com).

Fig. 5 : Communications par courrier électronique entre psychiatres



Pour 16/20 (80 %) des psychiatres interrogés le courrier électronique facilite la relation entre confrères, pour 18/20 (90 %) il les rapproche les uns des autres et pour 15/20 (75 %) il améliore les relations confraternelles.

Seuls 2/20 (10 %) estiment que c'est un élément de facilité, ne permettant pas une réflexion suffisante par rapport aux propos échangés.

INTERNET ET COMMUNICATION AVEC LES MALADES

À la question : “ *communiquez-vous par mail avec vos patients ?* ”, seuls 4/20 (20 %) des consultés répondent en avoir fait l'expérience.

À la question : “ *pensez-vous que le courrier électronique représentera dans un avenir proche un moyen de communication banal entre le médecin et son malade ?* ”, 100 % des psychiatres consultés répondent par l'affirmative.

À la question : “ *pensez vous qu'il est plus confortable pour le psychiatre de répondre à ses malades par mail plutôt qu'au téléphone* ”, 9/20 (45 %) répondent oui, 5/20 (25 %) répondent non et 7/20 (35 %) ne savent pas.

INTERNET ET VÉCU SUBJECTIF DU PSYCHIATRE

Nous avons choisi de laisser un espace d'expression libre dans notre questionnaire vu le nombre relativement petit des consultés. La question était “ *Depuis que vous êtes connectés à Internet, pensez-vous que votre pratique a été influencée par les informations ainsi recueillies ? qu'est ce qui a changé dans votre pratique ? exprimez-vous librement !* ”. L'ensemble des réponses porte sur la facilité du recueil d'informations, l'amélioration de l'auto-formation continue, l'accès aux grandes bases de données internationales, la facilité de communiquer avec d'autres collègues. Sur le plan de la pratique de la psychiatrie, une grande majorité souligne que leur pratique a en fait peu changé, mais note une plus grande attention au diagnostic et une envie de mettre en ligne des cas cliniques intéressants. Des regrets sont exprimés quant à la pauvreté des sites francophones plus accessibles et la quasi absence de sites psychiatriques locaux destinés à la formation médicale continue.

Notons que depuis quelques semaines, un site psychiatrique Tunisien a été mis en ligne (<http://www.psy-tunisia.com>).

COMMENTAIRES

Ce bref survol des réponses récoltées d'un questionnaire touchant un échantillon aussi restreint de psychiatres ne saurait être représentatif de toute la profession. Il va de soi que les premiers connectés sont souvent les plus curieux, les plus désireux de s'ouvrir au monde de la communication et ceux qui n'éprouvent pas de gêne ou de phobie devant la manipulation de l'ordinateur. De même, posséder un ordinateur, même dans un pays où il y a une volonté politique de généraliser l'utilisation de l'outil informatique, n'est pas la priorité première du psychiatre, surtout libre praticien qui doit déboursier 100 % de son prix d'achat, sensiblement le même qu'en Europe, alors qu'il existe un décalage évident de pouvoir d'achat.

Ces remarques mises à part, il apparaît évident, quand cela est possible que la connexion à Internet offre au psychiatre une grande facilité pour se former et se performer. Dans beaucoup de pays en voie de développement, l'Internet représente une chance unique d'assurer à chacun une FMC de qualité, qui ne peut être comparée aux abonnements à des revues médicales dont le coût est exorbitant, ni à la tenue de réunions ou de congrès dont le rendement en matière de FMC est très faible. Internet, est disponible partout où existe le téléphone, 24/24 heures, presque gratuit et permettant le transfert d'images vidéo (Cybersessions) et l'interactivité.

En comparant notre étude à une étude Norvégienne de Nylenna M. et Coll. (1), parue en janvier 2000, qui a porté sur 1276 réponses à un questionnaire adressé à l'ensemble des Médecins Norvégiens, où il en découle que 72 % des médecins Norvégiens sont connectés au Net, et où 70 % des questionnés répondent trouver sur le Net suffisamment d'informations pour mettre à jour leurs connaissances, nous ne pouvons qu'être confirmés dans cette analyse.

D'autres études (2) ont montré qu'à travers des modèles d'apprentissage, basés sur les technologies de l'Internet on pouvait améliorer les performances des médecins tant sur le plan du diagnostic que sur celui de la prescription.

Les possibilités infinies de communication qu'offre le net sont un argument de plus qui milite en faveur de l'abolition des distances entre confrères, et l'amélioration des relations confraternelles. Le psychiatre isolé appréciera davantage ce lien qui le gardera au contact de ses collègues quelles que soient les distances, pourra compter sur leur aide face à ses cas difficiles. Il développera d'autant moins cette "paranoïa du professionnel isolé" décrite par le psychiatre Tunisien Haffani (3) inspiré par l'œuvre de Balint.

L'autre aspect qui ressort de cette étude, est l'orientation de plus en plus nette vers des sources d'informations anglo-saxonnes, et l'influence non négligeable de ces sources sur le mode de travail et de pratique du psychiatre.

Il existe ici un vrai risque pour la tradition psychiatrique francophone de voir se perdre et se diluer ses repères et une certaine identité caractéristique, forgée d'abord en France et exportée un peu partout où le colonialisme et le post-colonialisme ont pu la porter.

Il est vrai que nous entrons dans une époque marquée par la mondialisation et une certaine pensée unique. Il n'en reste pas moins vrai que la pratique psychiatrique vise avant tout à situer le sujet par rapport à son espace personnel, familial et social et à l'aider à définir et comprendre les interrelations complexes qui le définissent.

Internet, est en voie de devenir un espace international ouvert à tous, il possède ses propres lois et une certaine culture caractéristique, largement dominée pour le moment par les sites anglophones. Existe-il un risque d'américanisation pour le psychiatre qui côtoie régulièrement les sites américains ? Certes non, cela fait déjà bien longtemps que la langue anglaise s'est imposée comme langue de communication scientifique et c'est un fait connu que les USA sont le pays qui investit le plus en matière de recherche.

L'ouverture vers les autres cultures, la communication, le dialogue et l'échange sont toujours une source d'enrichissement considérable pour tout individu quand il possède la souplesse cognitive et comportementale d'intégrer cet acquis.

Et puis et surtout, pour qu'une communication s'établisse, il faudrait que le flux de connaissances soit à double sens, qu'il existe une certaine parité dans les statuts et une volonté de communiquer et d'écouter l'autre.

La situation de l'Internet psychiatrique est aujourd'hui trop en défaveur de tout ce qui n'est pas anglophone.

Les sites les plus populaires donc gratuits, et, qui distillent des recherches très ciblées sont ceux qui sont justement sponsorisés par les grandes firmes pharmaceutiques. À la lecture des résultats de cette étude, les commerçants de médicaments ne peuvent qu'être encouragés à développer ces sites, dont l'influence sur la prescription est des plus perceptible.

Ceux qui prônent l'indépendance sont d'accès restreint et payant, donc au-dessus des moyens habituels des professionnels du tiers-monde.

Un problème d'accès et de contrôle scientifique de l'information se pose donc avec d'autant plus d'acuité sur Internet qu'aucun contrôle n'est possible.

Ghislaine Chartron (4), se demandait avec raison si la revue scientifique ne devenait pas aujourd'hui un moyen de communication obsolète, Internet la remplace-t-elle vraiment ?

CONCLUSION

L'histoire de la Psychiatrie nous apprend, que cette discipline a profité de l'apport de plusieurs hommes venant souvent d'horizons différents et se forge encore aujourd'hui dans la diversité des familles de pensée, de leurs contradictions et de leur dialogue. Ce qui fait justement sa richesse et sa complexité.

Ce travail illustre bien les propos de Pierre Pichot, qui concluait son travail sur l'histoire de la psychiatrie (5) : “ *La psychiatrie, soumise depuis l'origine aux influences souvent conflictuelles d'idéologies difficilement conciliables, souvent contradictoires, continue après un siècle, la quête de son identité* ”. Je dirai pour ma part, que si nous souhaitons que la notion de pratiques psychiatriques multiples, hétérogènes qui communiquent et s'enrichissent mutuellement persiste, nous nous devons de gagner le défi de l'Internet. ■

Notes

(1) Physicians' Internet Activities and Their Perceived Coping With the Medical Information Magne Nylenna, MD et Coll. *MedGenMed*, January 7, 2000. © Medscape, Inc.]

<http://www.medscape.com/Medscape/GeneralMedicine/journal/public/mgm.journal.html>

(2) How the Internet Can Help Clinicians Improve Their Clinical Skills David L. Sackett, [*MedGenMed*, July 10, 2000. © Medscape, Inc.]

<http://www.medscape.com/Medscape/GeneralMedicine/journal/public/mgm.journal.html>

(3) Conseils thérapeutiques et responsabilité médicale par Haafani F. et Zribi S., 17^{èmes} Journées Tunisiennes de Médecine Octobre 1987

(4) <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/J5/chartrong8.html>, Cinquième réunion conjointe organisée à l'initiative du Comité d'Interface entre La Fédération Française de Psychiatrie et l'Institut National Français de la Santé et de la Recherche Médicale

(5) Pierre Pichot " UN SIÈCLE DE PSYCHIATRIE " Ed Doin, 1983.

Résumé

L'auteur examine les différents paramètres de l'utilisation d'Internet par les psychiatres.

Internet est un outil de formation, de communication et d'échanges très utilisé.

Mais les sites, contrôlés sur le plan scientifique d'une part et francophones d'autre part sont peu nombreux. Un effort est à faire ; dans ce domaine, pour la psychiatrie francophone.

Mots-clés

Internet, psychiatrie francophone

Le présent travail a été parrainé par la Société Tunisienne d'Informatique Médicale.

MONOGRAPHIE

AU TEMPS DES COMPTOIRS FRANÇAIS DE L'INDE

Annie Stammler*

Je me propose de présenter une patiente adulte que j'ai longuement suivie à mon cabinet, plus de deux décennies. Il s'agit de la stabilisation, dans le transfert, d'une psychose.

Il s'agit aussi d'une traversée culturelle francophone : née de parents français, à Pondichéry, alors comptoir français de l'Inde, cette patiente a cependant, par le biais de sa "bonne", c'est ainsi qu'elle désignait celle qui avait été en fait une mère de substitution, parlé d'abord le tamoul qui était sa langue maternelle comme elle l'a toujours souligné.

Elle vivait à Paris, où elle résidait depuis qu'elle avait dû partir de son pays, pour faire ses études. Elle avait alors près de vingt ans.

Janine X., c'est ainsi que je la désignerai ici, m'avait été confiée par un confrère neuropsychiatre qui prenait sa retraite et partait en province. Il avait dû la faire hospitaliser plusieurs fois en clinique psychiatrique pour des accès délirants à thèmes interprétatifs, avec automatisme mental, sans hallucinations auditives. Elle avait un suivi chimiothérapique.

Sa demande de suivi s'était dégagée assez rapidement dans le premier lieu d'exercice libéral que j'ai eu, situé dans un vaste appartement aménagé en 5 cabinets, chacun étant celui de 2 psychiatres-psychanalystes exerçant à mi-temps.

* Ancien chef de clinique, neuropsychiatre, psychanalyste, Paris, France.

C'est un peu compliqué mais il m'a semblé important d'en parler : j'étais alors chef de clinique à l'Hôpital Hérold, un hôpital d'enfants situé dans le dix-neuvième arrondissement de Paris, qui a été englobé dans l'actuel hôpital Robert Debré, et j'exerçais mes fonctions en pédopsychiatrie. Il avait été convenu avec la Direction de l'hôpital, qui ne pouvait me fournir un local pour mon exercice privé, que celui-ci se ferait ailleurs. Cependant, mes feuilles de soins portaient l'adresse de l'hôpital et, bien sûr, je devais donner des explications à chaque nouveau patient.

Janine X. était déjà venue dans ce même bureau, plusieurs années auparavant, consulter un psychiatre d'enfants pour son plus jeune fils qui avait des problèmes de dyslexie. Elle ne mentionnera ce passage que beaucoup plus tard, dans mon second lieu d'exercice, un appartement mixte, assez proche géographiquement du premier : elle s'était trouvée sans mots, annihilée face à une psychiatre qui était, selon ses termes, " du genre de ceux qui culpabilisent à mort les mères ". Elle avait d'ailleurs oublié son nom. Je recevais donc des adultes, dans un lieu qui était manifestement un cabinet d'analyste, et travaillais parallèlement auprès d'enfants. Là, cette patiente, intriguée par la présence du divan, très en évidence dans une grande pièce s'est mise à poser un certain nombre de questions relatives à ma pratique, et surtout, s'est mise à me parler de cet état d'inexistence et d'inertie qui la poussait vers son lit qui l'attirait tel "un aimant" de longues heures dans la journée, alors que la nuit, elle était presque totalement insomniaque.

La présence du divan l'intéressait, mais il lui était trop nécessaire, disait-elle, de contrôler les expressions de mon regard, pour s'y allonger. Je ne lui ai pas proposé de le faire. C'est donc un appel de demande d'aide qu'elle m'avait fait, par rapport à ce sentiment de vide, à présent qu'elle n'avait plus les repères qu'avaient constitués les rendez-vous des cours, des consultations, des rééducations pour ses enfants.

Un des symptômes dont elle faisait état, était de ressentir une véritable sidération face à divers personnages, détenteurs d'un savoir, en particulier médical, (il vient d'en être question) qui la jugeaient, lui dictaient sa conduite, savaient ce qu'il lui fallait. À cet égard, il était à maintes reprises question du neuropsychiatre, qui, à l'issue de la première hospitalisation, avait " prescrit " en quelque sorte, l'achat d'un poste de télévision, pour " l'occuper " ; mais seuls son mari et son plus jeune fils étaient face à l'écran, alors qu'elle restait isolée, dans la cuisine, buvant du café et fumant des cigarettes, dans un silence lourd de reproches non dits. Il était en première ligne dans le rang des persécuteurs, et répétitivement comparé à " l'Himalaya contre laquelle était venu se briser son élan vital ".

Elle était également pétrifiée face aux violentes colères de son mari vis-à-vis d'elle : elle avait travaillé avant son mariage et ne travaillait plus. Elle devait donc lui demander de l'argent, chaque semaine, et chaque semaine, c'était des éclats car il estimait excessives ses dépenses concernant notamment les achats du ménage. Il rejoignait alors le rang des persécuteurs.

Je lui ai proposé des séances hebdomadaires, tout en lui demandant d'aller chez un confrère pour son suivi chimiothérapique.

Ma place, cependant, était loin d'être facile. Elle était fort étroite.

J'avais à respecter certaines consignes qu'elle m'avait fixées : ne pas "toucher" à la religion, ne pas toucher à sa "foi aveugle". Dans ce domaine, elle allait se confesser à un Père, qui la connaissait depuis longtemps, et qui lui indiquait quand parler de certains problèmes à son psychiatre. Ne pas, non plus, "faire de jeux de mots" qui pouvaient s'avérer redoutables. Il y avait manifestement pour elle, un risque de débridement imaginaire, d'un envahissement par un langage déchaîné.

Les "vieilles questions", qui resurgissaient constamment, constituaient la trame même de son délire auquel elle ne pouvait que tenir. Elle en avait entre ouvert la porte, pour n'y plus revenir que sous cette appellation : questions relatives aux liens de filiation l'unissant aux médecins qui l'avaient soignée et qui la soignaient. Je n'en avais pas été exempte. D'emblée, j'avais démenti l'existence d'un lien de cette nature, et elle n'avait pas insisté. D'autres questions étaient relatives au procès qui avait déchiré la famille dans les suites du décès de sa grand-mère paternelle, en Inde. Venait s'y ajouter une impression de perplexité face au dire de certaines personnes ayant statut d'autorité, glissant vers la question de leur dédoublement. Lorsque les "vieilles questions" surgissaient en pleine nuit, vectrices d'angoisse, elle était sur le point de me téléphoner, ce qu'elle n'hésitait pas à faire, les premiers temps, ainsi que le dimanche, après avoir repéré mon numéro de téléphone privé (je n'étais pas sur la liste rouge, alors). J'ai dû mettre des limites à un rapproché risquant d'aller vers l'érotomanie.

"Je suis comme dans une chambre d'accusation" répétait-elle. L'accusation première dont elle avait fait état, avait été portée par sa mère, alors qu'elle n'avait pas plus de 18 mois : elle avait été accusée d'avoir, de son pied droit, failli écraser la tête de sa jeune sœur.

"Je voudrais me débarrasser de toute cette rancœur par rapport à ma mère. Je ne l'ai jamais aimée. C'est interdit, par le quatrième commandement. Pour ma mère, sa mère était une idole", et sur sa coiffeuse, devant sa photo, il y avait toujours des fleurs.

Une place étroite, ai-je dit, car je risquais sans cesse d’être en position de rejoindre les persécuteurs. Elle me demandait de répondre à des demandes de sens de termes médicaux, à des précisions de dates de vaccinations, toutes demandes hétéroclites, auxquelles je ne donnais pas suite. Dans la même séance, elle apportait un rêve, dans lequel j’avais place, où elle venait se plaindre de son mari, où je faisais semblant de la croire, et puis, par derrière, il y avait toute une conjuration... Néanmoins, j’étais bien le seul médecin, à sa connaissance, ayant refusé de dire quoi que ce soit, à un confrère, au sujet de sa fille, qui était alors une adulte, et qui avait entrepris une psychothérapie. Je ne connaissais cette jeune femme que par les dires de sa mère, et n’avais en effet rien apporté à ce confrère.

Un tournant s’est nettement dessiné dans la relation transférentielle à ce moment-là. J’étais perçue comme ne livrant pas les secrets qui pouvaient m’être confiés.

Je n’étais pas installée, en fin de compte, sur le fauteuil du persécuteur.

C’est à cette époque, environ cinq ans après le début des séances, que Janine X. a pu faire un voyage dans son pays, accompagnée de son jeune fils, âgé d’une vingtaine d’années, et effectuer un séjour durant lequel elle reprenait contact avec de nombreuses personnes quittées 30 ans plus tôt, et au cours duquel, aux dires de l’entourage, c’est ainsi qu’elle me l’a transmis, elle était transformée. Elle se sentait “ vivante ”.

Elle a dû revenir à Paris et les séances ont repris leur cours.

Le changement de lieu que j’ai mentionné s’est effectué un peu moins de deux ans plus tard, apparemment sans trop de difficultés.

Cependant, des rencontres inattendues, le long du trajet l’amenant de la bouche de métro à mon cabinet, ont vu surgir un matériel nouveau.

À l’heure de sa séance, elle croisait une petite troupe de poneys conduite par leur gardien les amenant des écuries de la rue Lecourbe au Jardin du Luxembourg. J’étais alors mise en position de “ méchante, qui commandait l’abattage de pauvres petits âne ” qui ne pouvaient aller qu’à l’abattoir...

“ Âne ”, un signifiant inclus dans son patronyme... J’ai préféré garder le silence. Elle n’en a pas parlé.

Elle devait, aussi, effectuer un trajet différent, dans le métro, avec un changement de direction supplémentaire, vers la “ Mairie d’Issy ”. C’est alors qu’elle m’a expliqué qu’elle ne prenait que le métro, et jamais le bus, car les “ fauves ” du Zoo pouvaient sortir de leur cage et envahir Paris. Sous terre, elle se sentait en sécurité.

Il m'a semblé préférable de maintenir cette oralité redoutable derrière ces portes...

J'étais, la plupart du temps, en position de dépositaire d'un dire, et elle le disait très bien. Elle venait déposer son fardeau, semaine après semaine. Je l'invitais à faire le lien avec les séances précédentes, à en retrouver des éléments, mais en général, elle n'avait pas envie d'y revenir, et le disait ainsi...

Surtout à partir de cette période, Janine X. a amené un matériel onirique conséquent, pratiquement à chaque séance. La plupart de ses rêves se situaient " dans son pays ", ou l'y ramenaient par le biais des associations. Des cauchemars répétitifs avaient trait à la mer déchaînée, à Pondichéry. Elle pouvait associer sur les conflits l'opposant à sa mère spécialement pendant son adolescence. L'hostilité à sa mère, qui lui dictait impérieusement sa conduite de vie et lui préférait ouvertement sa jeune sœur, pouvait se dire en dépit des interdits mis en avant, dictés par sa religion catholique.

Peu à peu, certains cauchemars, réduits à la vision de serpents terrifiants dont elle me demandait de la débarrasser, se transformaient en rêves au caractère inquiétant mais plus élaborés, tels ce charmeur de najas à la suite duquel sa sœur fascinée par le son de la flûte avait été entraînée. Elle associait sur une " fugue " que toute petite, à trois ans, elle-même avait faite alors que sa mère et sa tante s'extasiaient sur la " joliesse " de sa sœur.

D'autres rêves menaient, par associations, à son grand-père paternel, qui avait reçu d'un Maharadjah, pour un service rendu, une bague avec un chaton dans lequel se trouvait un serpent en or, dont l'œil était un saphir blanc. Cette bague avait fait partie d'un important vol de bijoux. Auparavant, la famille paternelle avait connu, dans son histoire, ses heures de gloire, avant que ne survienne son démantèlement dans une atmosphère de déchirements procéduriers des deux lignées paternelle et maternelle. La disparition prématurée de son père, au seuil de son adolescence, des allusions relatives à une liaison qu'il aurait eue avec un jeune indien, probablement de " basse caste ", en avaient constitué les prémisses.

En ce qui concerne les cultures, les mythes, les croyances, un rêve relaté au retour de vacances d'été passées dans l'hexagone, mais se passant en Inde, pourrait se situer là : il s'agissait, c'est ainsi qu'elle l'a relaté, du culte du membre viril, vénéré, arrosé de beurre fondu et fleuri... C'est alors qu'elle associait sur le " caractère asexué " de la religion indienne.

Dans la cure de cette patiente, la mort de son chien, Tamoul, qu'il avait fallu piquer, a constitué aussi un tournant. Cet animal qui mordait tous les membres

de la famille, à l'exception de son fils et d'elle-même, était une " présence physique et affective ". La nuit, il était toujours dans le lit qu'elle partageait (fort peu) avec son mari. Elle était restée trois jours en pleurs.

Elle amenait bientôt un rêve qui se situait à Pondichéry, au cours duquel, apparaissait son chien, tout joyeux, et " revenant à elle ". C'est alors qu'elle a associé sur sa "langue maternelle", parlée avant le français, avec les domestiques (sic) et les amis.

" Mes parents nous parlaient français, on répondait (sa sœur et elle-même) en tamoul : mieux valait parler tamoul plutôt que mauvais français. "

" Sa bonne ", qui lui parlait en tamoul, qui partageait sa chambre lorsqu'elle était enfant, son lit collé au sien, lui préparait ses repas, lui faisait sa toilette et qui lui donnait toujours raison, réapparaissait alors dans certains rêves.

Le départ de sa femme de ménage, imposé par son mari, alors que ses enfants avaient grandi, et aussi pour des raisons d'économie, avait eu une incidence déterminante dans le déclenchement d'un accès délirant l'ayant conduit en clinique.

Je me propose d'essayer de me pencher davantage, j'en ai déjà souligné certains points, sur ce qui a pu être opérant dans cette cure. Cette patiente n'a, de fait, tout d'abord, pas été réhospitalisée.

Elle avait pris suffisamment de distance par rapport aux épisodes qui avaient nécessité ses hospitalisations, pour m'indiquer quand elle " recommençait à interpréter ". Elle me téléphonait et un autre rendez-vous était aménagé. Dans les temps de vacances, je lui suggérais de m'écrire. J'ai ainsi relu des quantités de lettres. C'est une parenthèse. Elle faisait alors état de rêves très proches de ces moments délirants, et qui avaient une connotation d'horreur. Dans ces cauchemars, elle " était double ", accusée par une foule au premier rang de laquelle se trouvait le médecin neuropsychiatre ayant réalisé l'admission en clinique, mais il s'agissait alors de son sosie, c'était un thème récurrent.

La chimiothérapie parallèle, qui était assez légère, permettait de limiter les interprétations délirantes.

Elle a eu, d'autre part, le courage de faire une cure antitabac (elle fumait trois paquets par jour) suivie d'un régime amaigrissant. Ces temps ont eu une importance, me semble-t-il, déterminante : je dirais simplement ici, qu'il avait été possible d'aborder la question de son corps, qu'elle dissimulait, selon la saison, sous un épais manteau ou un imperméable, qu'il n'était pas question de poser sur un siège, comme je l'invitais à le faire. Sa mère l'avait éduquée ainsi. C'est

après la mort de sa mère qu'elle avait pris quelques kilos. En fait, c'est la question de sa santé, dont il s'agissait, sa santé qu'elle n'avait pas le droit de négliger, c'est ainsi que je le lui ai formulé, qui a eu un effet.

Dans ce passé douloureux avec lequel, certes de façon chaotique, elle renouait au fil des séances le préjudice subit, vols d'argent, de bijoux, et d'autres objets de valeur était en position centrale. Le procès qui s'était déroulé autour de l'héritage de sa grand-mère paternelle, intenté à sa mère par ses tantes, sœurs du père décédé quelques années plus tôt, les déchirements familiaux, suivis de la vente de la maison, puis les départs de sa mère et de sa sœur vers la France, venaient, sous un autre mode, et dans le cadre plus vaste des dernières palpitations d'une histoire coloniale lointaine, redoubler l'accusation première portée à son encontre, par sa mère, dans sa petite enfance : elle avait failli, de son pied droit, qui plus est, écraser la tête de sa sœur.

J'ai repris ce signifiant " droit ", ce terme emprunté au juridique, pour elle, familial, sous une forme négative, sous la forme d'un interdit, qui pouvait rappeler les interdits (ou les impératifs) maternels, mortifères, mais dans un sens tout autre, qui l'encourageait à vivre : " Vous n'avez pas le droit de négliger votre santé ! " Cette formulation, non dénuée d'autorité, certes, mais ouvrant vers la vie, lui a permis de s'occuper de son corps.

D'autant que rien n'était plus à déboursier, au niveau des consultations médicales de toutes sortes, puisqu'elle avait été inscrite sur la liste des ALD25, ceci plus de dix ans après le début des séances, et non de mon fait. Poussée par son mari, elle avait dû solliciter le confrère assurant le suivi médicamenteux, et cette proposition avait reçu un aval en raison de ses antécédents psychiatriques.

L'argent avait longtemps été un sujet tabou : elle l'amenait dissimulé dans une enveloppe, et avait pu enfin consentir à l'en sortir, pour régler sa séance, " comme au supermarché ".

Cependant, les tensions tournant autour de l'argent, entre son mari et elle, étaient aplanies, et une pacification certaine en résultait.

D'autre part aussi, Janine X. a une place active dans une association œuvrant auprès de personnes Sans Domicile Fixe. Par ce biais, elle s'est réinscrite dans le circuit social.

Enfin, Janine X. s'occupe aussi de ses petits-enfants qui lui sont, à présent, plus souvent confiés. Une fois passées les épreuves qu'avaient constituées les mariages de ses enfants, lorsqu'elle est devenue grand-mère, le travail a été plus

facile. À plusieurs reprises, quand l'occasion s'en présentait, j'ai fait des remarques au sujet des réactions des jeunes enfants, à l'arrivée d'un nouveau-né, par exemple.

C'est une reconstruction subjective qui s'est peu à peu opérée. En même temps que le vide (de la forclusion), dont elle se plaignait toujours, certes, se faisait moindre, les "vieilles questions" (du délire) lui laissaient davantage de répit. Leurs gouffres sont devenus moins menaçants.

Elle a pu être pacifiée, dans l'ensemble. À partir du moment où je n'ai pas répondu à sa proposition de relation duelle à la façon du A maternel, donnant des ordres et dont elle avait été la marionnette, j'étais à une autre place où elle pouvait venir mettre des mots sur sa souffrance, semaine après semaine, opérant une reconstruction symbolique.

Cette reconstruction subjective est fragile, mais actuellement, stabilisée.

Pondichéry, Chandernagor, Karikal, Yanaon, Mah, sont des noms magiques, maintenant oubliés... Janine X. a pu faire revivre une atmosphère teintée de nostalgie, en retrouvant son histoire. ■

Résumé

Plusieurs fois hospitalisée à l'occasion d'épisodes délirants interprétatifs par son médecin neuropsychiatre parti prendre sa retraite et placé en position de persécuteur, Janine X, intriguée par la présence du divan, va s'installer dans une relation transférentielle. Délicate à manier, celle-ci va s'avérer de moins en moins persécutrice. Suivie parallèlement sur le plan chimiothérapique de façon assez légère par un confrère, Janine X viendra chaque semaine, en face à face, pendant deux décennies, " déposer son fardeau ", et renouer avec son passé. Née à Pondichéry, alors comptoir français de l'Inde, elle y a vécu ses vingt premières années, qu'elle retrouve par le biais d'une riche activité onirique. Elle n'a pas connu d'autre hospitalisation. Elle a pu être pacifiée à partir du moment où elle n'a pas eu de réponse à sa demande de relation duelle à la façon de l'Autre maternel dont elle avait été la marionnette. Elle a pu alors mettre des mots sur sa souffrance et entrer dans une opération de reconstruction symbolique.

Mots-clés

Psychose délirante à thèmes interprétatifs. Autre. Signifiant. Relation transférentielle ; Relation duelle. Reconstruction symbolique.

Bibliographie

- CHEMAMA Roland, VANDERMERSCH Bernard . - *Dictionnaire de la psychanalyse*. - Paris, Larousse 1998.
- LACAN Jacques. - *Le séminaire livre III : Les psychoses*. - Paris, Le Seuil, 1981.

DU POLITIQUE EN PSYCHIATRIE

" DE L'ETHNOPSICHIATRIE À LA PSICHIATRIE TRANSCULTURELLE "

Robert-Michel Palem *

On trouvera ici des remarques générales, des indications utiles, des références non exhaustives sans doute, anciennes et récentes, aux connotations...

- *politiques* (indigénat et colonialisme, immigration et racisme).
- *idéologiques* (universalisme et ethnicisme différentialiste ; tradition et modernité ; " École d'Alger " et " École de Dakar " ; psychanalyse et/ou anthropologie).
- *métaphysiques* enfin (nature de la Psyché : individuelle ou sociale ; rapports de la Nature et de la Culture).

Revue de presse, au hasard de ces trois dernières années :

" L'Ethnopsychiatrie, un chemin plein d'embûches ", *" Critique de l'opinion ethnopsychiatrique, de ses apories et impasses "*, *" L'illusion ethnopsychiatrique "*, *" L'Ethnopsychiatrie : panacée, gageure, impasse ou imposture ? "*, *" L'Ethnopsychiatrie en butte aux néostaliniens "*, *" L'Ethnopsychiatrie en question "*, *" De l'inactualité de l'Ethnopsychiatrie "*, *" La dérive de l'Ethnopsychiatrie "*, etc.

Bref un guêpier.

Brève histoire de l'Éthnopsychiatrie, en France et dans la Francophonie :

1) **Les pionniers** (médecins psychiatres) sont souvent d'anciens médecins " coloniaux " ou coopérants : G. Martin, L. Mars, S. Pelage (1), H. Aubin, H. Collomb, P. Giudicelli, Y. Pelicier... et pourraient apparaître, avec le recul, comme les auteurs d'une recherche bien intentionnée mais maladroite (à travers des comparaisons

* Neuro-psychiatre, psychothérapeute, Perpignan, France.

jugées aujourd'hui malséantes entre le primitif, l'enfant et le fou) de " l'unité foncière de l'homme " (H. Aubin, 1939 à 1952). Et pourtant... l'on peut trouver des mises au point utiles :

- en 1959 et 1961 avec H. Ellenberger (travaillant avec Wittkower à l'Université Mac Gill de Montréal).
- en 1960 et 66 avec H. Collomb et de ses nombreux collaborateurs et disciples à l'Hôpital de Fann à Dakar et dans la revue de *Psychopathologie africaine*.
- en 1960 avec Ch. Brisset (*Le culturalisme en psychiatrie*) et en 1968 avec R. M. Palem ("*L'ethnopsychiatrie : science ou carrefour ?*") dans *l'Évolution psychiatrique*.

2) Bien sûr, une mention exceptionnelle doit être faite pour Claude Lévi-Strauss, l'éminent anthropologue : en 1958 et 1965 pour *Anthropologie structurale* (avec les deux textes lumineux que sont *Le sorcier et sa magie* et *L'efficacité symbolique*), puis *La pensée sauvage* (1962), *L'homme nu* (1971).

3) **Les modernes** (non médecins psychiatres) :

- G. Devereux, École pratique des Hautes Études à Paris, en 1963,69.
- Fr. Laplantine, Lyon II en 1973 et 88.
- T. Nathan, à Paris VIII, de 1977 à 2000 : l'ethnisme radical... et ses principaux détracteurs : R. Rechtman (*Évolution psychiatrique*), O. Douville (Univ. de Rennes II), mais aussi El. Roudinesco, A. Policar, F. Benslama, D. Joseph-Ducosson, Paul Martino, etc.

I - Première partie : l'Éthnopsychiatrie hier

L'**Ethno-psychiatrie**, comme son nom l'indique, procède de l'**Ethnologie** (2) et de la **Psychiatrie**. Interdisciplinaire par définition, elle nécessite que l'on se garde d'un amalgame confusionniste : ses objets ne sont pas différents, mais représentent " deux dimensions du même phénomène " (François Laplantine), dimensions à examiner successivement, " une par une " comme dit Russel ; Il s'agit d'avoir des points de vue différents sur un objet rigoureusement identique.

" L'ethnopsychiatrie eut d'abord partie liée avec la *psychologie des peuples*, puis avec la *psychologie coloniale*, et enfin avec le développement de *l'anthropologie* (3) et de *l'ethnologie*. Elle favorisa, selon les époques, tantôt l'universalisation du discours scientifique sur la maladie mentale, tantôt la reconduction tacite du différentialisme ethnique (s'imposant alors comme une sorte de département de la psychiatrie à l'usage des peuples non civilisés, soignés par des sorciers et encore convaincus de l'origine religieuse de la folie " écrit Elisabeth Roudinesco.

Il ne s'agit pas d'un appoint ethnologique à une psychiatrie qui continuerait à viser une nosographie psychiatrique universelle culturellement neutre (Charles-Nicolas, de Fort de France). C'est l'étude de la pathologie psychiatrique d'individus d'ethnies différentes de celle de l'observateur dans ce qu'elle a de spécifique, l'étude de la nature de la maladie et de la folie en fonction des différentes cultures. À ce titre, son fondateur ne serait autre que E. Kraepelin, à la fin du XIX^{ème}.

L'ethnologue pouvait se faire psychiatre ou psychanalyste (comme Geza Roheim, Ruth Benedict, Margaret Mead), plus rarement le psychiatre, ethnologue (Abram Kardiner). Et, en Afrique ou en Mélanésie, c'était lui le " transplanté " !

L'**Anthropologie culturelle** (Mead, Benedict, Linton et Kardiner) et l'**Ethnopsychanalyse** (G. Roheim 1891-1953, G. Devereux 1908-1985) débouchaient déjà un certain nombre d'ethnologues. Et Marcel Mauss à Paris ou Pierre Métais à Bordeaux se gaussaient de ces "*arm-chairs anthropologists*", anthropologues de cabinet (Radcliffe-Brown), prompts à l'interprétation " sauvage ", qui prétendaient tirer le meilleur d'eux-mêmes et de leurs travaux (4). D'autres contestèrent que "*l'ethnopsychiatrie ne puisse être que psychanalytique*" en donnant des exemples où les interprétations freudiennes sont à la fois " totalement exactes, mais pourtant totalement insuffisantes " (Laplantine) (5). Nous verrons tout à l'heure ce que cette Ethnopsychanalyse est devenue...

Il est juste cependant de dire, à la décharge de Freud, non tout à fait responsable des extensions et abus de sa doctrine, que sa réflexion anthropologique reposait sur les grandes synthèses ethnographiques du début du siècle (Darwin, Atkinson, Robertson Smith, Frazer) au sujet de la horde primitive, du repas totémique... Elle n'était pas qu'un pur roman tiré de son imagination fertile.

Pour Devereux, l'ethnopsychiatrie devait être la discipline (clinique) susceptible de constituer le catalogue des maladies mentales quelle que soit la culture. Dans cette acception (souligne Rechtman), l'Ethnopsychiatrie se rapprochait d'une psychiatrie générale incluant les variations culturelles : il s'agissait d'une vaste séméiologie. Tandis que l'Ethnopsychanalyse constituait la branche théorique susceptible d'offrir le cadre explicatif et compréhensif des rapports entre culture et psychisme. Le concept de *nature humaine* devenait obsolète parce qu'inobservable (Charles Brisset), le " paradigme perdu " (Edgar Morin).

L'**Anthropologie structurale** (Cl. Lévi-Strauss) était bien austère, sans applications tangibles pour nous psychiatres, sauf en ce qui concerne un rappel impérieux à l'analyse contextuelle et restait en dehors d'un hypothétique dénominateur commun avec les structuralismes de Foucault et de Lacan : ces

structuralismes “ sans structures ”, comme disait J. Piaget. Étant entendu – cessons de rêver – que Levi-Strauss était par ailleurs très réservé vis-à-vis de Lacan et de leur commun *structuralisme* supposé.

En résumé (programmes et résultats), à cette époque (30 ans et plus), les psychiatres occidentaux s'intéressent au *totémisme*, à la *transe*, à la *magie*, au *chamanisme*. Cela débouche parfois sur des notions douteuses comme celle de “ peuples malades ”, mais aussi de “ sociétés à orientation thérapeutique ” (Roheim).

Ils essayent d'appliquer (plaquer) leurs nosologies (Krapelin et Freud) aux faits rapportés par les ethnologues. On entend parler de :

- “ *mentalité primitive* ” (Frazer, Levy-Bruhl (6)), de “ *primitivisme* ” (A. Porot, Ch. Bardenat, l'École algéroise), qu'on remplacera plus tard par sociétés “ traditionnelles ” ou “ stationnaires ” (le progrès n'est pas leur but (7)). La comparaison avec le schizophrène est souvent faite (Steeck, 1926 ; Kretschmer 1927, Storch, Burstin 1935, Sechehaye...)
- de “ *psychiatrie comparée* ” (Krapelin 1904), de “ *psychiatrie archaïque* ” (P. Giudicelli), de “ *psychoses exotiques* ” (Leighton, Lambo)...
- de “ sociétés de paranoïaques ” (les kwakiutl de R. Benedict, à Vancouver), de “ communautés de neurasthéniques ” (les indigènes des îles Amphlett de Malinowski). Les Hindous seraient plus souvent catatoniques (F. Alexander, Dunjibhoy) et les brahmanes franchement obsessionnels (de la propreté). Etc, etc..
- d'“ institutionnalisation de la maladie mentale ” (J. Stoetzel) ou (comme disent les Ortigues) de la “ perception culturelle des malheurs de la vie ”. Et, précisent-ils : en Afrique, les maladies ne sont pas séparées des autres malheurs de la vie,
- de l'origine, genèse et pathologie des symboles,
- de diagnostic différentiel à faire entre “ la Folie ” et “ le Sacré ”,
- de l'universalité/facultativité des “ complexes ” (d'Oedipe, en particulier : Kardiner chez les Marquisiens, Malinowski chez les Trobriandais en Mélanésie, M. Mead à Samoa... ne le retrouvent pas),
- et des préjugés racistes. Octave Mannoni, alors Directeur du Service d'information de Madagascar, publie “ *Psychologie de la colonisation* ”, en 1950. Frantz Fanon (psychiatre antillais révolté, à Blida puis à Tunis (8)) lui reproche de psychologiser la situation coloniale, alors qu'il faut d'abord “ **décoloniser la psychiatrie** ”. “ *Les damnés de la terre* ” sort en 1961, en pleine guerre d'Algérie, quelques jours avant sa mort et l'interdiction du livre en France.

- On se penche sur les systèmes de guérissage non scientifiques (savoir étiologique et savoir-faire thérapeutique) par curiosité, pas encore avec l'idée de les récupérer ou de les utiliser (thérapies dites traditionnelles). De l'émerveillement au scepticisme.
- On oppose les figures bien connues chez nous du malade-victime et du médecin-exorciste aux représentations inverses (dites "*adorcistiques*") du médecin-fou et du patient-oracle ou malade-héros (Laplantine).
- Les plus ouverts inventent le *comparatisme*. On compare "leurs" sociétés et la nôtre. Levi-Strauss fait des comparaisons plus risquées entre : le shaman (sorcier) et le psychopathe (critiqué par Michel Leiris, qui avait accompagné Griaule chez les Dogons) ; le shaman et le psychanalyste (critiqué par Pasche, dans *Les temps modernes*, en 1949). "Le propre du chercheur en Ethnopsychiatrie", dit Laplantine est "de ne pas être davantage le porte-parole de la société observée que l'idéologue de sa propre société, mais l'observateur critique et vigilant des deux".
- La plupart en viennent à soutenir la thèse éthique du *pluralisme* qui, dit Levi-Strauss, affirme la diversité des cultures humaines et conteste, par conséquent, que certaines civilisations puissent être classées comme supérieures et d'autres comme inférieures ; même si à la sympathie sans réserve nul n'est tenu, sous condition d'expertise quand même (9).

Bref, il y avait, comme toujours, des observateurs et des observés, des pauvres et des nantis, des hommes de terrain et des fondamentalistes.

II - L'Éthnopsychiatrie aujourd'hui

Depuis une trentaine d'années, le courant s'est inversé : les "indigènes" ("ni homme, ni bête, c'est l'indigène"... dit Sartre, dans la préface à Fanon) devenus *migrants ou réfugiés*, mais toujours en quête de reconnaissance, émigrent dans leurs ex-puissances coloniales, affrontent un racisme plus sournois et moins assuré et présentent consécutivement, dit-on pudiquement, des "*troubles de l'adaptation*". On pourrait aussi bien dire qu'ils souffrent de rejet, suspicion, mépris... ou (plus distingué) qu'il y a, là, à faire une "clinique de l'exil" (O. Douville).

On remarque déjà que les troubles névrotiques sont moins liés à la condition sociale de l'individu qu'à sa condition anthropologique, moins au déclassement, à la paupérisation qu'à la déréliction culturelle, à la perte d'appartenance (O. Maller, Israël).

On parle plus volontiers de **Psychiatrie transculturelle** et, avec elle, de “ pathologie de la transition ” (Lambo), de la transplantation, du déracinement, de “ *générations de l'entre-deux* ” (P. Bourdieu), de phénomènes d’“ *étrangèreté* ” (P. Ricoeur et J. Daniel), d’“ *effets d'exil* ” (O. Douville) et même d’“ *étrangers de l'intérieur* ” (Laplantine).

Et l'on reparle de racismes purs et simples, mutuels et réciproques, mais aussi du *Métissage* (Laplantine et Nousse), qui “ ne relève pas d'une topographie, mais d'une chorégraphie ” (Laplantine et Missaoui). Etc, etc.

III - Quel est l'Intérêt de la Psychiatrie transculturelle ?

À quoi ça peut servir ? À qui ça profite ?..

1) pour l’“ indigène ” (autochtone) aux “ Colonies ” ?

Pas grand-chose... sauf à permettre aux “ Explorateurs ” de faire des films, des monographies, à jouer des psycho-sociodrames (dont le *N'Doep* et les cérémonies Dogon furent les best-sellers) ; et à chercher à “ vérifier ”, au passage, leurs pré-supposés anthropologiques (la “ mentalité primitive ”, la “ paléophrénie ” (10)) ou psychanalytiques (freudiens – l'Oedipe par exemple –, kleinien, lacaniens ?..).

Sans oublier la mise en garde à double visée de Sartre : “ L'indigénat est une névrose introduite et maintenue par le colon chez les colonisés avec leur consentement ”. Quoiqu'il en soit, “ la notion d'indigène s'estompe et fait place à celle d'*indigent* ” (Levi-Strauss).

2) Pour l'immigré (le migrant ou le réfugié) transplanté chez nous ?

C'est du soin (en première approximation : il vient au dispensaire ou au cabinet (11) ; car on sait qu'il y a aussi et parfois seulement un appel à la *reconnaissance* : cf. Jalil Bennani, (Maroc) : “ Le corps suspect ” (12)). Il attend de nous une diminution de sa souffrance et une meilleure “ *intégration* ”. Mot suspect ? mais tous le sont devenus : l'*assimilation*, l'*adaptabilité*... etc.

Mais la consultation hyperspécialisée (primitivée, traditionnalisée, shamanisée) et le rapatriement sont-ils les seules ressources et les plus efficaces à moyen et long terme ? Ça n'est pas sûr. “ *De plus dans l'exil, n'y a-t-il que perte du sens ?* ” s'interroge Dany Joseph-Ducosson (Pointe-à-Pitre). Je pense plutôt que c'est en même temps une perte d'objet (du pays d'origine, du noyau parental, de la communauté de vie et de travail) et un refus de sens (du sens véhiculé jusqu'alors par ces objets).

C'est un autre débat, plus important au fond que de savoir s'il faut tolérer et même encourager la constitution de ghettos chez nous ou répondre à une " *volonté d'appartenance* " (Max Lerner) parfois bien réelle, mal ou maladroitement formulée ou mal entendue par nous (et il n'y a de pires sourds...), partielle ou totale (13) et bien sûr toujours " intéressée ". Mais sommes-nous nous-mêmes si désintéressés que cela ?..

3) Pour le psychiatre :

- Wortis, il y a 50 ans déjà, insistait sur la nécessité pour le psychiatre de recevoir une culture ethnologique. Le doyen Thomas (de l'Université de Dakar, au temps de Collomb) déclarait qu' " *il faut au psychiatre averti beaucoup de sociologie (ou d'anthropologie) pour savoir exactement dans quelle mesure il peut se passer d'elle* ". Cela est toujours vrai.
- La démarche de la psychiatrie transculturelle a pour conséquence de rendre visible aux yeux du praticien sa propre culture (Charles-Nicolas) et ses sous-cultures d'appartenance (ses racines), de mieux distinguer le vernaculaire du véhiculaire.

Une approche ethnopsychologique peut se penser dans toutes les communautés et sous tous les climats, y compris bien sûr les nôtres. G. Gorer, M. Mead et A. Kardiner l'ont fait aux USA. Alain Le Pichon (*Maison des sciences de l'homme*), l'avait envisagé pour la France, en 1983 : " *Ethnologie de la France par des chercheurs du Tiers-monde* ". Et nous vîmes ainsi un malgache " observer " les Catalans français au pays d'Henri Ey !

- Elle oblige le psychiatre à se décentrer davantage, à quitter sa culture et à entrer dans le cadre culturel du patient, ce qui a pour corollaire d'améliorer sa capacité à être un bon psychiatre, même simplement en situation intra-culturelle : plus attentif, compréhensif, indulgent, tolérant... (Vocabulaire de Pélicier, p. 211).
- Elle apporte plus d'ouverture, moins de certitudes et d'idéologie, une écoute plus libre des mouvements secrets des désirs (14), un refus des systèmes qui plus ou moins aliènent, une parole moins sûre d'elle-même sans doute mais plus audible à l'autre, quelle que soit sa culture, dit Paul Martino (de Bordeaux).

- A l'avenir, elle va peut-être se poser la question ultime suivante : si les autres ne pensent pas comme nous, comment pensent-ils ? [et non plus que pensent-ils ?] *Qu'est-ce que penser ?* (15) On peut être assuré d'y retrouver en concurrence, et surement en conflit : psychanalystes, cognitivistes et autres neuropsychologues.
- Elle tendrait à montrer, selon El. Roudinesco se fondant sur les recherches menées par Marc Augé, que “ *tout désordre biologique est le signe d'une altération ou d'un désordre social* ” (!?). Là c'est peut-être prendre un peu vite parti dans un débat sur la Psycho-somatique qui occupe bien des médecins depuis longtemps et qui ne saurait se résumer aux cas étranges et spectaculaires de la “ *thanatomanie des maudits* ” (mort par envoûtement) ; et qui a préoccupé aussi les pionniers de l'Anthropologie culturelle dans leur souci de ne pas attribuer à la Nature ce qui relève de la Culture.

L'intérêt de ce point de vue [pour qui ?], ajoute-t-elle, est alors non pas de comparer la médecine traditionnelle à la médecine biomédicale occidentale, mais d'étudier le pluralisme du regard médical dans chaque société, l'hétérogénéité des interprétations (et la réductibilité de l'un à l'autre, ajouterait Laplantine) et enfin les itinéraires des malades.

Laplantine m'a semblé suivre cette orientation. Ces considérations psychosociales ne devraient pas conduire, tout de même, à un obscurantisme benêt, sous couvert de respect des pratiques et des traditions. Laplantine dit fort sensément qu'il ne faut “ pas perdre de vue que les traitements indigènes ne sont pas nécessairement thérapeutiques : une grande partie des prises en charge effectuées vise, en effet, plutôt une réadaptation *sociale* (ce qui ne préjuge en rien de la guérison *mentale* (16)) et certaines contribuent au dysfonctionnement même, non seulement de l'individu mais de la société ”. Ailleurs :...“ Le consultant devenu adepte [d'une religion à fonction essentiellement thérapeutique *l'Umbanda*, au Brésil, dans l'exemple retenu par l'auteur], en intériorisant un mythe, s'est débarrassé de son symptôme. Mais il n'a pas pour autant pris conscience du conflit qui se situe à l'origine de ce dernier ”. Il ne s'agit donc pas de guérison au sens psychanalytique.

Dans le même ordre d'idées, Laplantine (il est ethnologue) cherche à *dépsychiatriser l'Ethnopsychiatrie* : “ l'Ethnopsychiatrie ne peut plus “ confondre l'altérité culturelle et l'étrangeté psychiatrique ” ” dit-il, citant T. Nathan (1986) ; elle se joue autour de la rupture et ne se réduit nullement à l'exploration du pathologique. Et citant Devereux (1978) : “ *Le concept de base de l'ethnopsychiatrie doit être non pas celui de pathologie, mais celui de sublimation* ”.

IV - Retour sur l' " Ethno-Psychanalyse " (G. Devereux, G. Roheim) (17)

- Hier :

Une des premières critiques (Charles Brisset, 1960) était une contradiction *in-se*. Au-delà des " vérifications " : l'objectivation, la réification de la Psychanalyse (18), devenue " instrument " étranger à son domaine de prédilection – sauf peut-être pour Freud qui avait donné le mauvais exemple avec *Totem et tabou !* (19) – ; en même temps qu'une utilisation relativement sommaire de celle-ci. Si l'Oedipe est scotomisé chez les anthropologues culturels, c'est que la castration n'est pas observable, explique Ch. Brisset.

En revanche, on aime bien faire des monographies, des descriptions de style caractérologique. Mais on manque de réflexion sur l'élaboration individuelle. Engagée dans une méditation sur le prégénital (maternage) qui constitue, au vrai sens du terme, une régression, l'Anthropologie culturelle abandonne la richesse et la complexité de la dialectique pour une pensée linéaire, circulaire et parfois réductrice dont le but est de posséder complètement l'objet. Brisset parle de " rupture de dialectique ". Il pense enfin qu'une Psychanalyse culturaliste (que l'on peut sans grand risque d'erreur confondre ici avec l'Ethnopsychanalyse) est un contre-sens, une contradiction en soi. Elle ne peut aboutir qu'à une sorte d'ortho-psychothérapie.

- Aujourd'hui :

On (O. Douville et O. Natahi) critique vivement la notion d' " *Inconscient ethnique* ", sa réification et sa culture en serre (en ghettos). Douville va même jusqu'à parler, à propos de l'Ethnopsychanalyse, d' " adéquation destructrice entre identité culturelle et origine ". Il lui reproche :

- d'expliquer les choses par un recours implicite au modèle théorique et nosologique de la Névrose traumatique (le " choc des cultures ", abandonnisme et prédation) et de *l'Influence* (20). Peut-être (tant qu'à faire) faudrait-il alors aller jusqu'au *Syndrome de Stockholm !...* où l'otage coopère avec son geôlier (21), qui prendrait en compte l'ambiguïté du désir et l'ambivalence du migrant. Intégration : jusqu'où ? Au prix de quelle perte d'identité ?.. Ou de quels bénéfices ? Il y en a quelques-uns, quand même, comme des " formations de compromis " ! " En se déplaçant vers un autre pays, écrit Fethi Benslama, ils ont choisi d'entrer dans un rapport vivant avec l'ailleurs et l'autrement : *ils y perdent du sens et ils en gagnent...* "

Il faut " s'ouvrir à une véritable pensée de l'interculturel ". La signification de l'exil ne peut être tout entière rétrospective. Il faut lui donner une signification dans l'actuel de la crise (références incertaines, mise en lien difficile, par exemple) (22).

Dany Joseph-Ducosson (Pointe-à-Pitre) donne l'exemple de ces antillais partis en France chercher du travail, mais aussi pour fuir une situation familiale difficile et qui, ayant présenté des troubles mentaux, se voient proposer un rapatriement sanitaire, pour certains désastreux.

- de faire l'impasse sur la structure... D. Joseph-Ducosson simplifie les rapports entre culture et psyché, qui sont comme le dit Devereux "*co-émergents*". Mais je ne suis pas aussi sûr que " la culture est toujours d'une certaine extériorité " par rapport à la " réalité psychique ". Elle est à la fois intérieure et extérieure : c'est le sens à donner aux " systèmes de sécurité " dans la "*Personnalité de base* " selon Kardiner.

La culture est beaucoup plus intériorisée qu'on ne pense et l'" *institutionnalisation* " des comportements en apparence les plus individuels et des stimuli ou situations qui commandent ces comportements en est la marque et la preuve. Ce fut le mérite du Pr Jean Stoetzel, à son retour de Columbia (La *Mecque* de l'Anthropologie culturelle) de nous en convaincre dans les années 50, à Bordeaux (dans la chaire de Durkheim), puis à la Sorbonne, en y introduisant la *Psychologie Sociale* comme science à part entière.

Marie-Cécile et Edmond Ortigues (23), soulignent qu'il ne faut " pas confondre les questions sociales, culturelles et les problèmes individuels ". L'individu n'est pas la copie conforme des représentations collectives de sa culture... [même outremer]. Il s'agit "de pouvoir entendre un sujet dans sa singularité, à travers sa culture, mais sans le rabattre sur elle ". Sinon " *Que reste-t-il de l'ethnopsychiatrie lorsque le psychiatre s'exile ?* " comme dit Eric Cao Huu Hai (Pointe-à-Pitre) ; si c'est bien là le sens de sa question au programme des *Francopsies*.

À l'heure actuelle, le débat est une question de méthode et une querelle de personnes. On est pour ou contre Tobie Nathan (24)... accusé de culturalisme excessif [différencialisme culturaliste] sous couvert d'une filiation revendiquée mais contestée à Devereux lui-même. Ce débat n'est pas nouveau puisque c'était, déjà, celui qui opposait G. Roheim (l'ethnologue devenu psychanalyste) à Kardiner (analysé par Freud) et M. Mead : le premier défendant l'universalisme freudien (25) au nom de l'unité du genre humain contre le relativisme culturel des seconds, forme masquée (insidieuse) de nationalisme et de rejet de l'autre.

C'était aussi celui des ethnologues avec leurs protégés en voie d'émancipation, il y a quarante ans déjà, lorsque Lévi-Strauss (*L'ethnographie est-elle infamante ?*) le déplorait ainsi : " les anthropologues – et à travers eux l'anthropologie tout entière – sont maintenant accusés d'avoir nié cette *infériorité* dans le seul but de la dissimuler, et donc de contribuer plus ou moins directement à ce qu'elle soit maintenue " ... " Ceux-ci craignent que, sous le couvert d'une vision anthropolo-

gique de l'histoire humaine, on n'essaye de faire passer pour une diversité souhaitable ce qui leur apparaît à eux comme une insupportable inégalité ". Et Sartre/Fanon de mettre en garde contre " les aliénations les plus dangereuses " avec lesquelles sont renvoyés dos à dos aussi bien la culture occidentale que " le retour du lointain passé de la culture africaine ". ■

Post lude (Impressions des Journées)

Pas de Synthèse ? Bien sûr que non... Qui serait assez présomptueux pour en présenter une, sur un sujet pareil ! Mais des impressions. Celles-ci par exemple...

Ce que souhaitent les psychiatres à formation (ou dilection) analytique prépondérante (mais cela est en train de changer, on l'a vu), avec leurs patients étrangers (de l'intérieur ou de l'extérieur), c'est...

- Travailler dans le présent, *hic et nunc*, avec les " contradictions vivantes de l'identité " (O. Douville et O. Natahi) ; sur le sens, le désir, le transfert. Ni rapatriement sanitaire hâtif et intempestif, ni " ghettoïsation " (" désobjectivation " par un traitement purement traditionnel) : fausses ou mauvaises solutions.
- Parier sur l'universalité, l'humanité, l'écoute et la main tendue, le métissage à la limite... comme l'ont laissé entendre des intervenants aussi divers que le Dr Paul Checkmodine-Chatoua (Pointe-à-Pitre), le Pr Jacques Othoniel (Antilles/Montpellier), le Dr M. Fouad Benchechroun (Maroc)...
- Ne pas se perdre dans le Mythe, s'accrocher aux rituels... puisqu'il faudra, de toutes façons, en changer ! Nous ne devons être que des passeurs, des témoins, des écouteurs ; pas des *shamans*. À chacun son métier. Freud n'était pas un shaman (Fethi Benslama contre Lévi-Strauss).
- Offrir un cadre, un lieu : ni salle d'opération aseptisée (S. Freud), ni Arbre sacré des ancêtres (M. Maman) (26) et " rentrer dans l'échange " (Douville et Natahi), jouer les universaux de la fraternité, travailler sa propre opacité (G. Marcel), son " étrangéreté " (P. Ricœur).
- Inventer à deux (ou à plusieurs) un monde intermédiaire, transitionnel... et des règles simples (suffisantes) acceptables pour tous les deux ; une " foi partagée " disait K. Jaspers. Et peu importe le code ou la foi (freudien, lacanien, systémiste ou cognitivo-comportementaliste, " traditionnel " aussi, pourquoi pas ?) pourvu qu'il y ait partage. Après, inventer ! (Émile Rogé nous l'avait déjà dit (27)), laisser jouer la " créativité thérapeutique " (J.F. Allilaire).

Notes

(1) “ *Ethnologie et psychopathologie* ”. Hygiène mentale 1949, n° 2.

Mon exposé est dédié au travail de pionnier du Dr S. Pelage, psychiatre privé antillais, membre fondateur et actif de l'AFPEP/SNPP.

(2) Mot apparu en France en 1838 pour désigner l'étude comparative des coutumes et des institutions dites “ primitives ” : sociétés primitives, indigènes, exotiques... Il y eut aussi l'*Ethnopsychologie* ou “ *Psychologie des peuples* ” qui fut audébut du siècle une 1^{ère} tentative d'articulation du psychologique, du culturel et de l'historique. A l'autre extrémité : la *Psychohistoire* (E. H. Erickson , L. De Mause, N. Simms).

(3) Pour Cl. Lévi-Strauss (*La Pensée sauvage*, p. 326) l'Anthropologie à la française comprend l'Ethnologie comme 1^{ère} étape de travail sur le terrain, puis l'Ethnographie comme 2^{ème} étape et 1^{ère} réflexion synthétique, à la recherche d'invariants.

(4) “ Vous savez extraire de nous le meilleur de nous-même et certes nous ne vous en voulons pas... ” (M. Mauss persiflant les psychologues, *Sociologie et anthropologie*, 3^{ème} partie). Même résistance des historiens aux analyses de la “ *Psychohistoire* ” (E.H. Erickson), à *Totem et tabou* de Freud.

(5) Pour une lecture critique de l'usage de la Psychanalyse par les anthropologues, on se reportera avec profit à l'étude de Pulmann (1991) ou à la critique de Marie Moscovici, en 1991 : “ *La Psychanalyse est un mythe, Lévi-Strauss l'a résumé* ” .

(6) ... prélogique, mystique, avec participation; opposée aux principes d'identité et de déterminisme de notre mentalité supposée. Moins élémentaire (péjoratif) que primordial (Jung). “ Il s'est rétracté plus tard sous la pression des critiques qu'on a opposées à sa théorie, mais je crois que ce sont ses adversaires qui avaient tort ” écrivait ce dernier peu de temps avant sa mort.

(7) “ Non, nous ne voulons rattraper personne. Mais nous voulons marcher tout le temps, la nuit et le jour, en compagnie de l'homme, de tous les hommes ” écrit Franz Fanon, demandant au Tiers Monde de “ ne pas imiter l'Europe ” (*Les damnés de la terre*, p. 240).

(8) Cf “ *Frantz Fanon, portrait* ”, par Alice Cherki, Seuil 2000, 316 p.

(9) Ainsi, si les *Iks* de Colin Turnbull (1973), quelque part en Ouganda, sont particulièrement égoïstes, malveillants, hostiles... ils ont des circonstances atténuantes : anciens chasseurs nomades, ils ont été brutalement sédentarisés... et déshumanisés. Relire aussi, bien sûr, *Les damnés de la terre* de Frantz Fanon, plus particulièrement le chapitre intitulé “ *De l'impulsivité criminelle du Nord-africain à la guerre de libération nationale* ”, pp. 224...

(10) Ne souriez pas trop vite et lisez dans l'*Abstract Psychiatrie* de sept. 2000 (n° 217) l'exposé par notre ami Ed. T. Mahieu et la discussion d'un épisode médico-légal qui eut lieu en 1978 en Patagonie (Argentine) où un groupe d'indiens mapuche convertis au Pente-

côtisme a tué à coups de Bible une femme et 3 enfants “ possédés par le démon ”. La défense a plaidé (et le Tribunal a retenu) la personnalité “ paléophrénique ”, la “ barbarie ancestrale ” et un état d’“ extase mystique ” transitoire.

(11) Et bien sûr, la majorité d’entre eux ne consulte pas de cliniciens ou de thérapeutes (Douville-Natahi).

(12) Que nous avons présenté dans *Psychiatries* il y a 20 ans (en 1980).

(13) “ Ils ” peuvent avoir envie de mettre leurs enfants dans nos écoles, mais de continuer à les exciser à la maison : problème !

(14) Les psychanalystes français (lacaniens) remarquant que la notion de *désir*, essentielle à la Psychanalyse est absente du champ de l’anthropologie, proposent d’“ analyser les rapports que la notion de désir entretient avec la variabilité culturelle ” : cf. “ *Y a-t-il un abord ethnopsychiatrique du désir ?* ” (Evolution Psychiatrique 1999) par Richard Rechtman, travaillant sur les troubles psychiatriques des réfugiés cambodgiens en France.

(15) *L’autre*, revue de clinique transculturelle, La pensée sauvage 2000, 1, 199 pages.

(16) Réciproquement, il pense qu’“ aucune société n’a [en effet] un pouvoir *directement* pathogène ”, déclaration qui eut rempli d’aise Henri Ey.

(17) Qui tous deux n’adhéraient pas à *Totem et tabou*. Devereux considérant même que c’était “ l’une des [rares] erreurs de Freud ”. Les anthropologues non analystes aussi : Malinowski contestant l’universalité de l’Oedipe et Boas celle du Totémisme. Roheim, lui, critiquait la théorie de la horde primitive d’Atkinson/Darwin et ne trouvait pas de confirmation de cette dramatique théorie chez les primates supérieurs.

(18) El.Roudinesco remarque que, bien que le courant Culture et Personnalité se soit montré critique à l’égard des thèses freudiennes, il fut l’une des voies les plus séduisantes de l’introduction de la Psychanalyse aux USA.

(19) En fait, son mérite est d’avoir “ dévoilé l’ICS comme le lieu du Magique pour *tout* humain... nous sommes *tous* ensorcelés ” (Fethi Benslama, (Tunisie), Directeur de la revue *Intersignes*.)

(20) Ça n’est pas très original en effet : formulation psychiatrique, voire politique, de “ l’efficacité symbolique ” décrite par Lévi-Strauss, Sechehaye et Lacan. L’influence est un fait et/ou une interprétation. Mais dire avec A. Coulon (*L’ethnométhodologie*, p. 6) que le progrès est en ce que la relation entre acteur et situation n’est plus considérée comme le fait de contenus culturels ni de règles mais comme produite par des processus d’interprétation et que l’on change de paradigme ne nous convainc pas. Car *tout* est interprétation .

(21) Bien sûr il faut remplacer “ otage ” par immigrant et “ geolier ” par autochtone.

(22) L’analyse, si fine, que fait notre jeune ami Ed. T. Mahieu dans le dernier *Abstract psychiatrie* (vide supra Note 12), montre bien comment les Juges du meurtre à coups de

Bible, recherchant une irresponsabilité de principe, ont “ privé les experts de toute analyse de leur rupture avec la socialité originaire, au profit d’une considération purement ethnique de la question ”.

(23) (*Abstract Psy* n° 217, sept.2000), anciens de Fann à Dakar et auteurs de *l’Oedipe africain* (Plon, 1966, L’Harmattan, 84).

(24) Pr de psychologie clinique et pathologique à l’Univ. Paris VIII, qui a fondé en 1992 un *Centre Devereux* destiné à promouvoir des activités cliniques auprès des populations africaines de la banlieue nord de Paris. Auteur de “ *L’influence qui guérit* ”, 1994 ; “ *Fier de n’avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c’était* ”, 1993 ; “ *Éléments de PT* ”, 1998 ; “ *Médecins et sorciers* ”, 1999 .

(25) Devereux (1970) et Laplantine (1988) sont pour l’universalité et l’unité fondamentale du psychisme humain. T. Nathan, on ne sait plus... il faudrait peut-être lui poser la question ? Mais tout n’est pas actualisé partout...et “ l’inconscient d’une culture peut être repéré dans le conscient d’une autre culture ” (Devereux).

(26) “ Je plaide pour la liberté de ne pas être toujours ramenée à mes racines ” clame El. Roudinesco, *Politis* 577, 2 déc. 99, 20-23). Mais peut-être touche-t-on là à une différence essentielle (ethnique ?) entre l’Afrique des origines et l’Occident bavard et présomptueux des lointains incertains (passés et à venir). Moussa Maman (Bénin) le sait bien, qui le tient de son grand-père : ce que nous allons chercher sur la lune, sur Mars, dans les étoiles... c’est notre origine, nos racines toujours.

(27) “ *La tâche du psychothérapeute* ”, Dimension psychologique, 1986 et Psychiatries, 1988, n° 83, 3-7.

Bibliographie

Alexander F. : “ *Buddhistic training as an artificial catatonia* ”. *Psychoanal. Rev.*, 1931, 18, pp 129-145.

Aubin H. : “ *L’homme et la magie* ”, 1 vol., Desclée de Brouwer, 1952.

Augé M. et coll. : “ *Prophétisme et thérapeutique* ”, Hermann, 1975. “ *Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l’événement* ”. In : “ *Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* ”, Paris, Ed. Archives contemporaines, 1984.

Benedict R. : “ *Échantillons de civilisation* ”, 1934, trad. Gallimard, 1950

Bennani J. : “ *Le corps suspect* ”. 1 vol. Galilée, 1980

Benslama F. : “ *L’illusion ethnopsychiatrique* ”, La Lettre de psychiatrie fr., n° 65/97, p 19.

Bourdieu P. : “ *Sociologie de l’Algérie* ”. PUF, QS

Brisset Ch. : “ *Anthropologie culturelle et psychiatrie* ”., EMC Psychiatrie, 11-1960, 37715 A10,1-9, et “ *Le culturalisme en psychiatrie. Etude critique* ”, In : *Évolution psychiatrique*, 1963, juil-sept, 369-405.

Charles-Nicolas A. : “ *Ethnopsychiatrie* ” In : “ *Les objets de la psychiatrie* ” (dictionnaire) de Y. Pelicier. 1997, L’Esprit du temps.

Collomb H. :

- “ *Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise)* ”, Psychopathologie africaine, vol. 1 n° 1, 1965, 11-84.
- “ *Rencontre de 2 systèmes de soins. À propos de thérapeutique des maladies mentales en Afrique* ”, Social science and Medicine, 1973, 7.
- “ *Psychiatrie et culture* ”, In : Confrontations psychiatriques, n° 21, 1982.

Coulon A. : “ *L’Ethno-méthodologie* ”. PUF, QS, 1987.

Devereux G. :

- “ *Essais d’ethnopsychiatrie générale* ”, Paris, Gallimard, 1970.
- “ *Ethnopsychanalyse complémentariste* ”, Flammarion, 1972.
- “ *L’ethnopsychiatrie* ”. Présentation de la revue Ethnopsychiatria, 1978, 1, pp. 7-13.

Douville O. et **Natahi O.** : “ *De l’inactualité de l’ethnopsychiatrie* ”. Synapse, juin 1998, n° 147, 23-30

Dufrenne M. : “ *La personnalité de base* ”, Paris, PUF, 1 vol., 1953.

Ellenberger H. :

- “ *Aspects culturels de la maladie mentale* ”, Canadian Psychiatric Assoc. J, vol. 4, n° 1, janv. 1959, 26-37.
- “ *Intérêt et domaines d’application de l’ethnopsychiatrie* ”, Congrès mondial de Madrid, 1966, Actes, Excerpta n° 150, 264-268

Fanon F. : “ *Les damnés de la terre* ”, Préface de J.-P. Sartre, Maspero, 1961.

Freud S. : “ *Totem et tabou* ”, 1913, et sa présentation par Emilio Rodrigué, In : “ *Freud, le siècle de la psychanalyse* ”, t. 2, Payot, 2000.

Giudicelli P. :

- “ *Psychiatrie et culture* ”. Médecine tropicale, n° 5, sept-oct. 1967, 481-492.
- “ *Antipsychiatrie et Ethnopsychiatrie. Rencontres, divergences* ”, Bull. Psychiatrie, Marseille, 1975, n° 30.

Joseph-Ducosson D. : “ *L’ethnopsychiatrie, un chemin plein d’embûches* ”, Synapse, sept. 1998, n° 148, 25-27.

Kalinsky B. : “ *El llamado caso de “La Matanza de Lonco Luan”. Una perspectiva antropológica* ”. Vertex, Revista argentina de psiquiatría, 2000 ; 39 : 33-9. CR, In : Abstract psychiatrie, n° 217, sept. 2000.

Kardiner A. et **Linton R.** : “ *The psychological frontiers of society* ”, Columbia Un. Press, 1945, 476 p.

Kardiner A. et **Preble E.** : “ *Introduction à l’ethnologie* ”, 1 vol, NRF, 1966.

Kardiner A. : “ *L’individu dans sa société* ”, Gallimard, 1970.

Lambo T.A. : “ *A plan for the treatment of the mentally ill in Nigeria* ”, In : Linn, NY, 1961.

Laplantine Fr. :

- “ *L’ethnopsychiatrie* ”, Paris, PUF, 1973 et 1988 (QS).
- “ *Maladies mentales et thérapeutiques traditionnelles en Afrique noire* ”, Paris, Ed. Universitaires, 1976.
- “ *Ethnopsychiatrie et ethnoscience* ”, In : Confrontations psychiatriques, 1982, n° 21, pp. 11-29.
- “ *Anthropologie de la maladie* ”, Paris, Payot, 1986.

Laplantine Fr. et Nousse A. : “ *Le métissage* ”, Flammarion, 1998.

Levi-Strauss Cl. :

- *Introduction à l’œuvre de M. Mauss in Sociologie et anthropologie* (1950).
- “ *Anthropologie structurale I* ”, Plon, 1958 et II (1965).
- “ *L’Ethnographie est-elle infamante ?* ”, Courrier de l’Unesco, nov. 1961.
- “ *La pensée sauvage* ” (1962), - “ *L’homme nu* ” (1971).

Levy-Bruhl L. :

- “ *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures* ”, 1910.
- “ *La mentalité primitive* ”, 1 vol. Alcan, 1922.

Linton R. :

- “ *Culture and mental disorders* ”, Springfield, 1956.
- “ *Les fondements culturels de la personnalité* ”, Paris, Dunod, 1968.

Malinowski B. : “ *La vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la Mélanésie* ”, Londres, 1929, Payot, 1930.

Maller O. : “ *Les valeurs existentielles dans la psychopathologie du migrant* ”. Congrès mondial de Madrid, 1966, Actes, Excerpta, 14551457.

Maman M. et coll. : “ *Docteur en brousse, marabout à Paris* ”, Cahiers de l’URACA, octobre 96, n° 5.

Mannoni O. : “ *Psychologie de la colonisation* ”. 1 vol., Seuil, 1950

Mars L. : “ *La crise de possession dans le Vaudou* ”. Imp. de Port-au-Prince, 1946.

Martino P. : “ *L’ethnopsychanalyse : panacée, gageure, impasse ou imposture ?* ”. La Lettre de psychiatrie fr., n° 65/97, pp. 17-18.

Mauss M. :

- “ *Esquisse d’une théorie générale de la magie* ”. Année sociologique, 1903
- “ *Sociologie et anthropologie* ”, Paris, 1950.

Mead M. : “ *Mœurs et sexualité en Océanie* ”. 1 vol., Plon, 1963.

Missaoui L. : “ *Gitans et santé, de Barcelone à Turin* ”. Préface de F. Laplantine., 1 vol., Ed. Trabucayre, Perpignan, 1999.

Nathan T. :

- “ *Fier de n’avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c’était* ”, La pensée sauvage, 1993.
- “ *L’influence qui guérit* ”, O. Jacob, 1994.
- “ *Éléments de Psychothérapie* ”, in *Psychothérapies*, O. Jacob, 1998.
- “ *Médecins et sorciers* ” (avec I. Stengers), *Les Empêcheurs de penser en rond*, 1999.
- “ *L’ethnopsychiatrie en butte aux néostalinien* ”. *Abstract psychiatrie*, n° 212, fév.2000,17-19.

Ortigue M.C. et E. :

- “ *Oedipe africain* ”, Plon, 1966 ; L’Harmattan, 1984.
- “ *Cheminement d’une pratique* ”, in *Psychiatrie Abstract*, n° 217, sept. 2000.

Palem R.M. :

- “ *L’ethnopsychiatrie : science ou carrefour ?* ”. *Évolution Psychiatrique*, 1968, n° 1, 139-157.
- “ *L’assistance psychiatrique dans les pays en voie de développement. Enquête sur l’expérience malgache* ”. Rapport au IIe Colloque panafricain de psychiatrie de Dakar, 8 mars 1968.

Pasche F. : “ *Le Psychanalyste sans magie* ”. *Les temps modernes*, 1949.

Pelicier Y. :

- “ *Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique* ”. 1 vol., Masson 1964. Rapport au Congrès des psychiatres et neurologues de langue fr., Marseille sept. 1964 ; sa discussion in AMP mai 1965, 758-770.
- “ *Les objets de la psychiatrie* ” (dictionnaire de concepts), *L’Esprit du temps*, 1997.

Pelage S. :

- “ *Culture et personnalité : les conceptions psycho-ethnologiques de Kardiner* ”. *L’Encéphale*, 1946-47, n° 7-8.
- “ *Ethnologie et psychopathologie* ”. *Hygiène mentale*, 1949, n° 2.

Policar A. : “ *La dérive de l’Ethnopsychiatrie* ”. *Libération* du 20 juin 1997.

Rechtman R. :

- “ *L’intraduisible culturel en psychiatrie* ”. *Évolution Psychiatrique*, 57, 3, 1992, 347-365.
- “ *De l’ethnopsychiatrie à l’a-psychiatrie culturelle* ”. *Évolution Psychiatrique*, 60,3, 1995, 637-649.
- “ *Ya-t-il un abord ethnopsychiatrique du désir ?* ” *Évolution Psychiatrique*, 1999, 64, 69-78.
- “ *De l’efficacité thérapeutique et symbolique de la structure* ”. *Évolution Psychiatrique*, 2000, 65, 511-30.

Ricoeur P. et Daniel J. : “ *L’étrangeté de l’étranger* ”. *Nouvel Observateur*, hors série Philo. n° 32, 1998, 8-13.

Roheim G. :

- “ *Origine et fonction de la culture* ”, NY 1943, Gallimard, 1972
- “ *Psychanalyse et anthropologie* ”, NY 1950, Gallimard, 1953.
- “ *Magie et schizophrénie* ”. Ed. Anthropos, Paris, 1955

Roudinesco El. :

- “ *Dictionnaire de la psychanalyse* ”, Fayard, 1997.
- “ *Je plaide pour la liberté de ne pas toujours être ramené à mes racines* ”. Politis 577, 2 déc. 1999, 20-23.
- Préface à Devereux (G) “ *Psychothérapie d’un indien des plaines* ”, 7-28.

Stoetzel J. : “ *Psychologie sociale* ”. 1 vol. 1963, 316 p. Flammarion.

Thomas L.V. :

- “ *Sociologie et psychiatrie. Problèmes posés par l’Afrique noire* ”. Psychopathologie africaine. vol. 1 N°3, 1965, 443-485.
- “ *Société africaine et santé mentale* ”. Psychopathologie africaine 1969, vol. V, n° 3.

Résumé

“ Un parcours éclairé et quelque peu effaré à travers l’ethnopsychiatrie, d’hier à aujourd’hui ; mais d’où le Politique n’est jamais absent. Pluridisciplinarité obligée. ”

Mots clefs

Ethnopsychiatrie. Histoire. Politique. Auteurs. Livres. Controverse. Ecoles de pensée. Mise en perspective.

QUELS SONT LES ENJEUX ACTUELS DE LA TRANSCULTURALITÉ PSYCHIATRIQUE ?

Michel PATRIS*

Après deux siècles d'histoire, notre culture psychiatrique se trouve maintenant soumise à des pressions suffisamment fortes pour mettre à la fois en cause son identité clinique et ses fondements philanthropiques. Par identité clinique, il faut entendre un rapport au discours de l'autre qui, tout en démarquant la psychiatrie des autres disciplines médicales, en fait également le modèle, la référence d'une relation thérapeutique prenant en compte la singularité, l'épaisseur humaine de la parole. Alors que la pratique de la médecine glisse constamment sur la pente d'un scientisme et d'une technologie déshumanisante, ce modèle tend idéalement à corriger ce mouvement.

Pur produit de l'occident, notre discipline est née aux confluent des Lumières de la Philosophie et de la Science. De ces deux fées, elle garde le double charme qui a scellé sa division. Nous jouons depuis sur un porte-à-faux entre le souci obstiné d'objectiver les traces de la folie et la recherche tout aussi obstinée d'une vérité intelligible dans le discours du fou. Les psychiatres n'ont jamais cessé de débattre autour de ce clivage : modèle anatomo-clinique d'un côté, clinique du discours de l'autre. Deux cliniques qui n'ont jamais pu fusionner mais seulement se mélanger. Il n'y a pas de pure culture psychiatrique. Le passé devrait nous l'avoir appris, le pur somatique et le pur psychique renvoient chacun à des discours et à des pratiques totalitaires.

Voilà en quelque sorte le “ fond de sauce ” de notre culture psychiatrique : combinaison mouvante, turbulente, conflictuelle, d'un certain nombre d'ingrédients. Pour simplifier les choses, nous les diviserons en quatre. Citons d'abord le “ neuroscientisme ”, parfois poussé à l'intégrisme **.

* Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Strasbourg.

**Voir l'Homme Neuronal de CHANGEUX. BONNAFE, quant à lui, n'hésitait pas à qualifier le scientisme de dominateur et imbécile !

Le second ingrédient tient à une référence plus ou moins allusive et plus ou moins précise à la psychanalyse. En troisième lieu l'héritage de la philanthropie et son prolongement anti-psychiatrique sont là pour nous rappeler la signification politique de notre discipline dans sa défense du malade, toujours menacé d'exclusion, voire pire.

Et pour faire bonne mesure, la force dominante actuelle que l'on pourrait qualifier de *pression pragmatico-économique* venant de l'Amérique ; son objectif, à la fois clair et dénié par ses stratégies, est de réduire le soin psychiatrique à une entité purement marchande.

Classiquement, la transculturalité psychiatrique se concevait en termes de confrontation, échanges, comparaison... entre culture psychiatrique occidentale et culture non occidentale (on ne dit plus aujourd'hui primitive mais certains n'hésitent pas à parler de culture pré-scientifique, ce qui est déjà en soi tout un programme de dénigrement et de disqualification). Émile KRAEPELIN s'est intéressé à cet aspect de la transculturalité. La question posée par KRAEPELIN n'était pas très compliquée : " est-ce que ma démence précoce est universelle ? " Ce que l'on peut traduire sans prendre trop de risque en " il me serait très agréable de démontrer que mes concepts sont universels ".

Voyageant là où ses propres élèves avaient continué à propager sa pensée, KRAEPELIN ne tarda pas à retrouver aux quatre coins du monde la confirmation de son hypothèse et par conséquent la réalisation de son désir...

Cette démarche n'est pas simplement anecdotique car l'Association Américaine de Psychiatrie rejoue à sa manière ce scénario en diffusant dans le monde entier des critères universels (quoiqu'ils soient à tout moment révisables) de troubles mentaux. Notons pour faire bref que cette démarche n'a rien d'innocent et qu'elle n'est pas le simple symptôme d'un suprématisme culturel naïf mais l'imposition progressive et efficace de modalités classificatoires qui sont " in fine " " le Cheval de Troie " de l'industrie pharmaceutique, et avec elle des pouvoirs d'argent qui dominent le monde ou presque.

On ne voit pas très bien en effet comment les thérapeutes traditionnels, où qu'ils soient, au fond de l'Amazonie, au Bénin ou en Sibérie (Staline n'en a pas laissé beaucoup) pourraient faire un usage efficace des catégories aussi " étranges " que des " *troubles anxieux généralisés, troubles dépressifs majeurs et autres trouble somatoformes* " qui n'ont strictement aucun sens dans leur culture, dans leur lecture du monde et le sens donné à la souffrance de leurs congénères. Par contre, leurs collègues bien dressés à l'art du diagnostic par critères contribue-

ront à développer le marché des anti-dépresseurs, des anti-toc, des anti-stress, etc... dans les pays en voie de devenir des clients, qu'il s'agisse de Coca Cola, de Marlboro ou de Prozac.

L'Amérique a pris le relais de l'Europe dans la culture suprématiste, colonialiste, hégémonique et fondamentalement égoïste... Derrière l'écran de fumée de la rhétorique de la démocratie, des droits de l'homme, de la lutte contre la pauvreté, etc...

Cette culture américaine n'est donc que la grimace, la caricature de ce qu'a été la nôtre au XIX^{ème} siècle. Il ne s'agit donc pas d'une *autre* culture, mais d'une société, d'une nation, dont la richesse (ou du moins la richesse d'une partie de ses citoyens) repose sur une logique de contrôle et d'exploitation des ressources d'énergie du monde et d'une économie de marché tout aussi mondiale. Tout ce qu'on peut dire d'autre reste secondaire.

La société américaine et au-dessus d'elle les pouvoirs économiques qui la gouvernent, développent une culture libérale qui n'a rien à voir avec des idéaux de justice sociale, de droits de l'homme, de solidarité aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. L'analyse la plus réaliste de la politique américaine et de la culture qu'elle promet dans le monde, nous la devons sans doute à Noam CHOMSKY, activiste infatigable, auteur de nombreux ouvrages tout à fait édifiants sur les dessus et les dessous de la politique de l'Amérique. Dès lors qu'une culture s'appuie sur le principe d'une croissance et d'une concentration systématique des richesses, le reste, dont la culture psychiatrique qu'elle peut sécréter, est un simple détail.

Nous sommes en France "attardés" dans le vieux rêve d'une culture synonyme de richesse linguistique, intellectuelle, artistique, gastronomique... Selon une tradition ambivalente où se mêlent une condescendance néo-colonialiste et des élans humanitaires (dont la bienveillance on le sait est parfois douteuse), notre culture a longtemps cherché sa propre vérité dans les "autres cultures", soit sur le mode de la fascination, de la curiosité, de la passion ; soit sur celui d'une suffisance amusée ; soit aussi sur celui d'une disqualification a priori.

Les grands prêtres de notre culture ont été remplacés par "les nouveaux philosophes" (Bernard Henri LEVY, André GLUCKSMAN, Alain FINKELKRAUT, Jean François REVEL...) pour l'essentiel repentis de leur gauchisme pubertaire et soutiens zélés du discours dominant.

Et que vaut dans ce discours dominant la vie d'un cambodgien, d'un timorien, d'un irakien... d'un palestinien ?

Nos intellectuels de salon, qui ont l'oreille du pouvoir et des médias, entretiennent cette culture du suprématisme larvé, basé sur cette idée implicite mais jamais avouée que notre manière de vivre, nos dieux, nos lois, et finalement nos intérêts, sont a priori meilleurs que la manière de vivre des africains, les dieux des musulmans, les lois des chinois et les intérêts de tous ceux qui meurent de faim en attendant d'être massacrés ou torturés.

Ainsi le mouvement dominant de la psychiatrie mondiale montre chaque jour d'avantage la vérité de ses desseins. Prédator hégémonique, l'Amérique a secrété dans son propre sein une logique impitoyable du " chacun pour soi ". La psychiatrie américaine a quasiment succombé aux contraintes du pragmatisme économique. Au nom du principe d'autonomie, de la liberté de disposer de son corps, de choisir sa santé, comme son éducation, voire sa justice, chaque américain est libre de se payer les soins psychiatriques qu'il peut en fonction de ses moyens. Ceci n'a rien à voir avec une simple " évolution des mœurs " à laquelle la psychiatrie américaine se serait adaptée. Il s'agit tout au contraire d'une stratégie délibérée des lobbies financiers afin de réduire le soin psychiatrique à sa plus simple expression (et prétendue la moins coûteuse) en augmentant de manière vertigineuse les profits des compagnies d'assurance.

On serait tenté de penser qu'il existe dans le monde deux cultures psychiatriques, l'une tournée vers les explications des neuro-sciences et l'autre vers *les choses de l'esprit*, dans un sens très large allant du chamanisme à la psychanalyse.

Ceci n'est plus qu'une vue de l'esprit. Le véritable enjeu culturel qui mérite d'être pris en compte sépare une logique de solidarité sociale sans distinction de classe et une autre logique de marchandisation du soin. Celle-ci s'est développée en Amérique à partir d'une procédure aussi simple qu'efficace : la plupart des compagnies d'assurance sont tenues économiquement par les grands groupes financiers dont les laboratoires pharmaceutiques. Ces compagnies imposent aux psychiatres qui sont liés à elles par contrat ainsi qu'aux malades qui cotisent, des restrictions rendant tout simplement impossible un véritable travail thérapeutique à partir d'un lien intersubjectif durable.

Vouloir distinguer la culture du politique ressort d'une illusion. Le transculturalisme qui pointait le pittoresque de telle croyance ou de telle pratique traditionnelle, reste par essence un artefact du colonialisme. Il n'y a pas de pure culture, tout s'exporte, tout se vend, tout se mélange. Reste entière la question du lien thérapeutique et des pressions économiques dont il est l'objet. ■

Résumé

Il n'y a pas de pure culture psychiatrique même si de manière récurrente tente de s'imposer une culture unique totalitaire fondée sur une forme ou une autre de pouvoir ou de terrorisme intellectuel. Une culture psychiatrique totalitaire serait celle qui dispenserait, avant de leur interdire, les psychiatres de réfléchir sur leur pratique, leur rapport au politique, au social, à l'autre homme.

Les idéaux philanthropiques doivent en fait toujours composer avec les autres pentes de l'esprit humain : celle qui va dans le sens du marquage de la folie, sa stigmatisation biologique mais aussi vers une éthique tournée vers le judiciaire et une logique économique implacable pour ficeler le tout.

La France peut rêver qu'elle fait partie de " l'empire " et ses chantres universitaires, intellectuels, philosophes... alignent souvent leurs discours sur celui du pouvoir comme s'ils le partageaient.

N'y a-t-il pas là une totale illusion... auquel cas, il faut le dire, l'écrire et en tirer les conséquences.

Bibliographie

BONNAFE Lucien : entretien télévisé, réalisation Jean-Marie ALBET, 1994

CHANGEUX Jean-Pierre : " l'homme neuronal ", Editions Fayard Paris, 1983.

CHOMSKY Noam : " De la guerre comme politique étrangère des Etats-Unis ", chapitre : " *Lire Noam CHOMSKY en France* ", pp. 177-204, édition Agone 2002

PATRIS Michel : " Psychiatrie déliaison ", La lettre de Psychiatrie Française, (La lettre du syndicat des psychiatres français et de l'association française de psychiatrie), avril 2003, N° 124, pp 1-3.

DSM4, HYSTÉRIE ET PSYCHANALYSE

Chawki AZOURI*

Rebelle à toute stigmatisation qui la caserait et la réduirait à n'être *que ça*, l'hystérie bouscule la quiétude de l'analyste dans son fauteuil, le met en garde de jouer au psychiatre, au médecin, ou à un quelconque maître *qui saurait à l'avance ce qu'elle va dire*. Si elle a permis à Freud d'inventer la psychanalyse, elle attend de tout analyste après lui de réinventer, avec elle, sa psychanalyse.

Autant chez la femme que chez l'homme, on admet depuis Freud que la question principale de l'hystérique, qui ordonne sa structure et la plupart de ses symptômes s'énonce ainsi : "*Suis-je un homme ou suis-je une femme ?*" Quoique Freud ait pu dire sur la bisexualité fondamentale de l'être humain, on pardonne rarement à l'hystérique de mettre en scène cette vérité, de la dramatiser et de l'actualiser selon les données culturelles différentes de chaque époque.

Mais pour l'hystérique féminine, il existe une autre question, tout aussi importante que la première et tout aussi agissante au niveau du fantasme et des symptômes, voire plus : "*Suis-je une bonne ou une mauvaise mère ?*"

Ces deux questions tentent de répondre au mystère de la jouissance féminine, question éminemment dangereuse et pour l'hystérique et pour son milieu. Comme le dit remarquablement François Perrier, c'est parce l'hystérie "mobilise les défenses inconscientes contre le mystère toujours redoutable de la sexualité féminine, que la ligue se reforme pour dénoncer, d'époque en époque, l'hystérie comme *impudique imago de la mauvaise mère et, tout autant, ambigu désordre d'une chair androgyne*" (1). L'hystérie donne à voir son refus d'être réduite à un quelconque destin anatomique qui répondrait à une idéologie de la complémentarité des sexes. Elle se pose dans la supplémentarité, en tant que la jouissance

* Psychiatre, Psychanalyste, Paris, France, et Clinique Rizk de Beyrouth Liban.

est un plus. Elle refuse également de n'être bonne qu'à copuler pour procréer, conteste sa position de mère pour revendiquer sa position de femme, et de femme qui jouit.

Ces défenses inconscientes contre le mystère de la sexualité féminine dont parle Perrier s'expriment différemment selon les époques. Ainsi, au Moyen-Age, la chasse aux sorcières était déclenchée sous le prétexte d'empoisonnement des puits ou d'avortement des vaches, mais en réalité, elle était la vengeance des inquisiteurs contre "celles qui connaissaient, lors des sabbats, des *jouissances secrètes, à elles seules réservées*" (2). Avant Charcot, on accusait les hystériques de simulation et de mensonge parce qu'on supportait mal la jouissance féminine qu'elles mettaient en scène. En opisthotonos, le corps hypertendu et cambré en arrière, ou plus tard hypnotisées sur les bras de Charcot, les hystériques de la Salpêtrière donnaient à voir quelque chose de cette jouissance mystérieuse. Mais c'est surtout sur leur visage qu'on retrouvait l'expression de l'extase propre aux mystiques, comme le montre bien le tableau de Bernini, l'extase de Sainte Thérèse (d'Avilla). Chez les mystiques, la transe ou l'extase indiquent que le contact avec quelque chose de divin a bien eu lieu. Et c'est bien ce contact avec quelque chose de divin que recherche l'hystérique.

Or, c'est cette rencontre avec le divin qui spécifie la jouissance féminine, marquée ainsi du sceau de l'infini. Lacan en a longuement parlé dans son séminaire *Encore* (3). La jouissance de la femme y est présentée comme une jouissance Autre, une jouissance infinie. Et, comme il existe une limite à toute jouissance, à moins qu'elle ne soit divine, ce sont les enfants de la femme qui la produiront. Les enfants sont "le bouchon de la jouissance" féminine dira Lacan (4). Or, dans sa quête de cette jouissance infinie, la femme hystérique refuse toute limite. D'où "l'impudique imago de la mauvaise mère" qui s'ajoute au "désordre ambigu d'une chair androgyne" pour amplifier la dimension péjorative liée au vocable hystérie et provoquer une nouvelle chasse aux sorcières.

Car, pour notre idéologie judéo-chrétienne bien pensante, la mauvaise mère ne peut exister. La mère ne peut être que bonne. La femme est faite pour enfanter, sans problème, pour allaiter, sans problème, pour donner à manger à sa famille, sans problème. Quand arrive la ménopause, elle est bonne à jeter car elle ne peut plus procréer. Quant à l'avortement, il lui est interdit car précisément *une femme qui avorte est une mère qui tue, une mauvaise mère*. Voilà ce que conteste la femme hystérique.

Ce rapport énigmatique de l'hystérique à la procréation et à la maternité, nos ancêtres grecs et égyptiens en avaient saisi quelque chose avec le mythe de l'utérus migrateur. Comme vous le savez, les symptômes hystériques peuvent

prendre n'importe quelle forme et apparaître dans n'importe quelle zone du corps. Nos ancêtres pensaient que l'utérus, *en mal de sperme qu'il ne trouve pas dans le vagin, va à sa recherche dans le corps*. Chemin faisant, l'utérus peut comprimer n'importe quel organe et provoquer les symptômes hystériques. Un peu hâtivement, nous en avons conclu que l'hystérique veut copuler, qu'elle cherche des relations sexuelles, qu'elle est avide de coït. D'où les réflexions qui eurent tant d'importance dans la formation du jeune Freud : " Il s'agit toujours de secrets d'alcôve " (Breuer), " Mais dans des cas pareils, c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours " (Charcot) et " Penis normalis, dosim repetatur " (Chrobak) (5).

Or, la clinique psychanalytique de l'hystérie nous apprend qu'il n'en est rien. Et les anciens ne disaient pas cela. Si l'utérus de l'hystérique part à la recherche de sperme, *c'est moins pour le coït en tant que tel que pour la procréation*. La clinique le prouve. Bien avant la psychanalyse, les psychiatres et les gynécologues ont reconnu que lorsque l'hystérique tombe enceinte, ses symptômes corporels disparaissent. J'ajouterai : parce qu'*enfin, elle peut démontrer qu'elle est une bonne mère*.

Qu'est-ce qu'une femme, qu'est-ce qu'une mère ? Une femme peut-elle être femme et mère en même temps ? Une femme peut-elle jouir de son corps et laisser l'autre en jouir sans pour autant être une pute ? Si les fantasmes de viol et les fantasmes de prostitution sont très fréquents chez les hystériques, c'est parce qu'ils lui permettent de répondre : " je n'y suis pour rien, j'ai été violée, j'ai été obligée de me prostituer ". Si la prostituée incarne la figure de la jouissance interdite, à l'opposé, la mère incarne le sacrifice de la féminité sur l'autel de la maternité. C'est pour cette raison que dans ses fantasmes, la mère hystérique s'attaque à ses propres enfants en laissant les autres enfants en paix. À l'opposé de la mère obsessionnelle.

Autres questions : une femme peut-elle laisser son compagnon jouir de son corps pendant qu'elle est enceinte ? Beaucoup de femmes hystériques, nouvellement enceintes viennent à la psychanalyse avec ces questions : " quelque chose pousse dans mon corps et me fait horreur ". Ou bien, " je ne supporte pas que mon mari me pénètre, j'ai déjà quelque chose dans le ventre ". Une mère peut-elle laisser son nourrisson jouir de son corps une fois la fonction alimentaire remplie ? Beaucoup de femmes hystériques, nouvellement mères viennent consulter avec cette autre question : " je ne supporte pas que mon enfant continue à sucer mon sein alors qu'il n'a plus faim ".

On le voit bien, le fantasme de la mauvaise mère ordonne beaucoup de questions, beaucoup de symptômes.

Mais, on le sait, la psychanalyse a permis aux symptômes hystériques de changer. On a, depuis 100 ans, moins vu de symptômes massifs à la Charcot, sauf dans quelques régions éloignées. Nous n'avons plus de cécité hystérique et rarement des paralysies hystériques. Et les années soixante, années de luttes pour la libération de la femme, libération sexuelle entre autres, ont vu diminuer chez les femmes hystériques la fréquence de symptômes comme les pertes blanches, la douleur à la pénétration ou la frigidité : désormais, elles pouvaient dire non à la pénétration.

Mais aujourd'hui, qu'en est-il ? Si l'hystérie évolue avec son temps, pourquoi voit-on réapparaître des symptômes que les années soixante avaient fait disparaître ? Pourquoi les stérilités psychogènes encombrant-elles les cabinets des gynécologues ? Pourquoi un nombre incalculable de fécondations in vitro (F. I. V.) échouent-elles ? Pourquoi l'hystérie se retrouve-t-elle à nouveau plus souvent dans les cabinets des généralistes si ce n'est sur la table d'opération des chirurgiens ?

Par ailleurs, pourquoi voit-on pousser comme des champignons tout genre de psychothérapies (6), individuelles et collectives, s'appuyant sur la suggestion et l'hypnose, entraînant leurs patients dans des transferts individuels sans fin ou dans des délires collectifs qui nourrissent la cohésion des sectes ? Aux États-Unis, la dernière en date de ces psychothérapies individuelles est la psychothérapie par la philosophie. Le succès a été tel que les philosophes-psychothérapeutes ont demandé aussitôt aux assurances-maladies le remboursement de leurs actes...

Pour répondre à ces questions, je vous propose quelques hypothèses : si l'hystérie emprunte à nouveau le chemin de la consultation médicale, c'est pour échapper autant aux psychiatres qui ne la reconnaissent plus et ne l'écoutent plus qu'aux soi-disant psychothérapeutes qui lui vendent du conseil bon marché ou l'entraînent dans des transferts sans fin. Comme nous allons le voir, la psychiatrie forclos l'hystérie et avec elle la psychanalyse. L'outil de cette forclusion n'est autre que le fameux DSM₄ (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux). Je vais m'appuyer sur une recherche, faite sur le DSM₄, sur des travaux critiques portant sur son histoire, sur des enquêtes faites aux États-Unis quant à son utilisation abusive et sur l'idéologie d'une contre-révolution de droite qui le traverse. J'essaierai de vous montrer que si l'hystérie et la psychanalyse, en tant que concepts, ont disparu du DSM 4, c'est parce que le DSM₄ est l'outil d'une nouvelle inquisition qui va à la chasse aux sorcières.

Publié à l'initiative de l'Association Américaine de Psychiatrie (A. P. A.), le DSM en est actuellement à sa 4^e génération, le DSM 4. Aucun psychiatre nouvellement formé ne peut y échapper. Enseigné à la Faculté de Médecine, il permet un

diagnostic facile des troubles mentaux (je ne développerai pas ici les méfaits de ces diagnostics qui ne distinguent pas la structure des symptômes, moyennant quoi une hystérique, parce qu'elle produit quelques symptômes obsessionnels, se retrouve cataloguée de TOC (trouble obsessionnel compulsif) et se voit prescrire des doses massives d'antidépresseurs). Par la suite, il est imposé aux psychiatres comme seule référence autorisée pour toute communication lors des congrès psychiatriques. Aux États-Unis, aucune Société d'Assurance ne couvre les soins prodigués par un psychiatre si les troubles qu'il soigne chez son patient ne sont pas répertoriés dans le DSM 4. Les médicaments prescrits ne peuvent non plus être remboursés que s'ils sont prescrits pour des troubles répertoriés dans le DSM 4.

Si nous examinons de près ce manuel, nous retrouvons la clinique de l'hystérie, mais nous constatons que le *mot hystérie a disparu*. À la place, nous retrouvons les termes suivants : “ trouble somatisation ou trouble somatoforme, trouble des conduites sexuelles, troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil, troubles anxieux...” mais nous ne retrouvons nulle part le mot hystérie.

Par exemple, l'observation clinique d'une jeune femme « avec une multitude de maladies » rapportée pour illustrer “ le trouble somatisation ” aboutit au diagnostic DSM4 suivant :

“ Axe I : F45.0 (300.81) Trouble somatisation
 F33.x (296.3) Trouble dépressif majeur possible
 F13.1 (305.40) Abus de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques possible ou
 F13.2x (304.10) Dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ” (7).

Comment voulez-vous que l'hystérique se retrouve là-dedans ? Habitée à plus de considération depuis la psychanalyse, elle est ici hachée, morcelée, dénommée et expulsée. C'est pire que tout ce qu'elle a connu comme ségrégation. Les raisons apparentes de cette fragmentation de l'hystérie en mille morceaux sont au nombre de trois.

D'abord une raison psychothérapeutique. Il est plus facile pour des troubles des conduites sexuelles ou alimentaires, des troubles anxieux ou des troubles du sommeil séparés aussi artificiellement de prescrire une “ thérapie cognitivo-comportementale, associée ou non aux médicaments ”. Par contre, s'il s'agissait d'hystérie, il deviendrait difficile de ne pas prendre en compte la structure subjective à l'origine de ces troubles et de faire référence à la psychanalyse. Ceux qui connaissent le DSM 4 pourraient m'objecter que la thérapie analytique est bien indiquée pour les troubles-somatisation. En effet, nous lisons : “ Ces patients peuvent parfois bénéficier de thérapies psychodynamiques qui permettent de découvrir les dangers inconscients (8) sous-jacents qui se cachent derrière les soucis quotidiens qui préoccupent l'individu ” (9).

Mais, si nous examinons attentivement cette phrase, nous constatons d'abord qu'il s'agit non pas de psychanalyse mais de thérapies psychodynamiques, terme sous lequel sont regroupées généralement les thérapies jungienne, adlérienne, transactionnelles et... freudiennes. Utilisé ici, ce terme a pour but de noyer la spécificité de la psychanalyse et de l'éliminer donc comme méthode thérapeutique. Mais nous remarquons ensuite et surtout qu'il s'agit de découvrir *les dangers inconscients sous-jacents...*, ce qui, évidemment, est le meilleur moyen de faire fuir ceux qui voudraient s'y aventurer. D'ailleurs, même ces thérapies psychodynamiques-là ne vont pas tarder à être déconseillées.

En effet, si nous nous reportons aux psychothérapies conseillées pour les troubles-conversion, nous trouvons : “ Selon notre expérience, les thérapies orientées vers une prise de conscience ne sont pas habituellement indiquées bien que des conflits psychologiques soient impliqués dans l'étiologie des troubles conversions ” (10). Pourquoi ? Parce que “ ces patients ne ressentent pas la prise de conscience comme utile et peuvent au contraire réagir aux interprétations en se sentant accusés de feindre leurs troubles ” (11).

En quoi une interprétation pourrait-elle être une accusation de feindre son trouble ? La réponse à une question pareille est fournie par l'actualité psychothérapeutique aux États-Unis : les interprétations peuvent faire apparaître de faux souvenirs, qui seraient suggérés par les psychothérapeutes. Un exemple va nous permettre d'illustrer cela, celui de Patricia Burgus, cité par Pam Belluk dans un article du New York Times consacré au DSM 4.

Cette patiente a suivi une thérapie dans un grand hôpital de Chicago entre 1986 et 1992. Elle prétend que “ ses médecins auraient ravivé en elle le souvenir d'avoir participé à un culte satanique, d'avoir été violée par plusieurs hommes et d'avoir abusé elle-même de ses deux fils ” (12). Ses avocats obtiennent des compagnies d'assurance des deux médecins la coquette somme de 10,6 millions de dollars. “ Ce jugement, écrit le journaliste, s'inscrit dans le cadre d'une offensive de la justice américaine contre ces traitements qui prétendent faire resurgir des pans effacés de la mémoire, en allant jusqu'à provoquer de faux souvenirs chez les patients ” (13). Devenus populaires dans les années 80, les traitements axés sur la mémoire retrouvée ont été à l'origine d'une vingtaine de procès, pratiquement tous gagnés par les plaignants. En 1994, “ l'Association Américaine de Psychiatrie a mis en garde contre le fait que ce type de mémoire était souvent artificiel ” et rejeté “ l'utilisation de *l'hypnose et autres techniques de suggestions* ” (14).

Nous remarquons bien qu'il n'est nullement question de psychanalyse, mais d'hypnose et de suggestion. Et comme si 100 ans de psychanalyse n'avaient pas existé, on revient à la théorie de la mémoire retrouvée du traumatisme, fictif ou

réel, en oubliant que ce qui spécifie la psychanalyse c'est précisément la théorie du fantasme inconscient. Face à la multiplication des procès aux États-Unis, l'A.P. A., en mettant en garde contre les thérapies axées sur la mémoire retrouvée, frappe ainsi la psychanalyse d'un double interdit de séjour : elle rejette l'utilisation de l'hypnose et autres techniques de suggestions et ne mentionne même pas la psychanalyse.

Dans leur ouvrage critique et historique sur le DSM, *The Selling of DSM*, publié aux États-Unis en 1992 et en 1998 en France sous le titre de *Aimez-vous le DSM*, Stuart Kirk et Herb Kutchins le constatent clairement : " l'enjeu de la publication du DSM par l'Association Américaine de Psychiatrie était de réduire l'influence des psychothérapeutes freudiens " (15). En apparence, le but du DSM 4 est d'éliminer toute théorie explicative pour s'en tenir seulement à la classification des symptômes et aux statistiques alors qu'en fait, il s'agissait d'éliminer le modèle psychanalytique de référence. Quant à la stratégie pour combattre les psychanalystes et les empêcher de revenir à la charge, elle est simple, de type militaire et très efficace : *il s'agit d'une révision continue des troubles*, ce qui " désarçonne les critiques confrontés à une cible constamment mouvante " (16). De 106 troubles recensés en 1980 dans le DSM 3, le DSM 4 en comporte aujourd'hui 300 font remarquer Kirk et Kutchins. Il est en effet difficile d'imaginer qu'en 18 ans, on a pu découvrir 200 troubles mentaux supplémentaires... Par contre, nous voyons ainsi quelle est l'autre raison de la multiplicité des nouveaux troubles, à savoir la lutte contre le retour des références freudiennes.

Dans un numéro du *New York Times* qui consacre un dossier spécial au DSM et un numéro du *New York Observer* intitulé 150 millions de zinzins chez les Américains (17), plusieurs auteurs sont interrogés sur le grand nombre de troubles présents dans le DSM 4, les raisons de son impérialisme et de son omniprésence actuelle aux États-Unis et partout dans le monde. À cette occasion, le DSM 4 est accusé de vouloir rendre l'Amérique folle : " Making America crazy ". Dans le *New Observer*, Jim Windolf s'amuse à recenser les troubles mentaux dont souffriraient les Américains. 9,5 millions d'Américains souffrent de troubles de l'attention (18). 10 millions d'Américains souffrent de troubles affectifs saisonniers qui les rendent déprimés en automne et en hiver (19). 500 000 adultes souffrent de fatigue chronique (20). 14 millions d'Américains seraient alcooliques (21). 8 millions d'Américains seraient boulimiques, 37 millions allergiques, 15 millions déprimés (22), 15 millions anxieux (23) et 3 millions sujets à des attaques de panique. Cela fait 112 millions. Si, continue le *New York Times*, on ajoute à ceux-là 10 millions de borderline, 12 millions d'hyperactifs, 5,4 de personnes qui souffrent de troubles obsessionnels compulsifs, 2 millions de

maniaco-dépressifs, 8,7 millions d'obsédés sexuels et 5 millions d'adultes qui souffriraient d'une maladie mentale quelconque, on atteint le chiffre approximatif de 157 millions sur les 198 millions d'adultes que comptent les États-Unis.

À la fin de son article, Jim Windolf remarque que si on laissait faire les experts psychiatres, " ils trouveront de nouveaux troubles afin que chaque américain soit officiellement cinglé ".

Il ne savait pas si bien dire car, interrogés à leur tour, Kirk et Kutchins, non sans humour, citent les trois derniers troubles candidats au DSM 4. Il s'agit de " l'agressivité au volant ". Pour le Dr Arnold Nerenberg, un psychologue clinicien de Californie qui anime une émission radio hebdomadaire, l'agressivité au volant est la manifestation de colère à l'égard d'un autre conducteur par " des gestes obscènes, des regards hostiles ou des coups de klaxon ". " Si quelqu'un fait ça deux fois par an ou plus, ajoute Nerenberg, l'agressivité au volant devient un trouble psychique " (24). Le second trouble est " le trouble du juré ". Défini par le *Bulletin of the Academy of Psychiatry and the Law*, il s'agit des troubles qui surviennent quelques jours après le passage d'un juré devant un tribunal : palpitations cardiaques, phobies, problèmes sexuels, dépression et anorexie (25). Enfin, dernier trouble candidat au DSM, *le trouble du stress de la loterie*. Très sérieusement, le *British Medical Journal* le décrit ainsi : il s'agit de l'euphorie et de la conviction illusoire qu'on a le ticket gagnant et de la baisse brutale de l'humeur au moment du résultat (26).

Cette multiplicité des troubles, qui prend une dimension grotesque, a une autre fonction, étroitement associée aux deux premières : la commercialisation de nouveaux médicaments. En effet, à la fin de leur intervention, Kirk et Kutchins en concluent que le DSM₄ comporte une " volonté délibérée d'identifier de nouveaux troubles afin de permettre la commercialisation de nouveaux produits pharmaceutiques " (27) ce qui permet aux lobbies psychiatriques et pharmaceutiques de se renforcer. Interrogé à son tour, Thomas Szasz (28), déclare : " Il est impossible d'échapper à ce monstre... car l'inclusion dans le DSM₄ est la clé du coffre-fort. Il est impossible de facturer un traitement sans l'utiliser " (29).

Une autre enquête du *New York Times* (30), datant de mars 1998 analyse l'omniprésence du médicament dans la vie quotidienne des Américains. Jusqu'en 1997, les campagnes pour antidépresseurs ne s'adressaient qu'au corps médical. " Désormais, s'indigne le *New York Times*, l'industrie pharmaceutique, prête à tout, s'adresse directement au grand public pour vendre ses produits anxiolytiques, psychotropes et autres Prozac " (31)...

Par exemple, les laboratoires Lilly vont jusqu'à " offrir des bourses à tous les patients schizophrènes qui s'engagent à se faire prescrire du Ziprexa " (32).

D'autres laboratoires proposent un service personnalisé avec consultations gratuites au téléphone : " ils appellent quotidiennement le patient, poursuit le *New York Times*, pour lui rappeler que c'est l'heure de prendre ses médicaments " (33).

La société Jansen incite ceux qui consultent son site internet à remplir un questionnaire pour mieux les informer des derniers progrès de la psychiatrie. Il en résulte une création de fichiers de malades mentaux tout prêts à être utilisés contre eux (34).

Enfin, dernière illustration de cet envahissement par les psychotropes, l'utilisation abusive de la Ritaline. Prescrite dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention ou ADD, les infirmières la distribuent dans les écoles de Boston pendant la récréation et aux heures du repas. Alertés par les files d'attente devant les infirmeries, les autorités scolaires de Boston ont ouvert une enquête, rapporte Carey Goldberg dans un numéro du *New York Times* de février 1999 (35). 3 % des enfants et adolescents américains en consomment poursuit l'auteur, soit 2,5 millions d'Américains.

Pire, le marché des médicaments psychotropes s'étend désormais aux animaux, dénonce *The Economist*, soit 1 milliard de dollars de chiffre d'affaires annuel pour le marché américain des psychotropes vétérinaires (36).

Nous ne sommes pas loin de l'État thérapeutique, dénoncé dans les années soixante entre autres par Thomas Szasz et Robert Castel. Et, " ce sont bien les années soixante qui sont visées par le DSM 4 ", écrivent Kirk et Kutchins. Michel Foucault, Ronald Laing, Ivan Illich, Thomas Szasz, tous ces auteurs qui ont contribué à remettre en cause la psychiatrie, sa classification, son histoire, sa scientificité ont marqué les années 60. Les auteurs citent Scheff, un sociologue américain qui écrivait en 1966 : " Le diagnostic est une étiquette arbitraire qui donne plus d'informations sur la structure de l'autorité (qui étiquette) que sur une pathologie " et " le trouble mental est un mot derrière lequel les psychiatres et le public cachent leur ignorance " ou encore " l'étiquette pousse l'individu à s'y conformer et à agir comme tel " (37).

S'il fallait redonner à la psychiatrie son statut scientifique, remis en cause et malmené par les années soixante, il fallait faire du DSM₄ un outil diagnostic et statistique épuré de toute théorie. Moyennant quoi, comme nous l'avons vu, il permet toutes les dérives. Mais comme cette contestation de la psychiatrie est l'œuvre d'une époque et de la culture qu'elle a produite, il fallait aussi démystifier l'époque elle-même. Comme les années 60, c'est aussi la lutte pour la liberté sexuelle, la libération des femmes, la légalisation de l'avortement et de l'homosexualité, il fallait bien détruire tout cela. Si ce sont donc les années 60 qui sont

visées par le DSM4, il ne peut s'agir d'une simple lubie de psychiatres anti-freudiens. Le mouvement a des racines plus profondes et traverse, entre autres, l'Association psychiatrique américaine (A. P. A.) qui a produit le DSM 4. L'abolition des concepts d'hystérie et de psychanalyse en sont les effets. Nous allons voir que cette abolition est une autre forme d'inquisition farouche contre toute forme de jouissance sexuelle, en tant que l'hystérie et la psychanalyse les mettent en avant.

Dans le *New York Times Magazine*, Andrew Sullivan nous montre que les croyances et les pratiques des années 60 sont la cible d'une "contre-révolution menée par la droite chrétienne américaine au nom du conservatisme et du puritanisme moral" (38). Andrew Sullivan fait une étude approfondie de cette contre-révolution qui traque *l'infidélité, l'avortement et l'homosexualité* qui menacent la cohésion familiale. L'affaire Monica Lewinsky fut une occasion rêvée de partir en guerre contre Bill Clinton, considéré comme un enfant des années 60.

David Frum, l'un des plus brillants idéologues conservateurs de cette nouvelle contre-révolution déclarait le 16 février 98 dans le *Weekly-Standard* (fondé en 95 par Rupert Murdoch) : " Ce qui est en jeu dans le scandale Lewinsky, ce n'est pas le droit à la vie privée (comme le soutiennent ceux qui défendent Bill Clinton) mais le dogme central des enfants du "Baby-boom", à savoir " la croyance selon laquelle le sexe, dès lors qu'il concerne des adultes consentants, ne doit jamais faire l'objet d'un quelconque jugement moral " (39). Il faut donc attaquer et abolir cette croyance ". David Frum continue : " Il n'existe qu'un seul droit (n'en déplaise aux enfants du Baby-boom), c'est celui *d'une vie de famille privée* " (40).

Un autre idéologue de cette nouvelle droite, William Kristol, écrit en septembre 1998 à propos de Bill Clinton : " 1968, une génération révoltée depuis 30 ans " (41). Si l'affaire Monica Lewinsky a donné aux acteurs de cette contre-révolution de droite l'occasion de partir en guerre contre l'infidélité conjugale de Bill Clinton pour montrer que le crime était beaucoup plus le comportement immoral que le parjure du président, les idéologues de cette contre-révolution n'ont pas attendu cette affaire pour partir en croisade contre l'homosexualité, un autre de leurs chevaux de bataille.

Un article du *Weekly Standard* dénonce *l'homosexualité comme un crime* et appelle les différents états à « remettre en vigueur la loi contre la sodomie » afin de jeter en prison les homosexuels et " de contenir la menace née du mariage homosexuel " (42). Robert Bork, un autre intellectuel de cette nouvelle droite publie en 1996 *La chute vers Gomorrhe*, livre qui reste au box office des meilleures ventes du *New York Times* pendant longtemps. Il y prédit " l'arrivée d'une nouvelle

ère des ténèbres, ponctuée de violence et d'érotisme... ” et n'hésite pas à qualifier le progressisme moderne né des années 60 de “ nouveau nazisme... ” (43). Bill et Hilary Clinton sont eux-mêmes qualifiés de nazis.

Enfin, le dernier cheval de bataille de cette contre-révolution de droite est *la lutte contre l'avortement*. Toujours dans le *Weekly Standard*, William Kristol harangue les conservateurs républicains pour qu'ils annulent le jugement de la Cour Suprême dans l'affaire Roe, jugement qui a légalisé l'avortement aux États-Unis : “ Si les républicains sont incapables de relever ce défi moral et politique, s'ils ne peuvent annuler ce verdict et engager les États-Unis dans une ère post-avortement, il n'y aura plus d'avenir conservateur ”. William Kristol va même jusqu'à pousser les républicains à continuer leur opposition au paiement par les États-Unis de leurs arriérés à l'ONU car, “ l'ONU soutient les programmes de contrôle des naissances dans les pays en voie de développement ” (44).

Cela fait froid dans le dos. Lutte contre l'infidélité, lutte contre l'homosexualité, lutte contre l'avortement, la déferlante de cette contre-révolution de droite américaine a donc touché l'A.P.A. Le DSM 4 devient un outil à normalisation. Mais l'infidélité, l'homosexualité et l'avortement sont des expressions d'une sexualité débridée qui part à la recherche de sa jouissance et oublie la seule fonction que lui assigne l'idéologie judéo-chrétienne, la reproduction. La féminité se libère de la maternité et gagne un espace autonome, celui de la jouissance. S'il est difficile aujourd'hui de condamner les hystériques au bûcher parce qu'on leur suppose l'accès à une jouissance interdite, comme pour les sorcières lors des sabbats, il est par contre tout à fait possible à la droite américaine de poursuivre l'homosexualité, l'infidélité conjugale et l'avortement comme autant de transgressions parce qu'elles revendiquent le droit à la jouissance sexuelle.

Ainsi, on retrouve la pertinence de François Perrier : “ Parce que l'hystérie mobilise les défenses inconscientes contre le mystère toujours redoutable de la sexualité féminine, la ligue se reforme pour dénoncer, d'époque en époque, l'hystérie comme impudique imago de la mauvaise mère et, tout autant, ambigu désordre d'une chair androgyne ” (45). ■

Références et notes

- (1) Perrier F., “ Structure hystérique et dialogue analytique ”, in *La chaussée d’Antin*, vol. 2, Paris, Union Générale d’Éditions, Coll. 10 18, p 61. C’est moi qui souligne.
- (2) Israël L., *Initiation à la psychiatrie*, Paris, Masson, 1984, p. 200. C’est moi qui souligne.
- (3) Lacan J., *Encore*, Paris, Seuil, 1975.
- (4) Lacan J., Séminaire R. S. I., inédit.
- (5) Freud S., “ Contribution à l’histoire du mouvement psychanalytique ”, in *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1966, pp. 78-79.
- (6) Roudinesco E. et Plon M., *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, pp. 851-853. Aujourd’hui, on en dénombre 700.
- (7) Frances A., Ross R., *DSM 4 Cas cliniques*, Paris, Masson, 1997, p. 174, cité in Nicolle Kress-Rosen, *Du côté de l’hystérie*, Paris, Arcanes, 1999, p. 241.
- (8) C’est moi qui souligne.
- (9) Ibid., p.168, cité in Ibid., p. 242.
- (10) Ibid., p. 182, cité in Ibid.
- (11) Ibid.
- (12) Pam Belluck, *The New York Times*, cité par *Le Courrier International*, numéro 371, du 11 au 17 décembre 1997, Paris.
- (13) Ibid.
- (14) Ibid., c’est moi qui souligne.
- (15) Kirk S. et Kutchins H., *Aimez-vous le DSM*, Paris, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Coll. Les empêcheurs de penser en rond, 1998, p. 39. Titre original *The Selling of DSM, The Rhetoric of science in Psychiatry (1992)*, Walter de Gruyter, Inc. N.Y.
- (16) Ibid., p. 41. C’est moi qui souligne. Il faut insister en ce point sur la nullité d’une confrontation des analystes avec les psychiatres, si cette confrontation est basée sur le modèle que donne le DSM4. On se retrouvera ainsi sur le terrain de ce dernier et du fait de la multiplication permanente des troubles, on perdra la partie.
- (17) *The New York Times et New York Observer*, cités par *Le Courrier International*, numéro 371, du 11 au 17 décembre 1997, Paris.
- (18) *The New York Times*, cité in Ibid.
- (19) Selon l’Institut national de la santé, cité in Ibid.
- (20) Selon l’Association du syndrome de la fatigue chronique, cité in Ibid.
- (21) Selon l’Institut national sur l’alcoolisme, cité in Ibid.
- (22) Selon l’Institut national de la santé mentale, cité in Ibid.
- (23) Selon l’Association de l’anxiété sociale, cité in Ibid.

(24) *The New York Times*, cité par *Le Courrier International* du 11 au 17 décembre 1997, n° 371, p. 8. C'est moi qui souligne.

(25) *Ibid*, p. 9.

(26) *Ibid*.

(27) *The New York Times* et *New Observer*, op. cité.

(28) Auteur d'une grande œuvre dont plusieurs livres qui démystifient la psychiatrie : *Le mythe de la maladie mentale, Idéologie et folie, Pour une éthique de la psychanalyse...*

(29) *The New York Times*, in op. cité.

(30) *The New York Times*, cité par *Le Courrier International*, Paris, numéro...? du 12 au 18 mars 1998.

(31) Anticipant cela, Lucien Israël fait remarquer que si la découverte de l'imipramine en 1957 a permis de soigner efficacement les mélancolies, elle a aussi poussé à l'extension de la dépression à tous les champs de la clinique psychiatrique comme en témoigne le mot déprime, permettant ainsi le développement d'un marché colossal pour les antidépresseurs. L. Israël, *Initiation à la psychiatrie...* p. 171

(32) *Ibid*.

(33) *Ibid*. C'est moi qui souligne.

(34) *Ibid*.

(35) Carey Goldberg, *The New York Times*, cité par *Le Courrier International* du 25 février au 3 mars 1999.

(36) Matthias Schutz, *Der Spiegel*, cité par *Le Courrier International*, n°437, du 18 au 24 mars 1999.

(37) Scheff, cité par Kirk et Kutchins, in *Aimez-vous le DSM*, op. Cité, p. 51

(38) Andrew Sullivan, *The New York Magazine*, cité par *Le Courrier International* du 28/01/99 au 3/02/99.

(39) Andrew Sullivan, *Ibid*.

(40) C'est moi qui souligne.

(41) *Ibid*.

(42) *Ibid*.

(43) *Ibid*.

(44) *Ibid*. Il a fallu attendre le 31 décembre 1999 pour que les EU finissent par accepter de payer leurs arriérés. A cette date, la charte de l'ONU prévoyait d'exclure tout pays qui n'a pas encore réglé ses cotisations. Afin de ne pas être exclus de l'Assemblée Générale de l'ONU, Bill Clinton a dû accepter des compromis avec les républicains sur les lois concernant l'avortement.

(45) Perrier F., in op. cité.

Résumé

De tout temps les sociétés se sont défendues contre le message de l'hystérique concernant la sexualité féminine : qu'est-ce qu'une femme ? à quoi il faut ajouter : qu'est-ce qu'une mère ? Ce message et les défenses inconscientes qu'il a suscitées se sont exprimés différemment selon les époques.

À examiner attentivement les symptômes hystériques d'aujourd'hui, qui convergent vers le retour à la consultation médicale généraliste ou vers les thérapies parallèles, on peut se demander ce qui, de notre société, est mis en cause.

Le DSM₄ serait-il l'outil d'une nouvelle inquisition, et qui servirait quels intérêts ?

Mots-clés

Hystérie, F. Perrier, leçons actuelles, contre-révolution de droite américaine.

DISCUSSIONS

Hervé Bokobza

Il y a quinze ans, nous étions assez jeunes... et nous avons envie de travailler sur une question qui nous paraissait importante : qu'est-ce que l'on fait dans ces boîtes pour enfants inadaptés ? Nous étions confrontés à des positions de directions et de directeurs difficiles, à des éducateurs qui se demandaient ce que l'on faisait là, à des enfants dits débiles et qui étaient psychotiques. On s'est dit qu'il fallait se rencontrer et parler de notre travail. On s'est réunis et un de nos copains, Didier Bromberg nous a dit : " j'ai une idée, je connais des gens qui font ce qu'on appelle le théâtre forum ". On ne savait pas ce que c'était. On était là pour travailler un thème scientifique. Alors on a invité ceux qui s'en occupaient : Auguste Boale et Cécilia Tumin. Ils ont inventé en Amérique du Sud, et notamment au Brésil, " le théâtre de l'opprimé " : dans la rue, dans le métro, ils arrêtent les gens, ils mettent en route un tas de situations autour desquelles des choses se passent. Ce n'est pas très éloigné du psychodrame inventé par Moréno, en Amérique du Sud également.

Nous n'avions jamais fait de théâtre de notre vie, alors on a fait appel à un écrivain, Marc Sich, qui est à présent assez célèbre en France pour ses romans policiers. On lui a parlé de nos idées sur la psychiatrie et on a écrit.

On a joué un psychiatre qui meurt et arrive dans le domaine des dieux selon le mythe égyptien ; il rencontre les dieux qui, avant de le rendre immortel ou de le faire dévorer par une dévorante, lui demandent : qu'est ce que tu as fait comme métier dans ta vie ? Pour un psychiatre, ce n'est pas très facile. On ne savait pas trop ce que la psychiatrie française pouvait raconter à un dieu égyptien. Les malades étaient Hamlet, Phèdre, Lewis Carroll. Ils allaient voir un psychiatre et ensuite les dieux jugeaient.

On s'est beaucoup amusés mais surtout l'histoire a été jouée : 800 personnes à la Sorbonne avec les caméras, les journaux... Cela a été un grand moment à l'AFPEP. Incontestablement, de nous tous, la plus douée, celle dont la prestation avait été une révélation pour le public, à savoir celle qui jouait la dévorante, était Anne Rosenberg. Elle a continué et est devenue aujourd'hui, tout en restant psychiatre, une actrice de théâtre bien plus qu'amateur puisqu'elle fait partie d'une troupe. Ce soir, elle nous fait le plaisir de jouer à nouveau pour nous, avec Maité Gay, qui elle aussi a un parcours de soignante en psychiatrie, au début infirmière puis psychologue. Elles se sont rencontrées là, avec Yvon Davis qui est leur metteur en scène.

Yvon Davis

Tout le monde connaît Nathalie Sarraute. Il ne s'agit pas d'une pièce de théâtre de Nathalie Sarraute, il s'agit d'un texte qu'elle a écrit alors qu'elle avait déjà plus de 80 ans. Elle a éprouvé le besoin de travailler sur son enfance. Elle a donc écrit un texte qui s'appelle " Enfance " et qui n'est pas une biographie au sens traditionnel du terme. L'histoire de Nathalie Sarraute est aujourd'hui d'une banalité affligeante. C'est l'histoire d'une enfant dont les parents sont séparés, doublement séparés. L'un vit en Russie et l'autre à Paris. Il y a donc une séparation géographique et une séparation familiale. L'enfant se débat autour de cette déchirure. Ce n'est pas une biographie au sens habituel. Par contre, chose étonnante, vous avez sous les yeux deux actrices. Bizarrement ces deux actrices n'en font qu'une parce que Nathalie Sarraute, dans le travail d'évocation de ce qu'ont été ses tropismes d'enfance, ses états de l'enfance, dialogue avec elle-même. Elle est coupée en deux. C'est pourquoi vous allez voir deux actrices qui n'en font qu'une et qui vont jouer tous les personnages auxquels Nathalie Sarraute a été confrontée. Principalement sa mère, son père, la belle-mère du père et le beau-père du père.

Monsieur X

Le romantisme avant Freud a mis en évidence bien des aspects de ce que finalement la psychanalyse a découvert. La question n'est pas dans l'anticipation philosophique – on peut trouver dans Nietzsche pratiquement tout Freud – mais bien dans la méthode thérapeutique que Freud a inventée. La formation analytique nous apprend bien sûr à manier le transfert, mais tous les thérapeutes depuis trois ou quatre mille ans le manient ; elle nous apprend surtout à le résoudre, c'est-à-dire à guérir le patient de sa névrose... et de sa névrose de transfert. Ce qui lui permet de devenir indépendant, non seulement de ses démons intérieurs, mais de la relation qui s'est établie entre lui et nous. Si on n'arrive pas à le rendre indépendant de nous, on sera toujours là, avec un pouvoir énorme sur lui.

Hervé Bokobza

Nous savons qu'au jour le jour dans la pratique du psychiatre, il ne s'agit pas de faire soit des prescriptions médicamenteuses soit des psychanalyses. Demain, tous les jours, des gens vous téléphonent, viennent vous voir parce qu'ils souffrent... on bricole. N'ayons pas peur de dire que nous sommes des bricoleurs, des artisans. Ce n'est pas quelque chose qui n'est pas noble. Artisan, bricoleur, c'est sacrément difficile : quelle que soit notre culture, quel que soit notre cursus, au



Anne Rosenberg (assise) et Maité Gay interprètent "Enfance", un texte de Nathalie Sarraute.

jour le jour, nous partons du principe que notre enseignant c'est le patient, c'est ce qui se passe entre lui et nous. Que chaque jour, à chaque moment, on va inventer, on va trouver quelque chose, on va avancer. C'est la position éthique fondamentale du psychiatre.

Monsieur X

Actuellement, la tendance est de faire disparaître cette subjectivité. Il me semble que notre démarche de psychiatre en tant que membre du corps social, c'est d'en défendre la nécessité pour que l'homme continue d'exister comme sujet.

D'autres phénomènes ont eu lieu dans notre civilisation qui évolue. Freud a dit à un moment donné que " l'homme est sexe ". On a assisté depuis cent ans à une sorte de tentative pour nier le problème. Notre travail de psychiatre, c'est de dire qu'on ne le résout pas en le niant, ni en pratiquant la fuite en avant, mais en l'assumant. Si l'homme échoue dans sa subjectivité, nous psychiatres, nous avons à montrer qu'il faut faire avec, essayer de s'en désaliéner, d'en être le moins possible le jouet ; de même la psychanalyse nous a appris que nous avons à assumer la dimension sexuée de l'existence humaine, à la prendre en compte.

Nous sommes de plus en plus conscients, dans le monde moderne, que l'homme est aussi le jouet de son conditionnement, de ses apprentissages. Peut-être notre société actuelle radicalise-t-elle cette dimension là. J'en veux pour preuve, dans nos sociétés marchandes, l'utilisation qui est faite que ces conditionnements pour transformer l'homme en instrument de consommation. Il y a un certain nombre de livres sur les mécanismes de la publicité marchande qui s'intéressent à ces ressorts du fonctionnement humain. Nous psychiatres, nous avons à soutenir que " l'homme est subjectif, l'homme est sexe, l'homme est conditionnement ". Il me semble que l'originalité de notre profession est d'être témoin de cela. ■



DÉSIR DE LIVRES

UN VIOLON IMAGINAIRE

STAMMLER Annie

L'Harmattan, 2001, 238 p.

Annie Stammer nous est déjà familière par ses bandes dessinées – entre autres les aventures de Neigeuse, ou celles de Poussiérot – destinées aux enfants en difficultés, ou plutôt à ceux qui les ont en charge. Ici il s'agit d'un roman, d'une fiction, selon l'introduction, construite autour d'un roman familial, lui-même reconstruit par un patient... fictionnel. Autant dire que toutes les précautions sont prises pour préserver un secret professionnel qui, à la limite, est lui aussi de l'ordre de la fiction, car, en de telles conditions, il n'y aurait pas matière ici à le défendre... C'est, de toute façon, une belle histoire, trop belle pour être vraie, d'un jeune violoniste prodige, en proie à des difficultés psychologiques sévères (somnambulisme, dépressions graves, etc.) liées à la mort précoce de sa mère, et sauvé par la musique, la psychanalyse, et bien sûr l'amour. La musique et l'amour sont en bonne place, la psychanalyse est d'une présence plus discrète. L'originalité de ce texte tient surtout à son écriture : chacun des protagonistes (le père, la belle-mère, le héros, sa future et devenue femme) prend la parole à tour de rôle pour évoquer tel ou tel événement marquant – deuils et séparations en tête - de la trajectoire du musicien, à différentes époques de sa vie, de l'enfance à la maturité. Ce n'est pas désagréable à lire. On ne vous demande pas d'y croire. Une curiosité dans la littérature « psy ». ■

M.-L. Lacas

DANGEROUS MINDS***Political psychiatry in China today and its origins in the Mao era***

Human Rights Watch, Geneva Initiative on Psychiatry, 2002, 298 p.

Réservé (malheureusement) aux anglophones, ce très important, et excellent, rapport sur les abus psychiatriques en Chine est passionnant... et inquiétant. Il est le résultat d'enquêtes menées et rassemblées, par Robin Munro, expert londonien et chercheur dans le domaine de l'application des Droits de l'Homme en Chine, et qui fut de 1989 à 1998 directeur du bureau de Hong-Kong des Droits de l'Homme. Ce rapport a été présenté au Congrès de la World Psychiatric Association (WPA) en août 2002, à Yokohama (Japon).

L'ouvrage comporte deux parties. La plus importante (177 p.) est le rapport proprement dit, sur l'histoire de la psychiatrie en Chine, ses structures de fonctionnement et ses bases théoriques, les statistiques d'internements, les diagnostics de " psychose politique ", la création de centres " An Kang " (Paix et Santé) pour le traitement, (y compris la psycho-chirurgie), des malades mentaux relevant de la " psychiatrie légale ", et la cible particulière que constitue, actuellement la " secte Falung Gong ", mouvement religieux spirituel pratiquant le Qigong... Un intéressant commentaire de R. Munro, en guise de conclusions, rappelle que l'URSS a joué un rôle fondamental dans la formation des psychiatres chinois en matière de psychiatrie médico-légale, et comment l'internement psychiatrique se présente alors comme une solution plus " humanitaire " pour les dissidents du régime que l'emprisonnement ou l'élimination violente, tout en effaçant de façon perverse tout sens politique à leur attitude d'opposition ou de critique. Mais il souligne aussi les particularités proprement chinoises de ces abus de pouvoir politico-psychiatrique, où le Livre Rouge, la pensée de Mao, tient lieu ou a tenu lieu, en quelque sorte, de Manuel de Psychiatrie. Contrairement à l'URSS et au marxisme matérialiste, la Chine de tradition millénaire met l'accent sur la spiritualité, et il y a de ce fait une sorte de collusion épistémologique entre la " pensée correcte " d'une part et la santé et la stabilité mentales de l'autre. Dans la Chine contemporaine, post-Mao, bien des choses ont changé, les manifestations de rue et les " Dazi-Bao " ont été proscrits. Il n'y a plus guère d'opposition en acte. Mais on arrive à ce paradoxe que, s'il n'y a pas fondamentalement de crime de pensée ou de parole, (la question ne se pose pas), exposer ou affirmer un non-conformisme devient signe de maladie mentale, non tant du fait du contenu des paroles ou des actes, que du fait de sa manifestation ouverte, témoignant d'une inquiétante absence de prudence devant la Loi. Cela est évidemment très schématisé, et est loin de refléter la subtilité intelligente de l'analyse de l'auteur, qui met remarquablement en évidence la complexité du

problème des Droits de l'Homme en Chine. Le projet est en route d'obtenir de la Chine, comme auparavant de l'URSS, l'autorisation d'envoyer sur place une mission d'enquête, constituée d'experts en la matière.... La deuxième partie de l'ouvrage est une série de documents, traduits du chinois par R. Munro, tirés de diverses publications psychiatriques chinoises. C'est édifiant !

Cela dit, place à un "Cocorico !" : "Human Rights Watch" a été fondé en 1978, "Geneva Initiative on Psychiatry" date de 1980. C'est début 1983 que l'Association Générale de Psychiatrie et Neuro-pathologie Soviétique a dû quitter la WPA, grâce à leurs actions conjuguées. C'est ce qui est rappelé en préambule, fort utilement, pour faire le lien avec le travail actuellement mené contre les abus politiques, sous couvert psychiatrique, contre les Droits de l'Homme dans la Chine contemporaine. Qui s'en plaindrait ? C'est tout à leur honneur. Mais qui se souvient que la WPA, anciennement AMP – Association Mondiale de Psychiatrie – a été fondée par Henri EY ? Qui rappellera la motion, la première du genre, présentée et refusée au Congrès de Mexico en 1971, par le même Henri EY, contre ces abus en URSS et ailleurs ? Aucune mention n'est davantage faite au Congrès d'Honolulu de 1977, où la délégation française, Gérard Blès et d'autres (Martine Le Gay, Jean Ayme, Charles Durand, etc), se distingua par la fermeté de ses positions dans ce domaine de la défense des libertés et des Droits de l'Homme, et sur la nécessité d'une prise de position de la WPA. Notre revue, *Psychiatries*, s'en était fait l'écho dans son N° 37 de 1979/2, et dans des numéros suivants. Je renvoie ceux que cela intéresse à l'excellent ouvrage de notre collègue, R. M. Palem, *Henri EY et les Congrès Mondiaux de Psychiatrie Libres del Trabucaire*, Canet 2000 (cf. Les cahiers Henri EY), qui dresse un historique fort instructif de ce mouvement mondial de défense de l'éthique psychiatrique, mouvement français d'origine et devenu anglo-saxon de par le jeu des influences politiques internationales. Il ne fallait sans doute pas s'attendre à un hommage de la WPA à la mémoire d'Henri EY, ni au rôle de la France dans ce combat. Ce sera au moins ici chose faite !■

M.-L. Lacas

MALADIE MENTALE ET PAUVRETÉ

François SICOT

L'Harmattan, Logiques Sociales, 2001, 206 p.

Voici un ouvrage qui mérite vraiment l'attention. Il s'agit du travail d'un éminent sociologue de l'Université de Toulouse le Mirail, où il enseigne. " Ses recherches portent sur les phénomènes de déviance et les problèmes sociaux, leurs modalités de désignation et de prises en charge par la communauté ou les institutions ", nous dit la quatrième de couverture. C'est du sérieux ! La première partie du livre

est une étude fortement documentée sur la littérature concernant le sujet, essentiellement anglo-saxonne, avec moult statistiques, schémas, et commentaires interprétatifs. Cette référence aux anglo-saxons se justifie par l'accent mis dans leurs recherches sur les processus menant à une prise en charge, alors que les travaux français, plus orientés sur les problèmes de l'“ accès aux soins ”, éludent le versant sociologique de la maladie mentale, question fondamentale pour l'auteur. La seconde partie, la plus importante, s'appuie sur une enquête de terrain, menée en France : un seul tableau, concernant la durée de prise en charge, et dont la lecture est ambiguë car il semble y avoir eu une coquille dans la légende qui en inverse les références... Par contre, compte-rendus et extraits d'interviews abondent, confortant plus ou moins, plutôt plus que moins, les conclusions finales. Ces interviews illustrent de façon criante le désarroi et le ras-le-bol des travailleurs sociaux, la lassitude des professionnels de santé, devant des situations souvent dramatiques où les solutions possibles se heurtent à une législation plus technocratique que réaliste, et à un manque de moyens croissant en matière d'hospitalisation par exemple. Mais il n'est pas question ici de critiquer ces dispositifs légaux, d'en dénoncer les effets pervers. Le choix entre RMI et AAH donne lieu à des controverses fort instructives : c'est l'une des parties les plus intéressantes, avec des vignettes cliniques pittoresques donnant la parole aux intéressés eux-mêmes.. Mais il serait difficile et un peu fastidieux de reprendre toute l'argumentation point par point. Quelques repères et citations permettent aussi bien de situer ce travail. L'auteur, d'entrée, dit se placer dans une perspective “ constructiviste ” : “ En substituant à la formule : *parmi ceux qui sont malades, certains sont pris en charge celle de : sont malades ceux qui sont dans telle situation sociale, on se donne les moyens de mettre à jour la fonction potentielle d'entrepreneur moral du travail social et de la médecine, fonction occultée par l'orientation humaniste de l'accès-aux-soins-des-personnes-les-plus-défavorisées. La perspective de la sélection comme celle de l'accès aux soins réduit la maladie à une entité naturelle, indiscutable. C'est faire de la maladie un état individuel auquel il faudrait remédier, ce qu'elle n'est pas.* ” (c'est moi qui souligne). La sociologie criminelle servant de modèle, des distinctions entre maladie “ théorique ”, maladie “ apparente ” et maladie “ traitée ” mettent curieusement en place de maladie “ théorique ” ce qui correspond à la criminalité “ réelle ” de la catégorisation analogique avancée. Cela n'est pas sans conséquences sur les orientations et interprétations données aux enquêtes statistiques, et des frontières s'estompent insidieusement, sous couvert “ scientifique ”, entre santé mentale et maladie. La spécificité de la psychiatrie est évacuée doucement, pour donner toute leur importance au fait social, aux interactions sociales, à la spécificité sociale du complexe maladie mentale-pauvreté (Il n'y aurait de maladies mentales que chez les “ pauvres ” ? À quand une étude sociologique sur la patho-

logie mentale des classes aisées et des “ riches ” ? Il y aurait là pourtant de quoi faire... Ah oui, mais ce n'est pas la même “ chose ” sans doute, ce n'est pas du “ social ”. Et pourquoi ? Parce que les “ riches ” ont les moyens de se soigner, eux, leur maladie serait “ différente ” ? Il y a du ségrégationnisme et de l'exclusion dans l'air. Et même d'un point de vue scientifique, une étude comparative entre “ pauvres ” et “ riches ” n'aurait-elle pas été, justement, souhaitable pour légitimer la spécificité de ce travail ?).

Cela dit, ce n'est pas inintéressant, ça bouscule quelques bonnes consciences psychiatriques, ça semble bien critiquer, tout en apparence, la psychiatrisation de certains cas sociaux, et militer pour une évolution positive des actions. Mais la conclusion est éloquente, et cela vaut la peine d'en transcrire intégralement les dernières lignes : “ Cette mobilisation représente enfin un levier puissant pour faire évoluer la psychiatrie, pour lui faire reconnaître la légitimité des évolutions en cours : fermeture des lits, implantation dans la communauté, relocalisation à l'hôpital général, collaboration avec le travail social. Plus encore, la psychiatrie publique est invitée à soulager la misère (sic), prendre en charge la détresse morale, se mettre à l'écoute de la souffrance ordinaire (re-sic) ”. (c'est toujours moi, qui souligne) Il vous faut un commentaire ? C'est beau la sociologie. Nul doute que F. Sicot passe pour un expert en matière de pathologie mentale et de psychiatrie, lui qui manifestement n'en a aucune expérience vraie, et justement peut-être pour cette raison.

Le titre était pourtant si beau...et le sujet propre à des développements vraiment sérieux sur les problèmes actuels d'une société qui, certes, évolue, mais vers où, Mr. Le Professeur, si l'“ orientation humaniste ” doit en être exclue ? ■ **M.-L. Lacas**

LE PATIENT ABSENT DE JACQUES LACAN L'INNOMMABLE MENACE

Philippe LABORIE

L'Harmattan 2000, Coll. Trouvailles et retrouvailles, 128 p.

Lacan et son Ombre...

“ Texte Zarathoustrien vitupérant contre le dernier des hommes... ” écrit Jacques Chazaud dans l'avant propos. Les ouvrages sur Lacan ne sont jamais neutres. L'expérience analytique (et plus encore dans cette École si singulière) étant plus de l'ordre de la révélation (“ La révélation est le ressort dernier de ce que nous cherchons dans l'expérience analytique ”, Séminaire I, 1975, p59) que de l'expression ou de la démonstration, rend inévitable ce type de biais. On va ainsi,

généralement, de l'hagiographie béate (la " Vie des Saints " dit E.Roudinesco parlant du livre de Judith Miller) au rejet plus ou moins brutal mais souvent très argumenté (A. Green, D. Anzieu, F. Roustang, Fr. George, J. Chazaud, Borch-Jacobsen, etc...). Le dernier florilège en est le gros ouvrage " Cent ans après " (Gallimard 1998) qui rassemble les poids lourds de la SPP, de l'APF et du IVème Groupe. Les contestataires sont parfois très techniques et très érudits (ils connaissent mieux le grec et les mathématiques, Freud, Hegel et Kojève que Lacan lui même). Ils peuvent contester sa linguistique (Mounin), son structuralisme (Piaget), son freudisme (J. Chazaud), ses mathématiques (Sokal et Bricmont, Petitot), sa philosophie (Ey, Ricoeur, L. Ferry et A. Renaut, Borch), etc... leur voix est couverte et bientôt étouffée par les protestations des dévots. Car ce n'est pas la qualité qui fait le dévot, on le sait, mais le nombre, l'importance d'une Eglise se mesure au nombre de ses fidèles. Il faut compter avec. Et ce qui est gagné pour l'Eglise (l'Ecole) est forcément perdu pour la Science ou en retarde l'avènement. Ce fut une des observations qui intriguèrent (et inquiétèrent) le plus Henri Ellenberger analysant longuement l'histoire de la " psychiatrie dynamique " dans son monument de 760 pages en 1970 (A la découverte de l'ICS), peu prisé des lacaniens, on s'en doute (1/2 ligne sur Lacan -p 465- !). Ils s'en sont vengés récemment, par Jung interposé (Ellenberger fut jungien), après avoir récupéré ses archives tout de même. Fut-il dévot avant de brûler sa soutane ? Peu importe de Ph. Laborie dans ce réquisitoire (inquisitoire ?), quand bien même regretterait-on chez lui l'absence d'un humour détaché qui faisait de " L'effet Yau de poêle de Lacan et des lacaniens " de François George (Hachette 1979) un livre très divertissant. Ici, ça grince un peu, beaucoup même... mais c'est, après tout, conforme à l'humour (l'humeur ?) des lacaniens dont il se dégage avec tant de souffrance (" effet de structure ", sans doute). N'écrit-il pas (p 91) que " le lacanisme est, avant tout, le discours du ressentiment " ? Même lorsqu'il croit adopter un " ton enjoué " ?... La récente " Lettre à l'opinion éclairée " de JA. Miller (13 septembre 2001) en est une parfaite illustration. L'auteur, interrogé, préfère qu'on dise de lui ou de son texte (il ne fait vraiment qu'un avec, comme l'explique et le devine J. Chazaud, dans la Préface) qu'il est " désenchanté ". Bien au courant tout de même... C'est pour cela qu'il faut le lire. Après tout, c'est encore l'année Lacan, pour le meilleur et pour le pire. Le pire, c'est JA. Miller lui-même, dans sa Lettre, qui nous le délivre, dans le style grandiloquent de " lacanien sans-culotte ", prélude à " l'agit-prop dans les beaux quartiers " (J. Birnbaum in Le Monde) : " Voici un demi siècle que Paris est parcouru des vibrations de haine qu'émettent incessamment les psychanalystes, haines neuves comme au premier jour, dont chaque décennie grossit le fleuve de nouveaux affluents. L'inconscient ne connaît pas le temps, les psychanalystes non plus ".■

R.-M. Palem

FREUD FACE AU JUGE FOU.

**A propos des " mémoires d'un névropathe " de Daniel-Paul Shreber
Mario CIFALI**

ESHÉL éd. Paris, 2002, coll. Remise en question, 113 p.

Le Président Schreber n'a pas fini de faire parler de lui ! Et le commentaire de ses *Mémoires d'un névropathe* par Freud ne cesse de hanter, semble-t-il, le petit monde des psychanalystes que dérange, comme tout un chacun, l'énigme de la psychose : comment et pourquoi devient-on fou ? Ce court essai tente d'apporter un complément à l'interprétation freudienne trop marquée, selon M. Cifali, par la dictature d'un meurtre originel exaltant le sacrifice d'Abraham et la toute-puissance cruelle d'un Surmoi implacable. Reprenant, de ses travaux antérieurs, le concept d'un " inceste castré " à l'origine de cette impasse interprétative, il élabore, en s'appuyant sur la thématique délirante de D.P.Schreber, une métapsychologie très orthodoxe de la psychose, qui n'est pas sans emprunter une partie de son vocabulaire à M.Klein (qu'il critique aussi, par ailleurs). Disons tout de suite que sa représentation de la psychose, du phénomène psychotique, repose sur une conception conflictuelle, défensive, du fait psychotique, par rapport à un trauma originel de " manque d'amour ". Il est bien fait allusion au rôle certainement joué par la mère de D.P. Schreber, mais comme on ne sait rien d'elle, il reste difficile de développer quoi que ce soit sur ses carences comme " pare-excitation " contre la folie sadique d'un mari et père, dont Freud a justement, et non sans raison personnelle, ignoré la pathologie en préservant du sinistre Daniel Gottlieb (!) Moritz Schreber l'image d'un " bon père ". C'est peut-être ce fourvoiement qui fait que " le cas Schreber " continue d'interroger les psychanalystes ? M. Cifali ne va pas jusqu'à vraiment poser la question. Dommage. Mais il reste que, pour ceux que tараude le Président, ce petit ouvrage n'est pas à ignorer. ■

M.-L. Lacas

LE CORPS DES LARMES

Olivier Grignon

Calman-Lévy, Paris 2001, 322 p.

Le titre est beau, ceux des chapitres ne le sont pas moins : Les Savoirs de la psychose en préface, Un réel de l'illusion, Plis et replis de la castration, Fureur, Mélancholia, Consistances paradoxales du refoulement primaire, Analytique du cadre, La formation du psychanalyste, et en conclusion : Las Meninas ! On en

salive d'avance... Va-t-on être déçu ? Tout dépend sans doute de la disposition d'esprit du lecteur. Et de sa sympathie ou non pour un certain style " néo-lacarien " sur le mode surréaliste, c'est à dire procédant plus de l'association libre que de la construction dialectique. Le lien entre le titre des chapitres et leur contenu n'est pas toujours très évident. Il y a de beaux passages, des envolées presque lyriques, des diatribes justifiées contre certaines déviations théorico-pratiques, mais aussi des banalités plates se faisant l'écho de discours trop entendus dans leur formulation ésotérique d'usage. O. Grignon dispose d'une culture quasi encyclopédique et semble sans doute considérer que son lecteur a la même, ce qui le dispense de préciser le contenu de tel ou tel texte auquel il fait allusion, se contentant d'en donner la référence bibliographique, ou une citation à l'appui d'une interprétation. Si vous n'êtes pas au parfum, c'est un travail de Titan qui vous attend pour vérifier la pertinence et de la référence et des allégations de l'auteur.

Il s'agit, bien sûr, tout au long de ce livre, de défendre une certaine conception de la psychanalyse, où la Passe lacanienne, en tant que concept (et non comme processus de nomination, faut-il préciser) reste le pivot de l'expérience analytique. L'écriture est plutôt élégante, alors d'où vient la difficulté à suivre ce déploiement touffu d'érudition traversée par une indiscutable intelligence ? La réponse est peut-être dans le chapitre intitulé " Consistances paradoxales du refoulement primaire ", où O. Grignon aborde la question du " symbolique ". Il apparaît très vite que le mot " symbole " et ses dérivés se retrouvent dans une univocité troublante – engendrant trouble et confusion. Le symbole, la symbolique, la fonction symbolique, le "symboligène" (terme emprunté à F. Dolto, plusieurs fois citée), ne semblent là que des variations sémantiques de nécessité langagière, désignant le même " objet ", la même chose, sans souci de la polysémie même des termes de " symbole " et de " symbolique ". Et c'est justement ce qui peut entraîner la " théologisation " du symbolique contre laquelle, à juste titre, s'insurge O. Grignon ! Et avec la psychose définie par la seule Forclusion-du-Nom-du-Père, sans autre référence structurelle, on ne peut que se trouver embarqué dans les aventures vertigineuses d'une spéculation intellectuelle, séduisante certes, mais discutable. O. Grignon est fort brillant dans cet exercice. Au début de son ouvrage, il écrit des choses remarquables, tout à fait intéressantes, sur les sports de la " glisse ", du roller au saut à l'élastique en passant par le surf, et leur vogue actuelle. On pourrait très bien le voir comme un excellent surfeur, jouant avec virtuosité sur les vagues contemporaines des plages lacaniennes de la psychanalyse... ■

M.-L. Lacas

LES PORTES DU SOIN EN PSYCHIATRIE

Marcel SASSOLAS (sous la direction de)

Erès, Paris 2002, 238 p.

L'association Santé Mentale et Communautés, fondée en 1968 à Villeurbanne et présidée par J. Guyotat, organise tous les deux ans un Cours sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur, et en publie régulièrement les Actes. Le présent ouvrage est le rapport du X^e cours, qui s'est tenu en 2000, du 21 au 24 mars. Il comporte, en plus de l'introduction de M. Sassolas, dix-huit contributions, de dix-huit auteurs, tous intervenants "de terrain" à divers titres, psychiatres, psychologues, psychanalystes, infirmiers, administratifs. Par les temps qui courent, c'est un travail de grande actualité. Il ne comporte pas d'évaluations statistiques, si chères à d'autres de nos contemporains (la comparaison avec l'ouvrage de P. Sicot s'impose ici), mais l'articulation du soin psychique, individuel ou institutionnel, avec le social, voire le politique, y est constamment présente et interrogée. Préserver pour chacun la spécificité de son intervention, sans empiéter dans le domaine de l'autre apparaît comme une préoccupation majeure et une nécessité impérieuse pour l'efficacité de l'action. Les mesures sociales, l'organisation des lieux d'accueil, participent au soin, mais ne se confondent pas avec quelque "psychothérapie" que ce soit. La collaboration, même étroite, ne doit pas être confusion des rôles, dont chacun a sa place nécessaire. Il y a beaucoup à apprendre de ce livre qui règle son compte au fantasme des oppositions et rivalités professionnelles suscité et entretenu par un certain courant politique actuel. Et il ouvre des perspectives fructueuses sur ce que pourrait être un travail psychiatrique authentique dans la société de demain, sous condition de ne pas détruire les acquis de l'expérience et de respecter les compétences réciproques. Si je n'ai pas fait de "résumé", c'est pour mieux vous encourager à lire ces textes... et peut-être aussi les précédents ? ■ **M.-L. Lacas**

ANCIENS NUMÉROS

Liste des anciens numéros*

- 02 Libre choix. Temps partiel (en voie d'épuisement).
- 03 Pédo-psychiatrie.
- 04 Où, quand, comment ? (en voie d'épuisement).
- 05 La psychiatrie autonome et l'institution.
- 06 Le secret. La demande. Etc.
- 07 Hospitalisation. Secteur.
- 08 Demande de soins, demande de psychanalyse. Le secret.
- 10 L'avenir de la psychiatrie libérale (en voie d'épuisement).
- 12 Le retour du/au corps (II) (en voie d'épuisement).
- 13 Exercice de groupe, exercice d'équipe (I) - Pédopsychiatrie.
- 14 Exercice de groupe, exercice d'équipe (II).
- 15 Rééducation psycho-motrice.
- 16 Le psychiatre et la société (II) (en voie d'épuisement).
- 17 Vivre en professionnel - Pédopsychiatrie (salariés).
- 18 Limites et fonction de la psychiatrie.
- 19 L'argent.
- 20 L'installation.
- 22 Expériences - Psychopathologie.
- 23 L'hospitalisation psychiatrique (I) - Problèmes généraux.
- 25 Les Journées Nationales de la Psychiatrie Privée
- 26 (C.R. intégraux) : "La psychiatrie.... à qui ? Le psychiatre...
pour quoi faire ?"
- 27 La psychose en pratique privée : textes introductifs.

* Les numéros 1, 6, 11, 15, 21, 24, 26, 28, 36, 48 et 50 sont épuisés

- 29 Psychose et institution.
- 30 Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.
Textes officiels et documents critiques.
- 31 Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.
Les débats parlementaires (en voie d'épuisement).
- 32 La psychose en pratique privée : compte rendu des V^{es} Journées
Nationales de la Psychiatrie Privée.
- 33 Du côté de l'organique - La psychiatrie ailleurs.
- 34 Expériences de la clinique.
- 35 Symptômes et structures.
- 37 Honolulu ou le combat pour la liberté (en voie d'épuisement).
- 38 Pratiques en question (en voie d'épuisement).
- 39 La psychiatrie et la santé.
- 40 Thérapies familiales.
- 41 Trentenaire de l'Élan.
- 42 Psychiatrie et cultures.
- 43-44 Numéro spécial SZONDI.
- 45 Horizons thérapeutiques.
- 47-48 L'écoute.... musicale.
- 49 La psychiatrie et les contrôles.
- 51 L'efficacité thérapeutique en psychiatrie.
- 52-53 Le chemin parcouru. Sélection de textes publiés entre 1972 et 1975.
- 54-55 L'intégration scolaire.
- 56 La paranoïa aujourd'hui. Première partie.
- 57 La paranoïa aujourd'hui. Deuxième partie.
- 58 Médecine et psychanalyse. Clinique de la souffrance.
- 59 Psychothérapie et/ou psychanalyse institutionnelles.
- 60 Transsexualisme - Totalitarisme.
- 61 La solitude.
- 62 Psychiatries en institutions d'enfants.
- 63 Médecine et psychanalyse. La difficulté de guérir.
- 64 Éthologie de la sexualité.
- 65 À d'autres....
- 66 Jeu, psychodrame et psychose.
- 67-68 Du rêve.
- 68 Du rêve : Deuxième partie. Chronobiologie.
- 69 Autour de l'hystérie.
- 70 Psychiatres en institutions d'enfants.

71	Coûts en psychiatrie.
72	Psychiatre, psychanalyse et feuilles de soins.
73-74	Psychiatres, charlatans et magiciens.
75-76-77	Le supposé clivage inconscient/biologique (I, II et III).
78	Urgence et patience. Julien Bigras. Hospitalisation privée.
79	Autour de Henry Ey - De quelques "réalités".
80-81	Le délire, espoir ou désespoir (I).
82	Le délire, espoir ou désespoir (II).
83	Autour des psychothérapies. Du père.
84-85	Épidémiologie psychiatrique.
86	La dépression dans tous ses états.
87-88	Psychosomatique.
89	Le psychiatre, le malade, l'état.
90	Rencontres.
91-92	Peurs.
93-94	Psychothérapies.
95-96-97	Corps et thérapies.
99-100	Le Temps.
101-102	Les états de Dépendance
103-104-105	L'impossible à vivre. Souffrance psychique....
106	La limite des névroses.
107	L'enfant et la consultation.
108-109	Le psychiatre et la loi.
110	L'enfant et la consultation.
111	Les psychoses.
112-113	Adolescence, des liens en souffrance.
114-115	XXV ^e Anniversaire de la Psychiatrie Privée.
116	Les Psychoses.
117	L'Enfance.
118-119	Psychiatrie et prévention, liaison dangereuse ? (Journées Nationales de l'A.F.P.E.P. 1996)
120-121	Souffrir de la peau. Peau et psyché, approche.
122	Le psychiatre, la médecine et la psychanalyse.
123	Le Secret.
124-125	Psycho-somatique 97. (Journées Nationales de l'A.F.P.E.P. 1997)
126-127	Suicide : d'une violence, l'autre.
128-129	La consultation. (Journées Nationales de l'A.F.P.E.P. 1998)
130-131	La responsabilité maltraitée (Séminaire A.F.P.E.P. 1999)

- 132-133 Filiations - Dimension clinique
(Journées Nationales de l'A.F.P.E.P., Marseille, 1999)
- 134 La psychiatrie est-elle une science ?
- 135-136 Filiation et société
(Journées Nationales de l'A.F.P.E.P., Marseille, 1999)
- 137 Nouvelles Filiations
(Journées Nationales de l'A.F.P.E.P., Marseille, 1999)
- 138-139 Filiations culturelles, Filiations spirituelles
(Journées Nationales de l'A.F.P.E.P., Marseille, 1999)

**ASSOCIATION FRANÇAISE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVÉ
SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHIATRES PRIVÉS**

Cotisation 2003

Le Docteur :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

E.mail :

Règle sa cotisation A.F.P.€.P. - S.N.P.P. pour 2003

- » Etudiants, internes, 1ère, 2ème et 3ème année d'exercice : **100 euros**
- » 4^e année d'exercice et au-delà : **250 euros**
- » conjoints d'adhérents, membres honoraires et retraités : **150 euros**

Bulletin à compléter et à retourner, accompagné de votre règlement,
par chèque bancaire ou postal, **à l'ordre du S.N.P.P. :**

S.N.P.P.

Secrétariat administratif

141, rue de Charenton

75012 Paris

Pour les non-adhérents, l'abonnement à **"PSYCHIATRIES"** est de **53 euros**
Chèque à libeller **à l'ordre de l'A.F.P.€.P.**

AFPEP
141, rue de Charenton - 75012 Paris
Tel. 01 43 46 25 55 - Fax. 01 43 46 25 56